

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.

Anatomie pathologique. — On a coutume de diviser les cancers de l'utérus en deux grandes classes, suivant qu'ils se développent dans le corps ou dans le col. Cette division est purement clinique et nullement anatomo-pathologique. En effet, certains cancers du col ressemblent singulièrement aux cancers du corps, et d'autre part entre les deux grandes variétés de cancer du col, il n'y a presque rien de commun. Aussi si l'on voulait donner le pas à l'anatomie pathologique sur la clinique, et cela serait peut-être préférable, il faudrait adopter une autre division, qui consisterait à distinguer, d'un côté les cancers du canal utérin ou de la muqueuse utérine, et de l'autre les cancers de la portion vaginale du col. Néanmoins je conserverai l'ancienne division en cancer du corps et cancer du col, car elle est passée dans les usages.

Il est impossible d'étudier en bloc toutes les variétés de cancer du col; la nécessité de les diviser s'est imposée à tous les gynécologues. En Allemagne, la majorité des auteurs, Ruge et Veit, Schröder, A. Martin, etc., adoptent une classification à peu près identique qui consiste à distinguer trois classes de cancer du col : 1° le cancroïde de la portion vaginale; 2° le carcinome de la muqueuse cervicale; 3° le carcinome du col. L'une des classes au moins me paraît inutile.

Je pense, avec John Williams⁽¹⁾, qu'il y a deux grandes variétés de cancer du col : celui qui naît de la face externe du museau de tanche, que j'appellerai, à l'exemple des Allemands, *épithéliome de la portion vaginale*; celui qui naît de la muqueuse endo-cervicale, que j'appellerai *épithéliome du canal cervical*. Le premier est un épithéliome pavimenteux; le second un épithéliome cylindrique. Cette différence fondamentale dans la nature des deux néoplasmes entraîne d'autres, dont l'importance est considérable.

L'*épithéliome de la portion vaginale* naît de la muqueuse qui recouvre la face vaginale du col. Or cette muqueuse n'est autre que la muqueuse du vagin, retournée en quelque sorte pour envelopper le col. Les cancers de cette portion sont donc des cancers identiques à ceux du vagin lui-même; on pourrait presque dire que ce sont des cancers vaginaux, car ils naissent en somme de la même muqueuse, ils ont la même structure et ils tendent à évoluer et à se propager vers le tissu cellulaire pelvien, vers la vessie, vers le rectum comme les cancers du vagin lui-même.

Ils débutent en un point quelconque de la face externe du col, depuis le cul-de-sac vaginal jusqu'à l'orifice externe. Ils se développent même parfois sur un polype. En somme, ils peuvent commencer en n'importe quel point, pourvu que ce soit revêtu d'épithélium pavimenteux. Quand on peut étudier le début du mal, on voit l'épithélium proliférer, particulièrement au fond des sillons interpapillaires, et envoyer des boyaux pleins qui pénètrent dans le tissu conjonctif. Il est inutile d'insister sur la description histologique de ces épithéliomes; ce sont des épithéliomes pavimenteux lobulés ou tubulés, absolument identiques à ceux des lèvres ou de la langue. Je me borne à signaler quelques points : les globes épidermiques sont beaucoup plus rares qu'on ne le dit; on voit bien plus souvent des globes muqueux. Du reste, la distinction entre les deux formes, lobulés et tubulés, est ici encore moins nette qu'ailleurs, et comme le remarque M. Cornil, les tubes des épithéliomes tubulés sans globes épidermiques sont quelquefois si larges qu'on pourrait tout aussi bien en faire

(1) JOHN WILLIAMS, *On cancer of the uterus*. Londres, 1888.

des épithéliomes lobulés. Souvent ces épithéliomes respectent les glandes de la muqueuse cervicale. Il n'est pas rare de voir, comme dans la pièce que j'ai fait dessiner (fig. 41), un œuf de Naboth intact, entouré par le néoplasme. J'ajoute qu'on peut trouver dans ces épithéliomes les prétendus corps oviformes, auxquels on avait attaché une si grande importance, que les tumeurs qui les présentaient étaient décrites sous le nom de cylindrome. Ce sont simplement des bourgeons

