

mélange d'épithéliome et de sarcome, de *carcino-sarcome*. Il est impossible d'admettre cette manière de voir. Quand il existe des boyaux épithéliaux atypiques dans une tumeur, il faut lui donner le nom d'épithéliome, quel que soit l'état de son stroma conjonctif, même s'il est complètement embryonnaire. C'est là une règle absolument admise aujourd'hui, en France du moins; et elle est basée sur de très sérieuses raisons que je ne puis développer ici. Il résulte donc de ce seul fait qu'un grand nombre des tumeurs, décrites comme sarcomes de la muqueuse de l'utérus, étaient en réalité des épithéliomes.

Pour les autres cas, on peut se demander si l'on n'a pas fait bien des confusions. Nous verrons, à propos des cancers du col, qu'Abel a décrit dans la muqueuse du corps des altérations qu'il qualifie de sarcome diffus, et que presque tout le monde considère à juste titre comme étant d'origine inflammatoire. N'en a-t-il pas été souvent ainsi? N'a-t-on pas pris des métrites pour des néoplasmes? je suis fort enclin à le penser, d'autant plus que la confusion est facile, car dans certaines variétés de métrites interstitielles, les glandes s'atrophient et le stroma prend une structure tout à fait embryonnaire.

J'ajouterai encore que certaines variétés d'épithéliomes simulent les sarcomes à s'y méprendre. Ce sont des sortes d'infiltrations épithéliales diffuses, qui ont l'air de noyaux embryonnaires. Il faut avoir des coupes excellentes et se servir de forts grossissements, pour reconnaître le caractère des cellules. L'erreur est aisée, je l'ai vu commettre.

En somme, les fibro-sarcomes de l'utérus ne sont guère que des fibromyomes transformés. Dans ce qu'on a décrit sous le nom de sarcome de la muqueuse, il y a incontestablement beaucoup d'épithéliomes et de métrites chroniques. Aussi, sans nier absolument que le sarcome puisse se développer dans l'utérus comme ailleurs, je pense que cela arrive très rarement, et qu'il est impossible pour le moment de donner une description du sarcome de l'utérus.

III

DÉCIDUOMES

Les débris de caduque ou de placenta qui restent dans l'utérus après l'avortement ou l'accouchement peuvent entraîner des lésions variées. Ce sont souvent des accidents d'inflammation chronique qui constituent l'endométrite déciduale. Quelquefois ce sont de véritables tumeurs et même très malignes auxquelles on a donné le nom de *déciduomes malins*.

Mayer⁽¹⁾ a publié le premier cas de ce genre en 1898, mais c'est à Saenger⁽²⁾ que revient le mérite d'avoir montré le caractère spécial de ces tumeurs qu'il a appelées *sarcomes déciduo-cellulaires* ou *déciduo-sarcomes*.

D'autre part dans l'endométrite déciduale, il se forme parfois des polypes qu'on appelait polypes placentaires et auxquels on a aussi donné le nom de *déciduomes bénins*. Mais, nouvelle complication, certains de ces polypes constitués par des villosités placentaires de structure presque normale se sont infil-

⁽¹⁾ MAYER, *Virchow's Archiv*, t. LXVII.

⁽²⁾ SAENGER, *Centr. für Gynäk.*, 1889.

trés dans le muscle utérin, ont pénétré dans l'intérieur des veines et déterminé tantôt des hémorragies, tantôt des accidents septiques mortels. Ils ont été décrits par Mayer, Zahn, v. Kahlden sous le nom de *polypes placentaires destructifs*.

Enfin on sait que dans certains cas les villosités choriales donnent naissance à ces singulières tumeurs qu'on a appelées *môles hydatiformes*.

Les débris de caduque ou de placenta qui restent greffés sur l'utérus après l'avortement ou l'accouchement ont donc une pathologie très complexe. Hartmann et Toupet⁽¹⁾ en ont donné une bonne vue d'ensemble. La lésion la plus simple est l'endométrite déciduale, caractérisée par la présence de villosités choriales dans l'endomètre. Parfois les débris de placenta se sclérosent. Dans d'autres cas, ils végètent et donnent naissance à des polypes d'apparence fibrineuse (*déciduomes bénins*). Exceptionnellement ces polypes placentaires deviennent destructifs (polypes placentaires destructifs). Ce sont comme des chaînons intermédiaires entre les inflammations chroniques et les néoplasmes.

