

De la dégénérescence maligne des kystes dermoïdes de l'ovaire : thèse présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de médecine de Montpellier le 15 mars 1913 / par Claude Vacher de Lapouge.

Contributors

Vacher de Lapouge, Claude, 1886-
Royal College of Surgeons of England

Publication/Creation

Montpellier : Impr. Firmin et Montane, 1913.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/rpwj9tzh>

Provider

Royal College of Surgeons

License and attribution

This material has been provided by This material has been provided by The Royal College of Surgeons of England. The original may be consulted at The Royal College of Surgeons of England. where the originals may be consulted. Conditions of use: it is possible this item is protected by copyright and/or related rights. You are free to use this item in any way that is permitted by the copyright and related rights legislation that applies to your use. For other uses you need to obtain permission from the rights-holder(s).



Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>

FACULTÉ DE MÉDECINE

DE LA
DÉGÉNÉRESCENCE MALIGNÉ
DES KYSTES DERMOÏDES DE L'OVAIRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 15 Mars 1913

PAR

Claude VACHER DE LAPOUGE

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX

AVOCAT A LA COUR D'APPEL DE MONTPELLIER

Né à Mitry (Seine-et-Marne), le 28 septembre 1886

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	TEDENAT, professeur, <i>Président</i> ,	{	<i>Assesseurs.</i>
		DE ROUVILLE, prof. adj		
		MASSABUAU, agrégé		
		EUZIERE, agrégé		

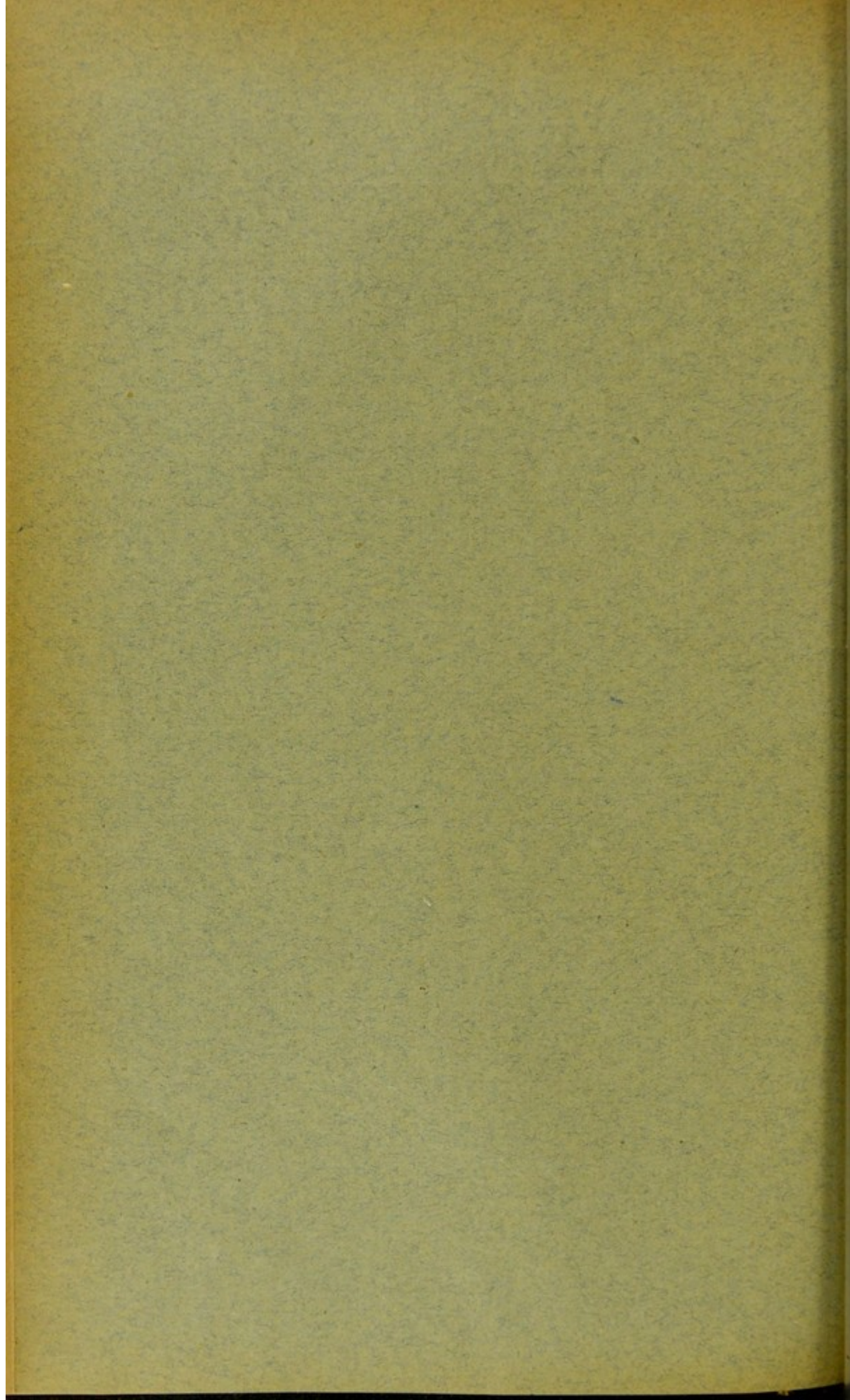
MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

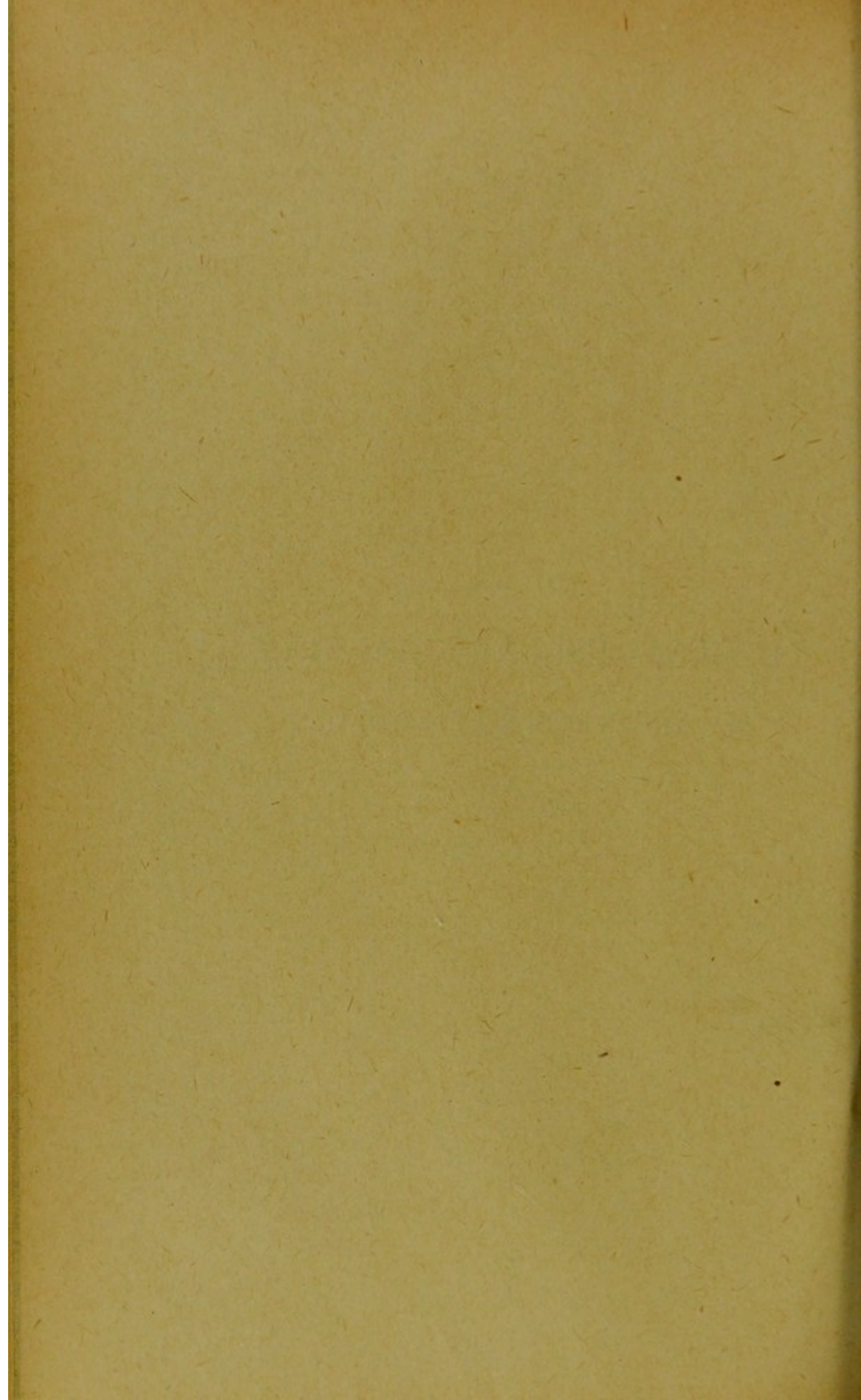
Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