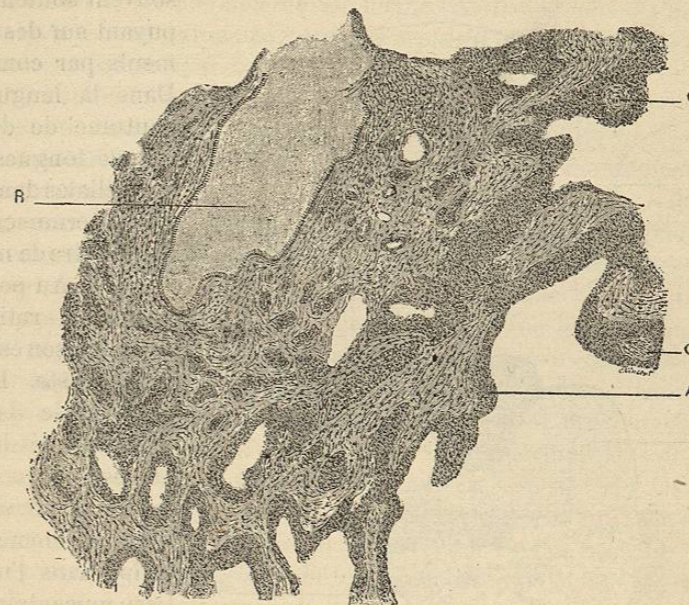


FIG. 41. — Épithéliome pavimenteux de la portion vaginale du col.
A, boyau épithélial. — C, C, travées conjonctives emprisonnées dans le tissu épithélial (corps oviformes). — B, œuf de Naboth.

de tissu conjonctif vasculaire qui ont été rencontrés de telle façon par la coupe, qu'ils paraissent encerclés par les masses épithéliales.

Les épithéliomes pavimenteux peuvent se développer suivant deux types différents au niveau de la portion vaginale comme partout ailleurs. Tantôt ils forment des tumeurs saillantes, mamelonnées, irrégulières, masses bourgeonnantes, molles, friables, vasculaires et saignantes qui s'ulcèrent vite et produisent une sécrétion infecte, c'est la *forme papillaire*; tantôt, au lieu de se développer en saillie, ils se développent en profondeur, c'est la *forme interstitielle*.

Tout cancer, tout épithéliome a une marche envahissante. Dans quelle direction se fait l'envahissement de ces épithéliomes pavimenteux de la portion vaginale? voilà le fait important au point de vue chirurgical. Envoyent-ils leurs bourgeons épithéliaux du côté de l'utérus, ou bien les envoient-ils latéralement du côté du vagin, du côté du tissu cellulaire pelvien?

Tout le monde sait que les épithéliomes du col envahissent fréquemment le vagin. Tantôt la propagation se fait de proche en proche; le néoplasme envahit le cul-de-sac vaginal au voisinage duquel il a débuté, puis le vagin lui-même, comme le cancroïde de la lèvre envahit la peau du menton. C'est la règle. Tantôt, c'est la rare exception, l'envahissement du vagin se fait d'autre sorte. On trouve, en même temps qu'un cancer du col, un noyau développé dans le vagin au point qui est en contact avec la tumeur primitive sans que le cul-de-sac

intermédiaire soit pris. Czempin ⁽¹⁾, Fischer ⁽²⁾ ont rapporté chacun un cas de ce genre. Il faut admettre avec eux, qu'il s'agit là d'une véritable inoculation par contact. L'envahissement du vagin est extraordinairement fréquent. Wagner, qui s'appuie uniquement sur des autopsies, le considère comme constant. Blau ⁽³⁾ l'a constaté 75 fois sur 95 cas.