Ces derniers sont de deux espèces. Tantôt les villosités choriales subissent une dégénérescence myxomateuse et produisent la môle hydatiforme. Tantôt elles subissent une transformation sarcomateuse et engendrent le *déciduome malin* qui me reste à décrire.

Anatomie pathologique. — Il est difficile de donner une description d'ensemble du *déciduome malin*, car les faits publiés sont encore peu nombreux et les divers observateurs plus particulièrement frappés de certaines particularités n'ont pas donné toujours des descriptions concordantes. Il est d'ailleurs possible que ces tumeurs ne soient pas toutes identiques. Certaines ressemblent singulièrement aux polypes placentaires destructifs de Mayer et Zahn, d'autres paraissent se rapprocher davantage des sarcomes. Mais peut-être n'y a-t-il là que deux phases ou deux étapes de la même affection.

Les *déciduomes malins* prennent naissance dans les débris de l'œuf. En même temps qu'ils se développent dans la cavité utérine, ils pénètrent dans l'épaisseur de la paroi, la perforent et s'épanouissent en dehors d'elle. Ainsi lorsque la tumeur a un certain âge, elle présente une masse saillante du côté du péritoine, une autre saillante dans la cavité utérine et les deux masses sont reliées l'une à l'autre par des boyaux qui traversent la paroi de la matrice.

Les tumeurs sont assez régulièrement arrondies ou lobulées, leur coloration varie du gris clair au rouge sombre.

Dans l'étude histologique, certains observateurs paraissent avoir été particulièrement frappés de l'architecture générale de la tumeur, tandis que d'autres insistent exclusivement sur les caractères des éléments qui la constituent.

Au point de vue de l'architecture, les noyaux néoplasiques semblent formés de végétations arborescentes, greffées les unes sur les autres et qui se terminent par des extrémités arrondies.

Au centre de chaque végétation est un vaisseau qui en constitue la charpente et c'est autour de ce vaisseau qu'on trouve les éléments cellulaires caractéristiques.

Ces éléments sont des cellules volumineuses rappelant les cellules géantes de la caduque ou cellules de Friedlander : « Ces cellules, disent Nové-Josserand et

⁽¹⁾ HARTMANN et TOUPET, *Ann. de gynéc. et d'obst.*, 1895, t. I, p. 284.

Lacroix⁽¹⁾, ne constituent pas à elles seules toute la masse du tissu néoplasique; les globules blancs, les cellules fixes du tissu conjonctif et ses fibres étant pris à part, il existe encore d'autres éléments cellulaires plus ou moins nombreux suivant les points examinés, servant quelquefois de véritable gangue aux cellules géantes. »

Celles-ci atteignent souvent des dimensions colossales et sont essentiellement polymorphes.

La plupart sont mononucléaires; quelques-unes cependant ont trois ou quatre noyaux. Il en est qui possèdent des prolongements dont Pfeiffer a signalé le premier l'existence. Nové-Josserand et Lacroix ont été frappés de la variété des figures karyokynétiques et conduits par là à penser que ces cellules se multiplient par le mode direct.

Les bourgeons néoplasiques ont une tendance très particulière à envahir les vaisseaux sanguins. C'est là un des points les plus caractéristiques de ces tumeurs. Ils perforent la paroi des veines, puis végètent dans la lumière même du vaisseau. Ces végétations endovasculaires que l'on observe parfois dans les sarcomes ordinaires sont constantes dans les déciduomes. Cela explique l'abondance des hémorragies auxquelles ils donnent lieu et aussi la rapidité de la généralisation, car ces bourgeons endovasculaires ont peu de consistance, et le courant sanguin en entraîne des fragments qui vont coloniser au loin, formant des noyaux métastatiques.

Étiologie. — Le fait étiologique qui a frappé tous les auteurs, c'est le rapport entre le déciduome malin et la puerpéralité. Dans le cas de Mayer la tumeur et l'œuf ont été expulsés simultanément. Dans tous les autres, c'est un certain temps, un mois en général, après l'avortement et l'accouchement que les premiers symptômes ont apparus. Ce rapport joint aux caractères des éléments cellulaires de ces tumeurs montre qu'elles se développent aux dépens du tissu décidéal.

Saenger a émis l'hypothèse qu'elles avaient pour cause une variété particulière d'infection. Cela est très possible mais non démontré jusqu'à présent.