1913





DE LA
DÉGÉNÉRESCENCE MALIGNE
DES KYSTES DERMOIDES DE L'OVAIRE



UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 50

FACULTÉ DE MÉDECINE

DE LA

DÉGÉNÉRESCENCE MALIGNE

DES KYSTES DERMOÏDES DE L'OVAIRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 15 Mars 1913

PAR

Claude VACHER DE LAPOUGE

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX

AVOCAT A LA COUR D'APPEL DE MONTPELLIER

Né à Mitry (Seine-et-Marne), le 28 septembre 1886

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

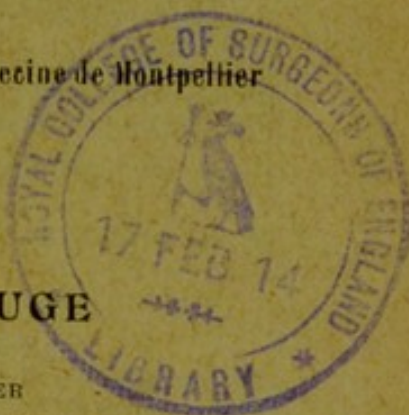
Examineurs de la Thèse	{	TEDENAT, professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
		DE ROUVILLE, prof. adj		
		MASSABUAU, agrégé		
		EUZIERE, agrégé		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

1913



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (*).	DOYEN.
SARDA.	ASSESEUR.
IZARD.	SECRÉTAIRE

Professeurs

Pathologie générale	MM. GRASSET (O *).
Clinique chirurgicale	TEDENAT (*).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (*).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (*).
Clinique ophtalmologique	TRUC (O *).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H).
Clinique médicale	RAUZIER.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Profes. honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (*), GRYNFELTT, HAMELIN (*).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	LEENHARDT, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. l. (ch. de c.)
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, a. l. (ch. de c.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIERE.
GRYNFELTT (Ed.).	CABANNES.	LECERCLE
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	LISBONNE (ch. des f.)

Examineurs de la thèse :

MM. TEDENAT, professeur, président.	MM. MASSABUAU, agrégé.
DE ROUVILLE, prof. adj.	EUZIERE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle ne leur donne ni approbation, ni improbation.

A MONSIEUR LE DOCTEUR TÉDENAT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui n'a cessé de me témoigner une grande
bienveillance depuis mon arrivée à Mont-
pellier, et auquel je dois le sujet de cette
thèse.*

Hommages et remerciements.

A MONSIEUR HENRI GROLLIER

BATONNIER DE L'ORDRE DES AVOCATS A LA COUR D'APPEL
DE MONTPELLIER

AUX MEMBRES DU CONSEIL DE L'ORDRE
ET A MES CONFRÈRES DU BARREAU

Affectueux hommage.

C. VACHER DE LAPOUGE.

AUX MAITRES

*Qui au cours de mes études médicales
ont dirigé mes travaux avec sollicitude et
bienveillance.*

MEIS ET AMICIS

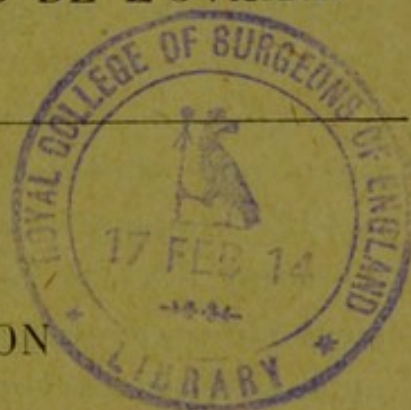
C. VACHER DE LAPOUGE.

DE LA

DÉGÉNÉRESCENCE MALIGNE

DES KYSTES DERMOIDES DE L'OVAIRE

INTRODUCTION



La dégénérescence maligne des kystes dermoïdes est une question d'autant plus intéressante qu'elle est relativement neuve. Nous verrons, dans le cours de notre étude, combien sont peu nombreux encore les cas observés, dont quelques-uns même, trouvailles d'autopsie, ne sont accompagnés d'aucune histoire clinique. C'est que les kystes dermoïdes ne sont bien connus que depuis peu. Ils restent pour nous la malformation bizarre à pathogénie mal élucidée, et le cancer de ce tératome, tumeur d'une tumeur, est une des conquêtes les plus récentes de la pathologie du kyste dermoïde.

Ambroise Paré, au moyen-âge, attribuait encore à ces formes kystiques une origine surnaturelle. Coley en donna, en 1675, une explication plus matérielle, mais encore obscure ; il en fit le résultat d'une copulation avor-

tée ? Les idées se précisèrent peu à peu et diverses théories plus rationnelles se firent jour.

Cruveillier admettait encore la nécessité d'une fécondation pour la formation de ces tumeurs complexes, amas informes de parties organiques; et c'était le siège ectopique de la grossesse qui la faisait évoluer vers ce piteux résultat. Outre que la grossesse ectopique donne des embryons normaux, on a trouvé des kystes dermoïdes chez des filles impubères ou vierges, ou qu'une malformation congénitale rendait impropres à la fécondation.

La théorie de l'inclusion de Pigne et Velpeau n'est guère plus soutenable.

Plus vraisemblable est la théorie de l'enclavement de Verneuil: « A la faveur d'un pincement ou d'une adhérence, s'est faite une invagination de l'ectoderme ». Cette peau ainsi intériorisée continue à vivre, à proliférer, à sécréter. Ceci explique bien les kystes sébacés ou dermoïdes simples du crâne ou du visage, mais est inapplicable aux dermoïdes profonds de l'ovaire, contenant des dents, de l'os, des tissus complexes.

Seule reste la théorie de la parthénogénèse. Meckel déjà, en 1815, l'avait entrevue et il faisait dériver ces tumeurs, sans que la copulation ait à intervenir, d'une excitation contre nature des organes génitaux. « Rien ne prouve que la femme n'ait point la faculté de reproduire, sans le concours de l'homme, des ébauches imparfaites au moins, d'organismes nouveaux. » Mathias Duval précisa cette théorie et la basa sur des faits précis d'observation. Un ovule se développe et se segmente, mais n'arrive pas à former un blastoderme complet, il produit, selon les cas, une ou deux assises blastodermiques et, suivant le nombre, on retrouvera dans le kyste les formations dérivées de l'ectoderme seul, ou aussi du mésoderme (cartilage, os,

muscle). Le feuillet interne semble être très rarement formé; donnant naissance à des tissus muqueux tels que des segments intestinaux.

Donc le kyste dermoïde est le produit de la multiplication active d'une cellule ovarienne, le caractère de déterminisme précis de cette segmentation la conduisant à la formation de parties embryonnaires plus ou moins normales la différencie seule du cancer pour la rapprocher, jusqu'à un certain point, de l'adénome : la prolifération reste typique et coordonnée. On conçoit dès lors combien doit être facile ce passage de la tumeur bénigne à la néoplasie envahissante, de la prolifération régulière à la prolifération atypique.

Déjà, dans le kyste dermoïde normal, on observe une tendance marquée au développement rapide, à l'extension, nous pouvons dire à la métastase. On sait avec quelle fréquence sont envahis les organes pelviens, combien il est fréquent d'observer, sur les intestins en particulier, des greffes secondaires vivant et se développant pour leur propre compte. Dor et Bérard avaient cru devoir diviser les cas de kystes dermoïdes à dégénérescence maligne en deux catégories bien tranchées : 1° Les kystes dermoïdes malins en eux-mêmes, sans changement essentiel dans leur structure, dans leur constitution : ce ne sont que des portions disséminées d'une même tumeur, de véritables greffes qui se sont faites dans la zone génitale. 2° Les kystes dermoïdes qui doivent leur malignité à un élément surajouté, à une évolution cancéreuse typique de l'une de leurs parties.

Nous n'avons pas cru devoir maintenir cette division. La première variété ne se différencie par aucun caractère essentiel du kyste dermoïde banal. Ce sont des cas particuliers des kystes dermoïdes auxquels leurs adhérences

confèrent une gravité anormale, ce ne sont pas des variétés particulières de kystes. Dans la cancérisation, au contraire, les choses changent : un processus nouveau prend naissance, d'abord localisé, qui va croissant, et envahit peu à peu tout ou partie de la poche qui reste indifférente et passive, lui conférant de toutes pièces sa malignité nouvelle. C'est du cancer issu du kyste dermoïde que nous parlerons dans notre étude.

D'autres auteurs déjà, avant nous, s'étaient occupés du sujet ; les uns pour signaler des cas isolés, les autres pour en faire une sorte de classement sur lequel ils jetaient ensuite un coup d'œil d'ensemble. Mais la plupart de ces derniers, en France tout au moins, s'étaient contentés de réunir les observations publiées et de les transcrire, sans essayer d'en faire une critique, en esquissant à peine une étude symptomatique. Depuis, les observations se sont multipliées. Nous devons à l'obligeance de M. le professeur Tédénat d'en pouvoir publier 3 nouvelles. Il nous a paru qu'après les travaux de compilation l'heure était venue d'une œuvre critique et nous avons essayé, d'après les documents que nous avons pu nous procurer, de faire une étude d'ensemble du kyste dermoïde à dégénérescence maligne. Masson et Debuchy en France, Geyer et Fliedner en Allemagne, Zalenski en Russie, ont traité avant nous le même sujet. Nous renvoyons à ces ouvrages pour les détails de la bibliographie ancienne entièrement et complètement fournie dans l'excellente thèse de Debuchy ; nous l'avons poursuivie jusqu'à aujourd'hui et nous l'avons donnée, aussi complète que possible, à la fin de notre travail.