L'envahissement a-t-il de la tendance à se faire du côté de l'utérus? On l'a souvent soutenu en s'appuyant sur des raisonnements par comparaison. Dans la langue, a-t-on coutume de dire, il se fait de longues traînées épithéliales dans les espaces intermusculaires; il doit en être de même dans l'utérus. Au point de vue purement rationnel, la comparaison est bien loin d'être juste. La langue est formée de muscles striés séparés les uns des autres par du tissu conjonctif extrêmement fin. C'est exactement le contraire dans l'utérus: le tissu musculaire est lisse, et le tissu conjonctif condensé, presque fibreux. Les lymphatiques de la langue cheminent dans la langue; en est-il de même des lymphatiques de l'utérus? En aucune façon, puisque les lymphatiques du col se jettent dans les ganglions pelviens, tandis que ceux du corps vont aux ganglions lombaires. Cette comparaison est donc sans aucune valeur. Et d'ailleurs, comment peut-

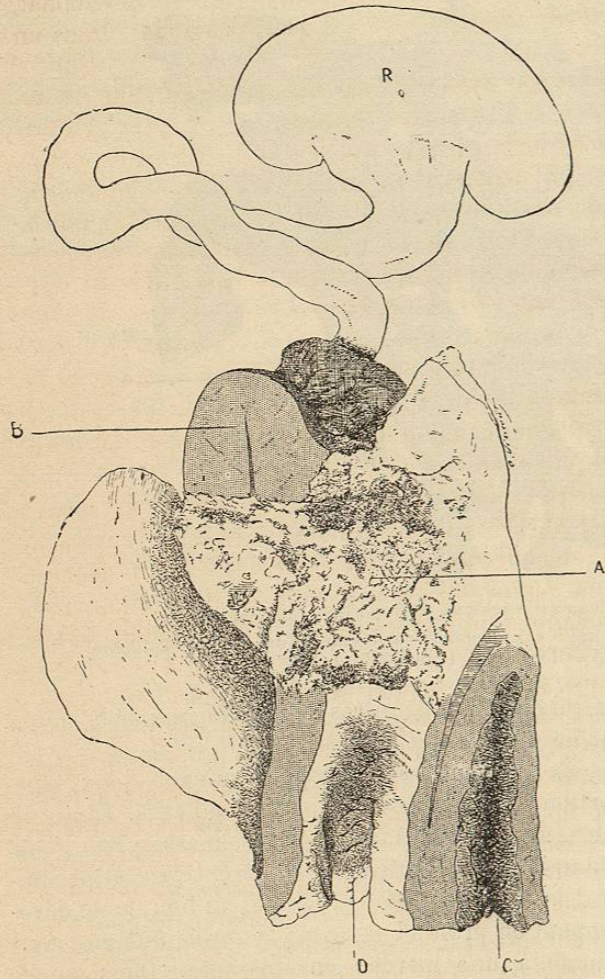


FIG. 42. — Épithéliome ayant détruit les trois quarts de l'utérus, ayant envahi le vagin, le rectum et la verge et comprimant l'uretère.
A, cancer. — B, reste de l'utérus. — C, rectum. — D, vagin.
R, rein.

on se contenter de raisonnements par comparaison quand il s'agit d'une maladie aussi fréquente que l'épithéliome pavimenteux du col et qu'on peut faire des examens directs, précis, à l'abri de toute contestation. Williams a étudié huit de ces cancers; dans aucun cas il n'a trouvé le canal cervical

⁽¹⁾ CZEMPIN, *Zeits. für Geb. und Gyn.*, vol. XVI, f. 1.

⁽²⁾ FISCHER, *Gesell. für Geb. und Gyn. zu Berlin*, 8 mai 1891. *Centr. für Gyn.*, 1891, p. 549.