Gottschalk a montré qu'il y avait un certain rapport entre les déciduomes et les môles hydatiformes. Sur les neuf malades dont Nové-Josserand et Lacroix ont relevé les observations, trois avaient eu des môles. Gottschalk a édifié sur le rapprochement une théorie pathogénique difficile à accepter. Mais il n'en reste pas moins indéniable qu'il existe une relation entre les môles hydatiformes et les déciduomes.

Symptômes. — Une hémorragie survenant à une époque variable après l'accouchement, tel est en général le premier symptôme des déciduomes, symptôme bien banal, car rien ne permet de distinguer cette hémorragie de celle qui serait due à une délivrance incomplète. D'ailleurs les hémorragies sont le seul symptôme fonctionnel de l'affection. Elles deviennent rapidement très considérables, capables de tuer sans laisser le temps à la tumeur de se développer. « Qui sait, disent Nové-Josserand et Lacroix, combien de malades sont mortes dans des circonstances semblables sans qu'on ait seulement soupçonné la cause de la mort. »

(1) NOVÉ-JOSSERAND et LACROIX, *Ann. de gyn. et d'obst.*, 1894, t. I, p. 259.

Ces hémorragies ne sont pas continues. Elles se font sous forme de crises. Cependant il peut persister un écoulement sanguinolent dans leur intervalle. Les crises viennent à des intervalles rapprochés, variant de trois à huit jours. Chaque crise est d'une violence extrême, la perte de sang est énorme⁽¹⁾. Quelquefois des pertes fétides viennent s'ajouter aux hémorragies.

L'examen bimanuel révèle une augmentation de volume du corps de l'utérus, l'exploration intra-utérine faite avec la sonde permet de sentir une tumeur molle. Avec la curette on ramène des masses qui ressemblent à des débris de placenta, mais qui se reproduisent après l'ablation avec une extrême rapidité. Ces explorations sont dangereuses, car elles exposent à perforer l'utérus. Lorsqu'on soupçonne un déciduome malin, il est préférable de dilater le col pour pratiquer le toucher intra-utérin. On n'a pas toujours ainsi la sensation très nette de tumeur, parfois on croit sentir des caillots un peu fermes et adhérents, mais en explorant la paroi utérine, le doigt rencontre un point où cette paroi est si ramollie qu'il peut y pénétrer sans effort.

Abandonnés à eux-mêmes, les déciduomes tuent en quelques mois. Ce sont des tumeurs d'une effroyable malignité. Elles tuent par hémorragie, elles tuent par infection septique, elles tuent par généralisation. Les noyaux secondaires se développent surtout dans les poumons, on en a trouvé aussi dans le diaphragme et les côtes, dans l'ovaire et le ligament large. Chez la malade de Saenger, les masses néoplasiques développées dans la fosse iliaque avaient fait croire à un abcès. Dans deux cas, les noyaux pulmonaires ont pris une telle importance clinique que les symptômes utérins sont restés au second plan.

Diagnostic et traitement. — On comprend que, dans certaines circonstances, le diagnostic de déciduome malin puisse présenter des difficultés insurmontables. La grosse affaire est de soupçonner l'existence de la tumeur. Dès qu'on y pense, il devient assez facile de la reconnaître. Un coup de curette prudent ramène des débris dont l'examen histologique fixe le diagnostic. Ou bien, ce qui vaut peut-être mieux, on pratique, après dilatation, le toucher intra-utérin et l'on constate au point d'implantation de la tumeur l'envahissement et la destruction de la paroi utérine. Comme le disent Nové-Josserand et Lacroix, « on peut, en clinique, considérer cette destruction bien localisée et profonde de la paroi comme un signe absolu, peut-être pas qu'il s'agit d'un déciduome, mais qu'il y a du moins une néoplasie destructive de l'utérus, justifiant l'intervention ».

Dans ce cas, la seule intervention c'est l'hystérectomie, et quelques faits prouvent que lorsqu'elle est pratiquée à temps elle peut donner des succès durables.

IV

TUMEURS ÉPITHÉLIALES

On désigne en clinique sous le nom de cancer de l'utérus, les tumeurs épithéliales ou épithéliomes qui s'y développent.

(1) Il faut noter que les hémorragies ne sont pas absolument constantes. Elles ont manqué dans le cas de Saenger.