CHAPITRE PREMIER

ÉTIOLOGIE

Le kyste dermoïde de l'ovaire est le seul au niveau duquel on ait observé des localisations cancéreuses. Et les causes de cette dégénérescence maligne nous échappent. Ici, comme pour les autres organes en général, nous en sommes réduits à de simples remarques cliniques sur l'âge des malades, la fréquence de la complication. Nous verrons que l'irritation chronique et l'hérédité ne peuvent pas jouer, dans les cas qui nous intéressent, le rôle qui leur fut souvent attribué.

La dégénérescence maligne du kyste dermoïde est une complication rare : Masson, dans sa thèse de 1896, n'en réunissait que 26 cas ; Debuchy, trois ans plus tard, n'arrivait qu'à 30. Nous avons compulsé la bibliographie française et étrangère depuis cette époque, et nous avons trouvé seulement 14 cas nouveaux, ce qui porte, avec les 3 cas que nous signalons, le nombre de ces observations à 47. C'est peu. Si l'on tient compte cependant de la rareté relative des kystes dermoïdes (puisqu'ils n'interviennent dans les kystes en général que pour 3,5 0/0 des cas, d'après Olshausen), on en peut conclure que leur dégénérescence maligne n'est point aussi exceptionnelle qu'elle le peut paraître au premier abord. Elle reste cependant infiniment plus rare que celle des kystes mucoïdes.

Il est peut-être à cette rareté une raison, bien que cet organe anormal, ou plutôt cet ensemble anormal de parties d'organes, semble devoir être, comme toutes les malformations, un centre d'attraction pour le cancer. Le kyste dermoïde est relativement une affection des jeunes, il s'observe surtout pendant la période de pleine maturité sexuelle, de 20 à 35 ans. Le cancer est une maladie de l'âge avancé, une maladie même de la vieillesse, bien que sa limite d'âge inférieure semble s'abaisser rapidement et que l'on ait pu voir des épithéliomas chez des enfants. A cause de cette différence dans les âges favorables, le kyste dermoïde et le cancer se doivent rencontrer rarement. Quand ils coexisteront, le kyste dermoïde s'observera chez une femme anormalement âgée, ou le cancer chez une femme anormalement jeune. Aussi trouvons-nous l'âge des malades atteints de kyste dermoïde dégénéré excessivement variable. En général, il s'agit de femmes âgées, au-dessus de 40 ans, souvent au-dessus de 45. La malade de Thumin avait 65 ans, celle de Mermet 66, celle de Busse 68. D'autrefois, on est frappé, au contraire, de leur jeune âge : la malade de Debuchy n'avait que 22 ans, celle de Biermann 21. La date d'apparition, d'ailleurs, ne semble pas être régie par la nature de la néoplasie : Les cas de Biermann (21 ans) et de Mermet (66 ans), ont trait tous deux à des formes épithéliales.

Est-ce que l'hérédité joue ici le rôle de facteur prédisposant qu'on s'accorde à lui attribuer pour le cancer en général ? Nous ne saurions le dire. Dans les rares observations où les antécédents héréditaires des malades sont signalés, nous ne trouvons aucun cas de tumeurs dans les antécédents ; mais il est exceptionnel que ce renseignement soit donné, aussi n'aurions-nous garde de conclure. Dans les trois observations de Monsieur le Professeur

Tédenat, il nous a été impossible de retrouver l'influence de l'hérédité.

L'inflammation constitue aussi un des rares éléments étiologiques connus du cancer. Elle ne nous paraît pas jouer ici de rôle net. Les causes d'irritation chronique, les seules qui peuvent intervenir avec quelque vraisemblance dans l'étiologie du néoplasme, manquent au niveau de ces poches closes et profondes. L'ouverture dans l'intestin produit bien plutôt une inflammation aiguë entraînant une opération immédiate ; et d'ailleurs, les cas même de rupture ou de suppuration précédant la cancérisation sont excessivement rares, pour ne pas dire absents : nous n'avons pas trouvé une seule observation dans laquelle elle soit signalée nettement.

Par contre, nous avons vu deux fois la malade incriminer un traumatisme comme cause provocatrice de son affection, il vaudrait mieux dire comme cause révélatrice, car c'est à l'occasion de ce trauma, dans les deux cas sans gravité, que la malade a aperçu par la palpation une tumeur déjà existante (Biermann), et, avec cet auteur ; nous sommes convaincu que le rôle réel du traumatisme est nul dans la production de la dégénérescence cancéreuse.

Il ne semble pas non plus que le côté joue un rôle dans la localisation du cancer sur les kystes. Dans 21 observations, les indications étaient assez précises pour que l'on puisse déterminer le côté atteint. Nous avons trouvé 10 fois des lésions de l'ovaire gauche, 9 fois des lésions de l'ovaire droit, deux fois le kyste était bilatéral. On peut donc admettre que les deux côtés sont indifféremment atteints. Si l'on considère cependant que les kystes dermoïdes sont plus fréquents à droite qu'à gauche, on voit que ceux de ce dernier côté sont proportionnellement plus souvent atteints. Dans les observations inédites que

nous donnons, il siégeait deux fois à droite, une fois à gauche.

Il est intéressant d'observer la fréquence de la bilatéralité des kystes dans les cas de dégénérescence maligne. Cette particularité est rapportée 4 fois sur 35 ; ce sont les cas de Pommier, Cortès, de Leblanc et de Veit. Dans ces cas, un seul kyste subit la cancérisation, l'autre, lorsqu'il est atteint ne l'est que par propagation de contiguïté. Il arrive aussi que l'on observe plusieurs kystes du même côté dont un seul peut avoir dégénéré. Une des combinaisons les plus intéressantes est le cas de Pommier : « L'ovaire gauche est remplacé par une tumeur considérable... Cette tumeur peut être décomposée en trois autres principales faisant corps entre elles... La tumeur N° 1 est constituée par un carcinome dur... » La tumeur N° 2, kyste dermoïde ; la tumeur N° 3 en contient 2, l'autre ovaire « est surmonté d'un kyste solide de nature dermoïde, de la grosseur d'une tête de fœtus à terme. » Ici donc 4 kystes dermoïdes : 1 à droite et 3 à gauche, c'est du côté où ils sont le plus nombreux qu'ils ont subi la dégénérescence carcinomateuse, et l'on peut se demander si la multiplicité des kystes dermoïdes ne serait pas un facteur favorable à leur cancérisation.

En somme, comme on le voit, nous ne savons encore rien de net sur l'étiologie de cette complication des kystes dermoïdes. Si en général l'hérédité, les irritations chroniques, l'âge avancé, sont les seules notions que nous possédions sur les causes d'appel du cancer, nous n'avons même pas, ici, pu confirmer leur influence.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE MACROSCOPIQUE

Le kyste dermoïde sur lequel s'est développé un cancer nous présente à étudier deux choses : Le kyste dermoïde lui-même, souvent intact dans la plus grande partie de sa masse ; le cancer souvent localisé, au début tout au moins. Il nous restera ensuite à voir quels peuvent être les rapports du cancer avec le kyste suivant sa nature et le degré de son développement, et enfin ses rapports avec les organes voisins et ses propagations.

1. *Le kyste dermoïde.* — Il serait oiseux d'insister ici sur l'aspect et la structure du kyste dermoïde, tant macroscopique que microscopique : son aspect histologique, au niveau des parties saines, étant absolument normal, nous n'y reviendrons pas. Nous signalerons seulement, et en une brève énumération, ses propriétés morphologiques qui, au premier coup d'œil, le différencieront des parties néoplasiques.

Il est de couleur variable, tantôt bleuté quand ses parois sont très minces et son contenu foncé, tantôt rose, tantôt gris, souvent foncé, ainsi que nous l'avons vu dans un cas, chez notre maître M. le professeur Tédénat.

Cette poche, par endroits régulière et lisse, peut être, en dehors de toute dégénérescence maligne, adhérente aux organes voisins, sortes de métastases par greffe créant une des deux formes malignes distinguées par Dor et Bérard ; le kyste dermoïde est malin par lui-même.

La paroi du kyste est en général mince ; elle est parfois si mince qu'il est impossible de la toucher sans la rompre ; d'autres fois, elle s'épaissit par points, surtout au niveau de la papille, à ce niveau sa consistance, de fluctuante devient ferme, et l'on y peut sentir des noyaux cartilagineux ou osseux, souvent signalés dans les cas à dégénérescence maligne.

La paroi intérieure couverte par places de poils, contient dans quelques cas des dents (ce sont les seules formations spécialisées que nous ayons trouvées signalées dans les cas à dégénérescence maligne), la structure dermoïde ne s'étend pas fatalement à toute la masse et l'on trouve des formes mixtes (kystes muco-dermoïdes) comme dans les cas de Mermet et de Debuchy.

Le contenu des kystes est caractéristique, mais ne présente dans les cas qui nous intéressent que de rares particularités. On y retrouve en général les touffes de poils implantés ou libres roulés en pelote, comme dans le cas de Tédénat. Ces poils nagent dans un liquide épais, huileux, jaune ou gris, ou café au lait, brillant quelquefois de paillettes de cholestérine ; noirâtre, d'autres fois, à cause des hémorragies qui se produisent au niveau des points dégénérés. En général inodore, il prend une odeur infecte quand la poche s'est infectée ou s'est ouverte dans l'intestin ou au dehors (par le vagin). Ce liquide peut déposer sur les parois une couche de sébum plus ou moins dure, parfois très adhérente.