⁽³⁾ BLAU, Thèse de Berlin, 1870.

envahi. Il s'agissait, à la vérité, de cas qui n'étaient pas très avancés. J'ai vu, dans les autopsies, le segment inférieur de l'utérus détruit par des néoplasmes de ce genre, ainsi que le montre la figure 42. Mais je n'ai jamais vu la région de l'isthme envahie sans que le vagin, la vessie, le rectum, le tissu cellulaire pelvien le fussent également. J'ai examiné trois pièces au microscope avec soin, sur des coupes sériées ⁽¹⁾, et je n'ai jamais vu le tissu utérin envahi à plus de 7 à 8 millimètres de la surface ulcérée. De même, Williams nous dit que le mal, dans les cas qu'il a étudiés, ne pénétrait pas à plus d'un 1/5 de pouce. Dans un seul cas, il allait à 3/4 de pouce.

Fraenkel ⁽²⁾ a étudié 6 cas, tous très avancés; dans aucun, le cancer ne dépassait les limites de l'orifice interne. Par contre, Labadie, Lagrave et Legueu disent: « Alors même que le cancer ne se propage pas vers la muqueuse du corps, il est des traînées épithéliales qui, parties d'un cancer vaginal, remontent le long des vaisseaux. Sur une de nos pièces, où à l'œil nu rien n'indiquait la propagation élevée du cancer, nous avons vu des traînées épithéliales passer le long des vaisseaux sanguins et remonter à des limites que l'amputation vaginale n'aurait pas dépassées. » Ce fait a certainement une grande importance; cependant, il faudrait savoir si la gaine hypogastrique n'était pas envahie. Car, au point de vue pratique, c'est-à-dire au point de vue du traitement, la question n'est pas tant de savoir si le corps utérin peut être envahi que de savoir s'il peut être envahi avant que la gaine hypogastrique le soit. Or rien, absolument rien ne prouve qu'il puisse en être ainsi.

Mais une autre question se pose: quel est l'état de la muqueuse du corps, lorsqu'il existe un cancer du col? Abel ⁽³⁾ a publié un travail basé sur l'examen de 7 utérus enlevés par le vagin pour des cancers du col et où il déclare avoir trouvé dans tous les cas une *dégénérescence sarcomateuse* de la muqueuse du corps. Cette association constante d'un épithéliome et d'un sarcome serait bien extraordinaire. Mais des recherches de contrôle n'ont pas tardé à se produire, et elles ont réduit à néant les conclusions d'Abel. Eckart ⁽⁴⁾ étudie 10 utérus enlevés par Kalténbach et ne trouve dans le corps que des lésions de métrite. E. Frankel, dans ses 6 cas, trouve aussi des altérations de la muqueuse du corps; mais ce sont des altérations inflammatoires et nullement néoplasiques. Saurenhaus ⁽⁵⁾ communique à la Société gynécologique de Berlin les résultats de l'examen de 50 utérus enlevés en totalité pour cancer du col et montre que les lésions de la muqueuse du corps doivent être considérées comme des métrites. Orthmann, à la même séance, confirme ces résultats en s'appuyant sur 10 cas personnels; Ruge fait voir que la description et les dessins d'Abel ne concordent pas avec son interprétation et Olshausen fait remarquer qu'en clinique on n'a jamais vu un sarcome du corps coïncider avec un épithéliome du col. Enfin, plus récemment, Marchand ⁽⁶⁾ a présenté à la Société de chirurgie un utérus présentant un cancer du col avec un état fongueux très marqué de la muqueuse du corps. Cet état était dû non pas à un sarcome, mais à une métrite. On voit que, sur ce point, l'unanimité est absolue. L'interprétation

⁽¹⁾ Je remercie M. Dubar qui a eu l'amabilité de me faire quelques-unes de ces coupes

⁽²⁾ FRAENKEL, *Arch. für Gyn.*, vol. XXXIII, p. 1.

⁽³⁾ ABEL, *Arch. für Gyn.*, vol. XXXII, p. 2.

⁽⁴⁾ ECKART, *Centr. für Gyn.*, 1888, n° 26, p. 426.