Nous avons dit déjà que ces kystes pouvaient être

bilatéraux (cas de Cortès, Pommier, Leblanc et Veit) qu'ils pouvaient être multiples du même côté (Krukenberg-Pommier).

Leur volume est extrêmement variable, dans un cas de Babinski, le kyste est une loge minuscule creusée dans un ovaire gros comme un marron. Il est dans d'autres cas comme un œuf, comme une orange (Mermet), une tête d'enfant (Pomorsky), une tête d'adulte (Rocher), 4 têtes d'adulte (Biermann).

II. *La tumeur.* — La formation néoplasique se trouve au début localisée en un point de la paroi kystique, épithélioma rappelant probablement le cancroïde cutané et atteignant le tégument du kyste comme il atteint le tégument externe.

C'est là une forme que nous n'avons jamais trouvé signalée ; il faudrait en effet un hasard exceptionnel puisque l'on opère le kyste dermoïde à cette période de début de sa dégénérescence maligne, alors qu'elle ne s'accompagne encore d'aucun symptôme, ainsi que nous le verrons plus loin. Tout au plus, dans les parties toutes périphériques de la tumeur a-t-on pu saisir la formation de bouchons cancéreux dans le revêtement épidermique.

Pour le carcinome, nos notions sont un peu plus précises. Pilliet a bien étudié l'évolution de cette dégénérescence dans les kystes dermoïdes : c'est au niveau de la papille, dans les glandes nombreuses que présente cette région, que croissent les nodules cancéreux. Le sarcome se développe plus profondément dans le derme ; l'endothéliome a pour point d'origine les vaisseaux nourriciers de la tumeur (Eckardt). Dans certains cas, il est très difficile de savoir quel a été le point de départ de la néoplasie et, dans certaines observations, l'auteur considère

que les débris de l'ovaire, plus ou moins conservé, ont été le vrai substratum de la cancérisation. Il ne s'agirait donc pas là, à proprement parler, d'une dégénérescence maligne du kyste lui-même.

De toute façon, que l'on ait affaire à la petite ulcération cancéroïdale de l'épithélioma ou au nodule carcinomateux, les lésions poussent des prolongements profonds, pénètrent la paroi tandis que l'ulcération se forme ou s'accroît à l'intérieur. Puis la paroi est traversée, à l'ulcération interne se superpose une ulcération externe, comme elle saignante et bourgeonnante. Des adhérences se forment, des greffes secondaires se produisent sur les organes voisins ou même sur toute la séreuse péritonéale (Virchow). C'est à cette phase là que l'on intervient en général. Que trouve-t-on alors ?

Le péritoine étant incisé et les adhérences (sur lesquelles nous reviendrons) étant rompues, on arrive sur la tumeur.

Quelquefois le kyste paraît normal et l'on ne trouve le point dégénéré qu'à un examen plus approfondi. En général, un des segments de sa paroi, plus particulièrement adhérent aux organes voisins, est épaissi. Tantôt étalée en surface, tantôt globuleuse, la masse néoplasique peut siéger indifféremment en un point quelconque, tantôt à son pôle inférieur (Hochhalt), tantôt à son pôle supérieur. Comme type de description, nous citerons le cas de Masson : « Dans le point épaissi, la structure est tout autre ; si l'on enlève les dépôts qui se trouvent à ce niveau, on tombe sur une surface tomenteuse, dure, de 5 à 6 cent. de diamètre, et qui a une consistance fibreuse. C'est dans la région correspondant à cette altération de la paroi interne que l'on trouve aussi sur la paroi externe des productions exubérantes d'aspect néoplasique ».

Ici la tumeur est dure ; sa consistance est fort variable suivant les cas et suivant la nature de la tumeur.

Les sarcomes sont en général plus fermes, les épithéliomas plus mous. Certaines dégénérescences peuvent venir modifier cette règle, les carcinomes se peuvent calcifier et prendre une consistance très dure comme par exemple dans le cas de Pomier. Ils peuvent au contraire avoir une substance fondamentale myxomateuse qui les rend particulièrement mous, comme dans le cas de Walls.

En dehors de toute dégénérescence, et d'après la densité de leur trame propre on peut ici, comme pour la plupart des organes, classer les néoplasmes épithéliaux en deux groupes d'après leur consistance ; les formes dures, squirreuses, les formes molles encéphaloïdes. Cette mollesse peut être extrême comme dans le cas de Mermet : « La consistance de cette tumeur est molle ; elle rappelle celle de l'encéphaloïde dans ses parties les plus consistantes ; dans les plus internes au contraire, en voie de ramollissement, le doigt peut pénétrer facilement. »

Un caractère presque constant de ces dégénérescences néoplasiques est leur tendance aux hémorragies. La fréquence, des adhérences que l'on est obligé de rompre ; la friabilité de la masse elle-même donnent dans l'abdomen ou le pelvis des hémorragies fréquentes qui quelquefois ont précédé l'opération (ascite hémorragique). En général c'est au cours de l'intervention que l'on est gêné par ces hémorragies en nappe, saignant des parties ramollies sur lesquelles la pince ne mord pas, ainsi que nous l'avons vu dans un cas du professeur Tédénat.

Rapports de la tumeur avec le kyste. — Nous avons déjà insisté sur le mode de début de la tumeur maligne. Nous l'avons située au moment de sa formation en un

point de la poche dermoïde, plus ou moins profondément enfouie dans la paroi suivant sa nature. Epithélioma pavimenteux, carcinome, sarcome. Plus tard la paroi se prend dans toute son épaisseur ; puis la néoplasie continuant à s'accroître envahit progressivement la paroi, se greffe sur les organes voisins et finit par constituer une masse énorme vis-à-vis de laquelle le kyste primitif affecte des rapports variables. Tantôt sa croissance fut plutôt excentrique et malgré la gravité des lésions propagées aux organes voisins, on observe une intégrité relative de la poche kystique, comme par exemple dans le cas d'Hochhalt : malgré une propagation aux anses intestinales et à l'épiploon, le kyste gros comme une tête d'enfant reste normal dans toute sa partie supérieure et gauche, la tumeur n'a envahi que la partie inférieure et droite. D'autres fois au contraire, elle présente un développement circonférentiel, enveloppant dans sa masse le kyste dermoïde entier. Tantôt celui-ci est entièrement englobé (Biermann), tantôt il fait encore saillie à la surface (Eckardt), il peut même alors, et cela s'observait dans les cas que nous citons, être isolé de l'ensemble par une cloison conjonctive plus ou moins épaisse.

Propagation de la néoplasie. — Le cancer, nous l'avons vu, franchit tôt ou tard les limites de la paroi kystique. A partir de ce moment, il commence à se propager aux organes voisins, et cela par deux modes différents : la greffe de voisinage, par contact ou par l'intermédiaire du liquide péritonéal, la généralisation vasculaire.

On conçoit que dans la propagation de proche en proche, les organes les plus voisins soient le plus souvent atteints : l'épiploon, la vessie et l'intestin sont surtout lésés. Les adhérences avec l'intestin grêle

sont rares, par contre les côlons ascendant et descendant sont souvent lésés, quelquefois même le côlon transverse ou l'estomac (Paul Reclus), le duodénum (Babinski) ; l'utérus et le vagin peuvent être envahis comme dans le cas de Busse. L'autre ovaire peut être atteint (Eckardt-Tédenat). Au début, l'irritation, due au voisinage du néoplasme, provoque entre la paroi du kyste et l'intestin de simples adhérences inflammatoires, puis, peu à peu, le néoplasme envahit et ronge, les cellules atypiques s'infiltrant à travers les couches musculuses, la sous-muqueuse, la muqueuse et viennent en fin de compte bourgeonner dans l'intestin. Si le processus destructeur l'emporte, c'est une ulcération qui se creuse et le kyste s'ouvre dans l'un des organes creux du bassin : intestin et vessie. Il peut aussi s'ouvrir dans le péritoine. Nous avons trouvé l'ouverture dans l'intestin signalée par Hochhalt, celle dans la vessie par Himmelfarb. Nous transcrivons enfin la description que l'on trouve dans les Annales de Virchow, d'une ouverture dans le péritoine : « La paroi kystique est perforée en arrière, en haut et à gauche, sur une surface d'un thaler et le contenu du kyste se déverse dans l'espace limité par les adhérences intestinales et le sommet de la tumeur ».

Nous avons donc, dans les propagations de la tumeur par continuité, trois degrés successifs : les adhérences simples, l'envahissement néoplasique, la perforation.

La greffe peut s'effectuer à distance dans la cavité péritonéale et se disséminer en nodules épars sur presque tous les organes qu'elle contient. Le péritoine pariétal est le plus souvent envahi, les intestins, le mésentère et l'épiploon viennent ensuite. Le foie est plus rarement atteint qu'il s'agisse de carcinome (Pommier) ou de sarcome (Debuchy). Ces îlots se présentent en général sous l'aspect

de nodosités plus ou moins saillantes, d'un blanc grisâtre, plus ou moins volumineuses et dures, comme le noyau de l'épiploon dans un des cas de M. Tédénat que nous rapportons. « Le péritoine pariétal, hépatique et diaphragmatique est tapissé de masses blanchâtres, molles et diffluentes, mais ces masses sont surtout abondantes au niveau de l'épiploon », lisons-nous dans Debuchy.

Reste enfin à étudier le dernier mode de généralisation : la métastase par voie vasculaire, veineuse pour le sarcome, lymphatique pour les tumeurs épithéliales. Ici tous les viscères peuvent être lésés. Le foie est le plus souvent atteint et les noyaux cancéreux sont irrégulièrement distribués dans sa masse (Babinski), la rate peut être prise (Babinski), la plèvre (Auverricht). Enfin les ganglions lymphatiques sont ici, comme dans presque toutes les tumeurs malignes, les grands filtres qui fixent les éléments néoplasiques. Dans toutes les observations détaillées où la tumeur présente un certain développement, l'adénopathie est signalée. Les ganglions rétropéritonéaux sont envahis, surtout à la région lombaire, quelquefois beaucoup plus haut : Les ganglions cervicaux sont atteints dans le cas de Carter. Malgré la prédilection des sarcomes pour le squelette, nous n'avons vu signaler dans aucune observation de métastases osseuses.

CHAPITRE III

STRUCTURE HISTOLOGIQUE

Le kyste dermoïde, le tératome ovarien nous présente, suivant les cas, presque tous les tissus de l'organisme ; théoriquement tous ces tissus peuvent être le point de départ d'une formation néoplasique et l'on devait pouvoir observer au niveau de ces kystes tous les types de tumeur maligne. En fait, le nombre des types décrits, est limité à quatre et l'on n'a jusqu'à aujourd'hui observé, dans les kystes dermoïdes, que des épithéliomas et des carcinomes comme tumeurs épithéliales, des sarcomes et des endothéliomes comme tumeurs conjonctives.

Epithélioma. — L'épithélioma est la forme la plus fréquente, on l'observe dans près de la moitié des cas et toutes les variétés d'épithélioma ont été observées. Cette néoplasie née des plans superficiels de la muqueuse dermopapillaire en conserve à peu près les caractères.

L'épithélioma lobulé à globes épidermiques y présente souvent son aspect typique. La description la plus précise en est celle de Masson dont nous citons les passages les plus intéressants. A un faible grossissement la paroi dégénérée se présente avec un stroma conjonctif lâche, constitué par des faisceaux grêles et très ondulés, semé d'une grande quantité de cellules, les unes sont des éléments

leucocytaires, les autres épithéliaux. Ces amas épithéliaux sont formés en lobules irréguliers qui, par endroits, rappellent la structure pseudo acineuse du carcinome alvéolaire. A un fort grossissement, la structure des cellules est différente suivant le lobule. Pourtant elles ont toutes entre elles ce point commun qu'elles ne présentent point de pointes de Schultze et qu'elles n'arrivent pas à former des globes cornés à écailles bulbeuses absolument typiques. « L'absence de pointes de Schultze est due probablement à ce que les cellules du type épidermique ont commencé à édifier la tumeur alors qu'elles se trouvaient à un stade fort peu avancé de leur développement. » Enfin, s'il n'y a pas de globes épidermiques typiques, on observe en abondance des productions cornées d'aspects divers.

Les cellules, par contre, présentent tout à fait leur aspect adulte dans d'autres cas. (Registre d'anatomie pathologique de Lyon, 1888). Les globes épidermiques ont d'autres fois aussi une structure plus normale, et l'aspect histologique de l'épithélioma tubulé est parfaitement reproduit.

Plusieurs auteurs signalent des formations perlées. Aucun ne donne de ces tumeurs une description détaillée, de sorte qu'il est impossible d'affirmer que dans ces cas il s'agissait réellement d'un épithélioma perlé. La chose est d'autant moins probable que l'épithélioma perlé est une variété fort rare et cette prédilection pour le kyste dermoïde de l'ovaire serait vraiment surprenante et inexplicable.

L'épithélioma tubulé enfin a été observé dans ses formes parfaites et décrit avec précision par Chavannaz. Les masses épithéliales végétant vers la profondeur de la paroi se sont frayées des trajets entre les fibres conjonctives et se présentent sous forme de cordons cellulaires

pleins, à trajets plus ou moins complexes et anastomosés. Les cellules entassées, polyédriques par compression, sont fortement atypiques et ne présentent plus l'évolution cornée. La dégénérescence centrale creusant ces boyaux épithéliaux en tubes s'observe ici de façon irrégulière.

Le carcinome est dans les kystes dermoïdes une forme de dégénérescence plus rare. On ne l'observe guère que dans un quart des cas. Ces carcinomes doivent se développer aux dépens des glandes sébacées, car, dans certains cas et dans les formes peu atypiques, on a pu trouver les cellules infiltrées de graisse. Au début, on note à l'intérieur de ces canaux glandulaires une prolifération cellulaire active donnant des éléments tassés et polyédriques. La basale rompue, ils s'épandent dans le cellulaire en longs canalicules rappelant encore relativement la structure de la glande. « Par endroits, dit Yamagiva, on trouve des conduits glandulaires tapissés de cellules épithéliales plates ou cylindriques, peu élevées, respectant encore la cavité. Ailleurs, les canalicules sont complètement obstrués par des cellules polygonales ».

« Sur des points voisins, les glandes diffusées prennent un aspect tout à fait différent de celui des glandes sébacées ordinaires; elles offrent des culs-de-sac très petits, en sorte que la coupe prend un aspect aréolaire. » (Debussy). Que l'on segmente ces tubes en alvéoles, et nous avons le carcinome typique. Comme on le voit, toutes les formes évolutives du carcinome ont été soigneusement observées et décrites, et le carcinome du kyste dermoïde est actuellement bien connu.

Lockhard et Anderson prétendent avoir vu sur un kyste dermoïde une combinaison d'épithélioma et de carcinome. La chose est-elle bien certaine? Quand on ouvre une tumeur très atypique, il est dans certains cas fort

difficile de poser un diagnostic différentiel exact entre l'épithélioma pavimenteux à cellules polygonales, sans filaments d'union, sans formations cornées, et le carcinome.

Sarcome. — La dégénérescence sarcomateuse s'observe avec une fréquence sensiblement égale à celle du carcinome. Au début, noyau dur et nettement encapsulé par le tissu fibreux, le sarcome dans son évolution ultérieure présente deux ordres de phénomènes : 1° il rompt sa capsule pour commencer sa généralisation maligne ; 2° il présente à l'intérieur des formations vacuolaires souvent signalées. De ces cavités, les unes sont d'anciens foyers hémorragiques à liquide séro-sanguinolent puis séreux ; les autres sont des foyers de ramollissements nécrotiques. La forme du sarcome en elle-même peut nous présenter les diverses modalités observées au niveau des autres organes. Tantôt il s'agit de sarcome fuso-cellulaire ; et alors les cellules allongées se groupent assez régulièrement en faisceaux. Ces faisceaux peuvent s'enrouler en tourbillons ainsi qu'on le voit signalé dans l'observation de Reclus. Tantôt il s'agit d'un sarcome globo-cellulaire à petites cellules rondes comme dans le cas de Busse. Les vaisseaux, à l'intérieur de ces tumeurs, sont dépourvus de paroi propre et leur endothélium tapisse directement la masse néoplasique. Le fait est signalé avec précision par Reclus. Debuchy insiste sur la fréquence d'une coloration jaunâtre au niveau de ces tumeurs qui sont alors opâques. Il attribue ce fait à ce que « beaucoup de cellules fibroplastiques sont remplies de fines granulations graisseuses. »

Les *endothéliomes* enfin constituent la dernière variété de tumeurs malignes que l'on ait observées au niveau des kystes dermoïdes. Faguet, le premier, a décrit cette disposition au niveau des kystes dermoïdes : « La portion

solide de la tumeur est formée par des faisceaux de tissu conjonctif fasciculé, constituant une sorte de tissu réticulaire dans les alvéoles duquel se trouve un grand nombre des cellules épithéliales ou épithéloïdes, de forme et de volume variables, à noyaux très apparents. On rencontre, en outre, un grand nombre de fentes lymphatiques avec des cellules d'endothéliomes au milieu de la substance interstitielle de nature conjonctive. Les vaisseaux sanguins qui existent dans cette zone n'ont pas de parois propres. On retrouve tous les caractères attribués par Eckardt et Pomorsky à cette variété de néoplasme ovarien intermédiaire à l'épithéliome et au sarcome ». Ces formes néoplasiques sont rares et nous n'en avons trouvé que trois cas, celui de Faguet, celui de Eckardt et celui de Flaischen.

Tels sont les divers aspects histologiques que peuvent offrir les cancers des kystes dermoïdes : comme on le voit, dans les trois quarts des cas, cancer épithélial, et dans la moitié des cas, épithélioma pavimenteux.