⁽⁵⁾ SAURENHAUS, *Gesell. für Geb. und Gyn. zu Berlin*, 15 juillet 1888.

⁽⁶⁾ MARCHAND, *Soc. de chir.*, 15 janvier 1892.

d'Abel était erronée : les lésions si habituelles de la muqueuse du corps, en cas de cancer du col, sont d'ordre inflammatoire. Ce sont des métrites et non des sarcomes.

Cependant on a signalé des cas de propagation de cancer du col à la muqueuse du corps. « La propagation du cancer du corps à la muqueuse du col, dit Bigeard ⁽¹⁾, n'est pas aussi exceptionnelle qu'on pourrait le croire au premier abord. » Et il cite des faits de Laroyenne, de Gaillard, de Ferrier, de Chercha, de Segond.

Hofmeier ⁽²⁾, puis Winter ⁽³⁾ ont réuni tous les faits de coïncidence de cancer du corps et du col publiés avant 1891 et les ont soumis à une sévère critique. Ils ont montré que dans tous les cas, sauf deux, il s'agissait non pas de cancer de la portion vaginale, mais de cancer du canal cervical, ce qui est bien différent ainsi que nous allons le voir. Dans les 2 cas qui restent, d'après Winter, il y avait un épithéliome du corps avec noyau débutant dans le col; il en était également ainsi dans le cas de Charrier ⁽⁴⁾, de sorte qu'on peut se demander s'il ne s'agissait pas d'une inoculation produite dans le col par les excréments du corps. Quoi qu'il en soit de cette dernière hypothèse, il est certain que l'existence simultanée d'un cancer pavimenteux du col et d'un cancer du corps est tout à fait exceptionnelle, et vraiment on ne se tromperait pas beaucoup en répétant avec Ruge et Veit, avec Schröder, que dans les cas de cancer né dans la portion externe du col, il n'y a pas d'exemple de cancer simultané du corps.

C'est en large, du côté du tissu cellulaire, dans le sens des lymphatiques, que s'étend l'épithéliome pavimenteux de la portion vaginale. Il envahit le tissu conjonctif de la gaine hypogastrique et les ganglions du bassin. Il forme, dans le plancher pelvien, des traînées épaisses, dures, rigides, qui immobilisent l'utérus. Les vaisseaux sont comprimés, ce qui amène l'œdème des membres inférieurs et de la vulve; les nerfs sont envahis pour leur propre compte, les cellules épithéliales filent dans leurs gaines comprimant les filets nerveux, déterminant des douleurs atroces. Les compressions les plus graves sont celles qui se font du côté de l'uretère. Ce canal n'est pas ordinairement obstrué, il est enserré dans des tissus inextensibles et par là rétréci; dans les cas que j'ai vus, j'ai toujours pu à l'autopsie faire le cathétérisme de l'uretère avec un stylet ordinaire. Mais le rétrécissement et l'inextensibilité de la paroi gênent le cours de l'urine, et le canal se dilate en amont jusqu'au rein. Il se produit une sorte d'hydro-urétéro-néphrose, comme celle qui est représentée sur la figure 42. On sait que les obstacles partiels siégeant sur les conduits excréteurs amènent bien plus sûrement la dilatation rétrograde que les obstacles complets qui entraînent généralement l'atrophie des glandes. La rétro-dilatation remonte jusqu'au bassinet et aux calices, et le rein lui-même s'altère. Lancereaux ⁽⁵⁾ considère la néphrite consécutive comme à peu près constante dans les cancers avancés de l'utérus.

La cloison vésico-utérine et la paroi vésicale elle-même sont envahies très souvent. Le néoplasme qui s'ulcère sans cesse finit par amener la perforation de la vessie, d'où la formation de fistules qui laissent passer l'urine dans le vagin.

⁽¹⁾ BIGEARD, Thèse de Paris, 1899.

⁽²⁾ HOFMEIER, *Munch. med. Woch.*, 1890, n° 42-45.

⁽³⁾ WINTER, *Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, 1891, vol. XXII, p. 196.