CHAPITRE IV

PARTIE CLINIQUE

SYMPTOMES

Au point de vue symptomatologique le tableau clinique évolue en deux périodes fort différentes. Une première période, où le kyste dermoïde est simple et ne se révèle que par ses symptômes ordinaires ; une deuxième période, où le kyste a subi la dégénérescence et où les symptômes de la tumeur maligne viennent s'ajouter à ceux du kyste. Le début clinique de la seconde période ne correspond pas exactement au début des lésions néoplasiques. Tant que le cancroïde se contente de ronger les téguments internes du kyste, tant que le sarcome reste encapsulé et limité dans sa paroi, aucun signe particulier n'en vient révéler la présence. Il ne se manifeste que très tard, quand il commence à se propager aux organes voisins, et ceci nous explique pourquoi on trouve si souvent des tumeurs, opérées, semble-t-il, au début de leur évolution, déjà adhérentes aux organes voisins et quelquefois généralisées par la voie des métastases.

Nous insisterons peu sur les symptômes de la première période : ce sont les signes ordinaires du kyste dermoïde, sans aucun caractère surajouté. La tumeur palpable dans la fosse iliaque de l'abdomen, de volume fort variable, peut

s'élever jusqu'au colon transverse ou reste limitée dans le douglas et est perceptible alors au seul touchervaginal; elle est de consistance fort inégale, tantôt molle et fluctuante, tantôt tendue et très rénitente, tantôt bosselée, présentant des nodosités irrégulières et dures. Cette tumeur constitue souvent le symptôme unique. La douleur peut s'y ajouter. On sait qu'elle est plus fréquente dans le kyste dermoïde que dans les autres kystes. Elle est quelquefois fort vive et peut s'irradier sur le trajet des divers nerfs comprimés, en particulier du sciatique. Les signes fonctionnels sont rares et traduisent la compression des organes abdomino-pélviens par la tumeur, la gêne apportée aux mouvements du diaphragme.

Cette période est de durée fort irrégulière, quelquefois très prolongée puisqu'une malade de Busse portait sa tumeur depuis 22 ans, elle peut être au contraire fort courte et même passer entièrement inaperçue. Dans un cas de M. le professeur Tédénat, la malade ne s'est aperçue de la présence de son kyste que lorsqu'a débuté l'évolution maligne. C'est le cas pour les kystes de petit volume, à situation profonde, ne comprimant aucun organe important.

La deuxième période est plus riche et plus intéressante au point de vue symptomatique. Ce sont en général les signes fonctionnels qui attirent les premiers l'attention de la malade, et la douleur, dans presque toutes les observations, est, après la tumeur, le premier symptôme signalé. Douleur tantôt légère et profonde, simple sensation de pesanteur ou de tension; tantôt, au contraire, vive, avec des exacerbations paroxystiques, lancinantes. Cette douleur est quelquefois localisée; le plus souvent elle s'irradie le long du sciatique dans le membre inférieur, plus rarement dans le flanc ou l'hypochondre.

D'autres fois ce sont les signes de compression qui tiennent la scène, compression unie souvent à l'envahissement néoplasique du viscère. Les premiers symptômes, pour la malade de Mermel, furent des troubles d'obstruction intestinale chronique ; la malade de Faguet se plaignit d'abord de dysurie. Tous les organes creux du pelvis peuvent être comprimés : outre la vessie et l'intestin, les veines sont souvent lésées ; on voit alors apparaître l'œdème qui débute aux malléoles pour envahir peu à peu tout le membre inférieur. Nous avons déjà signalé les douleurs irradiées sur le trajet des nerfs comprimés — la sténose du pylore a été signalée dans un cas de métastase duodénale (Babinski), la gêne apportée au jeu du diaphragme est rare et ne s'observe que dans les tumeurs énormes. La dyspnée ainsi d'ailleurs que les œdèmes peuvent, indépendamment des compressions, être dues à l'asthénie générale.

Les troubles de l'état général sont ici très marqués comme dans la plupart des cas de tumeurs malignes. Ils présentent ceci de particulier que la tumeur ayant un siège profond et une évolution quelquefois insidieuse à l'intérieur de la poche kystique, la cachexie cancéreuse peut être quelquefois un des premiers symptômes, sinon le symptôme révélateur. La malade de Babinsky se plaignait seulement d'amaigrissement et d'asthénie. La maigreur, la faiblesse générale, la pâleur jaunâtre des téguments, tous les attributs ordinaires de la cachexie cancéreuse, s'observent dans la dégénérescence maligne du kyste.

Mais la cachexie est un signe imprécis ; la douleur attire l'attention vers la sphère génitale ; les signes physiques précisent le diagnostic. Ou sent, quelquefois on voit une tumeur. Nous ne reviendrons pas sur ses caractères de

forme, de volume, de situation déjà décrits à propos des lésions. Sa consistance est plus caractéristique ici, montrant, à la palpation, des inégalités de surface, des indurations et des épaississements locaux que nous avons observés sur la paroi. Ce signe est assez caractéristique. La tumeur est fixe et l'on peut s'apercevoir, en général, par le touchervaginal que, extra-utérine, elle fait souvent corps avec lui, qu'elle est bloquée dans le douglas par des adhérences. Debuchy insiste sur un signe dont les autres auteurs parlent peu et qui auraient pour lui une assez grande importance diagnostique : les frottements perceptibles à la palpation au niveau de la tumeur dégénérée. — Plus caractéristique encore d'une dégénérescence maligne sont les foyers métastatiques palpables à travers la paroi abdominale, sous forme de nodules qui sont dispersés dans l'épiploon, le péritoine pariétal, le foie. L'ascite avec ses signes est assez souvent signalée. Dans certains cas, cette ascite est sanglante, contenant en suspension des globules rouges ; la présence d'éléments néoplasiques dans le liquide n'a pas été observée que nous sachions. Il est cependant bon de les rechercher toutes les fois que le diagnostic est hésitant.

Enfin un signe physique qui nous fournit des données précises, est la ponction exploratrice. Elle a été pratiquée plusieurs fois dans les cas qui nous intéressent ; on hésite davantage aujourd'hui à ponctionner ces poches profondes, intra-péritonéales. Lorsqu'elle est effectuée, le plus souvent par le vagin, elle donne le liquide grumelleux jaunâtre ou diversement coloré que nous avons déjà décrit ; les cheveux sont caractéristiques du kyste dermoïde. La dégénérescence maligne peut donner lieu à des hémorragies intrakystiques et le liquide retiré contient alors en quantité variable du sang plus ou moins rouge.

Tels sont les principaux symptômes que l'on peut observer au cours de la dégénérescence maligne des kystes dermoïdes. Nous les avons exposés brièvement : le lecteur les retrouvera indiqués dans les résumés d'observations que nous donnons, à la fin de notre ouvrage.

Selon la prédominance de certains de ces symptômes, on pouvait décrire des formes cliniques ; une forme douloureuse quand, la tumeur restant petite et profonde, les douleurs sont très accusées (Souligoux). Dans d'autres cas, au contraire, la douleur est très légère ou absente, la tumeur constitue à elle seule presque toute la symptomatologie (cas de Reclus). La cachexie qui peut être le premier symptôme, ainsi que nous l'avons vu, peut rester le symptôme prédominant (Carter). L'importance des métastases peut faire méconnaître l'origine première quelquefois fort difficile à retrouver (Babinski). Les troubles de compression peuvent dominer la scène et égarer le diagnostic vers le cancer du rectum ou l'obstruction chronique et vers les affections vésicales.

ÉVOLUTION ET COMPLICATION

Nous avons dit que l'on pouvait distinguer nettement deux périodes : une période de kyste dermoïde simple, quelquefois fort longue (22 ans, Busse ; Pommier) à allure silencieuse ; une deuxième période ou de dégénérescence.

Le passage de l'une à l'autre est souvent assez nettement marqué ; la tumeur, depuis plus ou moins longtemps stationnaire et torpide, subit un accroissement rapide de volume bien indiqué dans les deux cas cités : en même temps, apparaissent les signes fonctionnels, indiquant un envahissement des organes pelviens : la tumeur devient douloureuse, les signes de compression se manifestent, l'état général décline. La tumeur bénigne est devenue maligne. A partir de ce moment l'évolution va être rapide. On est frappé du nombre de malades qui se sont présentées au chirurgien déjà inopérables, et dans les cas où le début de la période maligne peut être assez exactement précisé, il semble que l'évolution ne dépasse guère 6 mois. Dans les cas favorables cependant, quand la malade est vue assez tôt pour qu'une extirpation totale soit possible, une survie plus longue peut être espérée, et nous voyons dans un cas de M. le professeur Tédénat une malade revenir 7 ans après l'ablation d'un kyste cancéreux.

Des complications peuvent venir hâter la fin, les deux principales sont l'ouverture du kyste et sa suppuration.

L'ouverture du kyste, spontanée ou provoquée, peut s'effectuer comme nous l'avons vu, dans le péritoine, le rectum, la vessie. Dans le premier cas les adhérences péritonéales préalables cloisonnent le processus et permettent à la perforation de s'effectuer presque sans symptômes. L'ouverture dans le rectum s'accompagne immédiatement de l'émission par l'anus d'une partie du contenu kystique, plus tard, la poche s'infecte, la fièvre s'allume, l'abdomen devient ballonné et douloureux, des vomissements proviennent. L'ouverture dans la vessie peut s'accompagner de complications moins graves, et de rétention d'urines, les parties solides ou concrétées obstruant l'urètre ce qui évidemment sera relativement rare, étant donnée la dilatabilité et la brièveté de l'urètre féminin.