⁽⁴⁾ CHARRIER, *Bull. de la Soc. anat.*, 10 oct. 1890, p. 451.

⁽⁵⁾ LANCEREAUX, *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1884.

Sur 218 cas, Wagner a compté 28 fistules. La cavité vésicale étant mise en communication avec le néoplasme ulcéré et sphacélé, il ne tarde pas à se développer des phénomènes de cystite; puis l'uretère se prend, et l'urétérite ascendante amène des pyélites et des néphrites suppurées. Les altérations suppuratives des reins sont toutefois beaucoup plus rares que les lésions de néphrite interstitielle, consécutives à l'hydronéphrose. Sur 51 cas, Caron et Féré ⁽¹⁾ l'ont noté 7 fois.

L'envahissement du rectum est moins fréquent que celui de la vessie; mais il est loin d'être rare. Sur 282 cas, rassemblés par Wagner et Blau, le rectum était envahi 55 fois; et dans 24 cas, il y avait fistule recto-vaginale.

Un fait fort singulier, qui est signalé dans toutes les statistiques un peu importantes, c'est qu'on trouve quelquefois un cancer de l'ovaire en même temps qu'un cancer de l'utérus. Il me paraît probable qu'il s'agit là de noyaux secondaires développés par la voie lymphatique.

L'envahissement du péritoine par le néoplasme est rare. Sur 264 cas, Gusserow ne signale que 18 fois la propagation à la séreuse. Quand le néoplasme se dirige du côté du péritoine, il se forme des adhérences préservatrices. C'est ainsi qu'on trouve souvent le cul-de-sac de Douglas supprimé par les adhérences qui ont réuni ses deux feuillettes.

Les ganglions pelviens sont fréquemment envahis, puis les ganglions lombaires. On a signalé quelques cas, où les ganglions inguinaux étaient également dégénérés. André Petit, Troisier ⁽²⁾ ont montré que dans les différentes variétés de cancer abdominal et particulièrement dans le cancer utérin, on observe parfois une adénopathie sus-claviculaire du côté gauche, sans que les poumons, ni les ganglions prévertébraux soient envahis. Il est probable, comme l'a supposé Troisier, que cette manifestation ganglionnaire est due au reflux de la lymphe chargée de cellules cancéreuses dans les ganglions qui s'ouvrent par des troncs très courts au niveau du coude du canal thoracique.

La généralisation dans les épithéliomes de la portion vaginale est rare. Il est juste d'insister sur ce fait important, mais il ne faut pas le présenter comme une exception. C'est au contraire une règle que les épithéliomes pavimenteux se généralisent très peu; et tout le monde sait qu'il en est ainsi pour les cancers de la langue et des lèvres. Sur 285 cas, Gusserow compte 22 métastases dans les poumons et autant dans le foie. On a signalé encore quelques cas de généralisation dans les os, la plèvre, l'estomac, la vésicule biliaire, le cerveau, les capsules surrénales. Ces faits de généralisation ne sont pas nombreux, ils seraient plus rares encore si l'on avait pris soin de distinguer dans les statistiques auxquelles j'emprunte ces chiffres les épithéliomes de la portion vaginale de ceux du canal cervical.

Les épithéliomes du canal cervical sont absolument différents : ce sont des épithéliomes cylindriques, qui paraissent débiter dans les glandes. Il est évidemment impossible d'affirmer qu'ils ne se développent jamais aux dépens de l'épithélium de revêtement de la muqueuse. Mais jusqu'ici le fait n'a pas été nettement constaté. Quand on observe ces épithéliomes au début, comme l'ont fait Williams, Cornil, comme j'ai pu le faire moi-même, sur une pièce qui m'a été donnée par Routier et où la tumeur avait commencé dans la partie supé-

⁽¹⁾ CARON et FÉRÉ, *Progrès médical*, 1885, p. 1049.

⁽²⁾ *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp.*, 15 janvier 1888, p. 21.