La suppuration du kyste peut être consécutive à son ouverture dans un viscère creux, il est vraisemblable qu'elle se puisse aussi produire spontanément dans le kyste dégénéré comme dans le kyste normal. Les symptômes sont graves : douleur, ballonnement abdominal, vomissement, fièvre, en somme tableau de péritonite

PRONOSTIC

Indépendamment même de ces complications, d'ailleurs rares, le pronostic des kystes à dégénérescence maligne est, d'après ce que nous avons dit, fort mauvais. Il s'agit de cancer, mais d'un cancer particulièrement grave, parce qu'il a une évolution rapide, parce qu'il est presque impossible à diagnostiquer dès le début et difficile à diagnostiquer plus tard, parce qu'il est souvent, quand il se présente au chirurgien, inopérable ou difficilement opérable.

DIAGNOSTIC

Il comprend deux parties : Établir l'existence d'un kyste dermoïde, en reconnaître la dégénérescence maligne. Nous n'avons pas à insister ici sur la première partie : nous ne traitons pas du kyste dermoïde en général, mais de sa dégénérescence maligne. A quoi reconnaît-on que cette dégénérescence maligne s'est effectuée ? Il faut d'abord considérer que la cancérisation du kyste dermoïde a une période de latence, le cancroïde de son revêtement interne, le nodule carcinomateux intra-pariétal, le sarcome encore encapsulé ne se manifestent par aucun symptôme ; — à cette période, le diagnostic est impossible ;

c'est à cette période qu'il faudrait opérer. — Plus tard, quand la tumeur envahit les parties voisines, le diagnostic est en général possible, même aisé ; l'accroissement plus rapide débutant brusquement chez une femme âgée qui portait depuis longtemps son kyste est un signe presque certain sur lequel Debuchy a insisté avec raison.

L'apparition subite des douleurs ou leur aggravation brusque, les signes de compression du côté des viscères se produisent par une tumeur longtemps bien tolérée, les frottements péritonéaux, la présence d'une ascite dans laquelle se trouve du sang, comme dans le cas du professeur Tédénat, sont des signes de quasi-certitude. La fixation de la masse jusque là mobile ; l'apparition de bosselures à sa surface, la perception de noyaux métastatiques dans la paroi, l'épiploon ou le foie permettent encore de poser le diagnostic. Mais lorsqu'on n'a pas assisté au stade de tumeur bénigne, quand le diagnostic de kyste n'a pas pu précéder celui de cancer, il est rare que l'on puisse identifier exactement les lésions, et le diagnostic de cancer de l'ovaire est le plus souvent porté.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

1° *Curateur*. — Il n'est qu'un seul traitement curateur : c'est l'extirpation totale de la poche néoplasique, aussi précoce que possible. Aussitôt fait le diagnostic de cancer, il faut l'enlever, l'enlever tôt et l'enlever tout. C'est ce que l'on fera dans les conditions idéales d'un diagnostic précoce chez une patiente décidée à l'intervention. Il n'en est pas toujours ainsi. En pratique, l'opération peut être impossible, dangereuse ou inutile.

Impossible, quand on trouve une masse volumineuse, saignant au moindre contact, couverte d'adhérences, intimement liée aux viscères voisins (intestin, vessie, utérus et vagin) propagée aux parois abdominales et pelviennes. La main cherche en vain à s'insinuer dans la masse, elle ne trouve pas de plan de clivage, il est impossible de sculpter à grands fracas la masse dans les viscères qui l'enveloppent.

Dangereuse, elle peut l'être pour plusieurs raisons : les adhérences mêmes paraissant rares et peu serrées, peuvent conduire à des ouvertures viscérales, dont les suites sont quelquefois graves. La rupture de ces adhérences mêmes peut donner une hémorragie en nappe contre laquelle la forcipressure ne peut rien et qui peut, dans certains cas, être grave (un cas du professeur Tédénat).

Enfin, le shock opératoire peut être fatal à ces malades arrivées souvent à un degré de cachexie extrême.

L'opération est inutile quand la tumeur est généralisée déjà, quand il existe des noyaux dans les divers organes ou la paroi. Même lorsqu'il n'existe aucun signe macroscopique de généralisation, il faut savoir que l'opération donne un coup de fouet à la métastase. Il peut se produire des « récidives galopantes » que rien ne permet de prévoir et qui emportent la malade en quelques jours.

On doit penser toujours, à ce sujet, aux deux cas si frappants d'Hofmeier.

Donc, en pratique, quelle conduite tenir ? Si la malade est arrivée à l'extrême limite de la cachexie, si l'on décèle des métastases dans la paroi, les viscères, les ganglions, il faut s'abstenir. Sinon, ouvrir. — La laparotomie exploratrice étant faite, si la tumeur est peu adhérente, elle sera extraite. L'extraction sera tentée encore si, même devant être difficile, on ne trouve pas de noyaux métastatiques à l'examen de l'abdomen. Si les adhérences sont nombreuses et serrées, si l'on trouve des noyaux sur le péritoine, l'intestin ou la paroi, si la tumeur a infiltré les ligaments et le pelvis, le mieux est de s'abstenir : refermer l'abdomen ; après avoir placé un drain dans les cas fréquents où une hémostase complète aura été impossible.

Quelques accidents sont possibles au cours de l'intervention. L'hémorragie grave peut nécessiter un tamponnement serré par une mèche de gaze que l'on retirera les jours suivants. L'ouverture de l'intestin ou de la vessie est fréquente. Si l'opération est aseptique, elle n'offre pas une extrême gravité et se corrige aisément par une suture à plusieurs étages.

Il faut savoir cependant qu'aucune guérison définitive n'a été observée à la suite du traitement chirurgical. La

survie, cependant, peut être assez longue pour justifier, dans tous les cas où elle est possible, l'intervention sanglante. La survie post-opératoire la plus longue est celle de 7 ans, du professeur Tédénat.

2° *Palliatif*.— Dans bien des cas ainsi que nous le voyons, le traitement radical est impossible. Il faut se contenter de parer aux symptômes. Calmer la douleur, et ici la morphine jouera son rôle bienfaisant. Soutenir l'état général par les divers toniques, exciter l'appétit par les amers, calmer les vomissements, les hémorragies.

OBSERVATIONS

Observation Première

(Inédite)

(Professeur Tédénat).

Kyste dermoïde de l'ovaire gauche. Dégénérescence carcinoïde. Récidive et métastases dans le foie et le grand épiploon sept ans après l'excision du kyste.

(Observation recueillie par le docteur Dusser).

Sidonie B..., 47 ans, réglée à 13 ans ; ses règles ont continué régulières, sans douleurs, durant trois ou quatre jours, jusqu'à l'âge de 43 ans ; depuis lors elles sont plus abondantes, souvent avec quelques caillots et durent sept ou huit jours. Jamais de pertes blanches. Mariée à 21 ans, elle a eu deux accouchements normaux à 23 et à 27 ans ; pas d'autres maladies qu'une fièvre muqueuse peu grave à 18 ans. Rien à noter dans les antécédents de famille ; le père a 74 ans, la mère 68.

Le 3 mai 1903, la malade éprouva une vive douleur subite dans le bas-ventre avec vomissements. La douleur se calma après sept ou huit heures de durée, mais il persista un peu de sensibilité. Un médecin appelé le 8 mai crut à une poussée d'appendicite, bien que la douleur à la pression occupât surtout le côté gauche, où il trouva une vague tuméfaction. Le 29 mai, mêmes accidents péritonitiques, un peu moins pénibles, mais plus longs.

M. Tédénat appelé en consultation le 4 juin, constate un léger météorisme, un peu de défense musculaire rendant incomplet l'examen bimanuel qui montre une tumeur occupant le cul-de-sac postérieur et refoulant l'utérus en avant et à droite. La tumeur est dure, bosselée, peu mobile. Elle paraît indépendante de l'utérus. M. Tédénat diagnostique : kyste de l'ovaire avec torsion probable du pédicule. Ainsi s'expliquent les deux poussées de péritonisme.

La malade entre à la clinique du professeur Tédénat le 21 juin, le lendemain de la fin de ses règles qui ont duré 11 jours et ont été accompagnées de douleurs et de nausées presque continuelles durant leur cours. La perte a été abondante avec des caillots ; il n'y a pas de pertes blanches.

Le ventre est légèrement ballonné, sensible à la pression. L'exploration ne peut être complète : la tumeur a subi, depuis 15 jours, une augmentation notable de volume. La malade a pâli, maigri, a peu d'appétit, éprouve facilement des nausées pour peu qu'elle prenne d'aliments. Rien à noter du côté du cœur, des poumons. Constipation tenace, pas d'albumine dans l'urine qui est émise à 1.200 grammes *pro die* avec 7 grammes d'urée totale.

Application de Priesnitz qui soulage peu.

24 juin. — Laparotomie après anesthésie au mélange ACE donné goutte à goutte ; la paroi est vasculaire ; le péritoine rouge, environ 500 grammes de liquide ascitique rosé, où flottent quelques rares flocons fibrineux. Les anses intestinales distendues par des gaz sont malaisées à contenir, malgré la position en Trendelenburg portée au maximum. Le péritoine qui recouvre l'utérus est rouge, chagriné ; une anse d'intestin grêle adhère à la tumeur et à la corne gauche de l'utérus fortement refoulé à droite et

en avant. Malgré la douceur des manœuvres, le péritoine de l'anse intestinale se déchire et un petit surjet doit être appliqué. Alors la tumeur peut être décollée de l'utérus et excisée. Son pédicule, long de 6 centimètres, a subi une torsion très nette de un tour et demi. Cette torsion est fixée par des adhérences. M. Tédenat se décide à enlever l'utérus pour les raisons suivantes : 1° l'utérus augmenté de volume présente des bosselures au nombre de cinq, siégeant au haut de sa face postérieure ; 2° la tumeur est manifestement un kyste dermoïde avec cancer ; 3° son décollement a créé à la face postérieure de l'utérus, du ligament large et sur le douglas, des arrachements qui saignent en nappe. Donc excision totale de l'utérus et péritonéisation par l'S iliaque. L'opération a duré 40 minutes. La malade a perdu peu de sang, guérison sans autre incident qu'une impossibilité d'uriner pendant les huit premiers jours. La malade quitte la clinique le 18 juillet en bonne santé.

La santé resta bonne jusqu'en mai 1910, c'est-à-dire pendant sept ans. Alors surviennent : constipation tenace, nausées fréquentes après le moindre repas, anorexie, douleurs vagues dans le haut de l'abdomen. Le 19 juin, ictère qui persiste et va croissant ; le 12 juillet, quand M. Tédenat est appelé auprès de la malade, chez qui le docteur Perrier a constaté depuis trois jours de l'ascite et une augmentation de volume du foie. M. Tédenat note : ascite, plaque noueuse médiane, un peu au-dessous de l'ombilic, ayant cinq centimètres de diamètre, le foie dépasse les fausses côtes de trois travers de doigt ; il est dur et bosselé. La malade succombe à la cachexie le 15 septembre après de violentes douleurs dans les lombes et le sciatique droit.

Examen des pièces. — L'utérus présente quelques menus nodules fibromateux dans les plans superficiels, saillant sous le péritoine. Il a huit centimètres de longueur interne; son diamètre transverse d'une corne à l'autre est de 6 centimètres. Sa muqueuse est lisse, plutôt atrophiée. Les deux trompes sont épaissies, sans rétention intratubaire; les franges sont libres.

L'ovaire gauche est totalement remplacé par un kyste dermoïde du volume des deux poings. La surface cutanée est d'aspect typique avec des orifices glandulaires larges, quelques papilles et de nombreux poils implantés. Existe de plus un peloton de longs poils libres entrelacés et englués dans un magma gras, butyreux, jaune avec reflets verdâtres, où se trouvent de tous petits poils. Cette surface cutanée forme deux surfaces séparées par un intervalle de tissu fibroïde large de un centimètre et demi, long de cinq centimètres. Une de ces plaques a cinq centimètres de long sur quatre de large; la peau y est épaisse avec orifices glandulaires et poils. L'autre plaque, un peu moins étendue, présente de vraies verrues au nombre de huit, séparées par des espaces de peau d'aspect normal. A la périphérie de la plaque, est une masse noduleuse dure, du volume d'une grosse noix, fissurée, et au point d'implantation de cette masse, la paroi kystique est très épaissie. Sur une coupe perpendiculaire à la paroi, faite suivant l'axe de cette masse, le tissu gris-jaunâtre, très dur, pénètre jusqu'à la face extérieure de la paroi kystique. L'examen microscopique de ce tissu a montré la structure typique de cancer cutané avec globes épidermiques.

Observation II

(Inédite)

(Prof. Tédénat)

Kyste dermoïde de l'ovaire droit cancéreux avec nodules sur l'ovaire gauche, les trompes, l'intestin.

Sophie M..., de Cette, 52 ans, entre à la salle Paulet dans le service du professeur Tédénat, le 2 décembre 1912.

Mère morte d'hémiplégie à 66 ans, père asthmatique ; deux frères bien portants.

Elle a toujours été bien portante. Régulée à 11 ans, six enfants, jamais d'accidents génitaux.

La maladie actuelle a commencé, il y a 4 mois, par une vive douleur dans le bas-ventre et les reins ; il y a eu plusieurs vomissements ; la malade a gardé le lit pendant une semaine.

Actuellement, les douleurs assez vives occupent tout le bas-ventre, plus vives tantôt à gauche, tantôt à droite : elles sont continues, sourdes, avec des poussées lancinantes ; peu d'appétit, vomissements fréquents, constipation tenace et croissante depuis deux mois. Matières ovi-lées, dures, rendues par lavements indispensables.

Depuis la ménopause survenue à 44 ans, il n'y a jamais eu de pertes sanguines et presque jamais de pertes blanches.

Rien à noter du côté du cœur, des poumons, du foie. Mictions fréquentes 10 à 12 fois par 24 heures, traces d'albumine. L'examen combiné donne les résultats suivants : une masse dure, polylobulée, occupe le bas-ventre, plus à droite qu'à gauche et remonte à deux doigts au dessous de l'ombilic. On peut lui imprimer quelques mou-

vements très restreints, mais au prix de quelques douleurs. Le col utérin regarde en avant, le corps utérin adhère à la tumeur.

Sous l'influence du repos, du Priesnitz, les douleurs se calment un peu, mais pendant ces trois jours la tumeur augmente de volume, présente une masse plus saillante et qui fluctue. Le diagnostic hésite entre kyste papillaire inclus et myome. Les souffrances vont en augmentant et la malade supplie qu'on l'opère.

Opération le 4 décembre 1912. Péritoine très épaissi, très vascularisé, il adhère à la tumeur. Dès qu'on l'a décollée, on voit la tumeur bosselée rattachée par des adhérences épaisses, irrégulières au cœcum, à l'anse sigmoïde, aux anses de l'intestin grêle. Le doigt sépare péniblement, mais avec douceur, la tumeur qui crève : issue d'un liquide gris-verdâtre, butyreux, inodore. Cette poche, du volume d'une tête de nouveau-né, est formée au dépens de l'ovaire droit. Elle est enlevée après ligature. On voit alors deux masses grisâtres, noueuses, dures, du volume du poing : l'une fait corps avec le colon descendant et le commencement de l'S iliaque ; l'autre fait corps avec le cœcum et les dix derniers cm. de l'iléon. Ça et là quelques nodules néoplasiques sont disséminés sur les anses de l'intestin grêle, et sur le péritoine pariétal. L'ovaire gauche porte une masse noduleuse du volume du poing ; il est totalement envahi par la néoplasie. Il est impossible de faire une hémostase parfaite ; il existe un suintement sanguin sur la surface de séparation de la masse kystique. Drainage compressif à la Mickulicz.

Le soir, on constate que le suintement sanguin a été assez abondant. Le 5, le pouls est à 120, pas de température, état général satisfaisant, douleurs bien moindres.

9 décembre. Le drainage est enlevé ; suture parfaite.

L'hémorragie a été bien moindre qu'il n'avait paru, par suite de la diffusion du sang par capillarité dans les pièces de pansement.

La malade prend du lait, des potages farineux, souffre moins. 14 décembre, fistule fécale.

La malade quitta l'hôpital le 6 janvier, sa fistule donnait peu de matière fécale. Cachexie progressive.

Examen des pièces : la tumeur enlevée est une poche monoloculaire contenant un écheveau de très longs poils, du volume d'un œuf de poule. Les poils qui forment cette masse sont fortement tassés, emmêlés et englués par un liquide graisseux, épais, et fortement glutineux, gris, jaune-verdâtre. Dans la plus grande partie de son étendue, la paroi de la poche est épaisse de 2 à 5 cm, noueuse, formée d'un tissu gris-blanc, dure, criant sous le scalpel. Sur sa face interne, on voit une surface ovalaire longue de 6 cm, large de 4, ayant l'aspect d'une peau, avec des poils noirs bien implantés et des orifices glandulaires. C'est au pourtour de cette surface cutanée que l'on voit naître les nodosités cancéreuses. Dans l'épaisseur de cette plaque cutanée, on sent une plaque osseuse longue de 2 cm, large de 7 à 10 mm., suivant les points. Elle a une épaisseur de 1 à 2 mm.

L'examen microscopique a montré la structure du cancer alvéolaire avec cellules polyédriques et en quelques points des globes épidermiques. Le stroma de la tumeur est en grande partie, surtout sur les coupes portant sur la périphérie de la tumeur, formé d'éléments fusocellulaires. Par places, on trouve quelques cellules plates à bords pourvus de crêtes comme les cellules du corps de Malpighi. Des coupes faites sur un nodule développé sur le grand épiploon montrent une structure presque identique à celle de la tumeur ovarienne.

Observation III

(Service de M. le professeur Tédénat)

Kyste dermoïde de l'ovaire en transformation épithéliomateuse.

Ovariectomie. Guérison.

L... A..., 48 ans, entrée à l'Hôpital le 3 avril 1891. Rien de particulier à signaler dans ses antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Mariée à 23 ans, elle a eu 4 enfants, dont le dernier a 6 ans.

Pas de maladies antérieures.

Depuis 5 à 6 ans, ses règles apparaissent tous les deux ou trois mois seulement et ne sont accompagnées d'aucunes douleurs.

Début de la maladie. — Au mois d'août 1890, la malade a éprouvé de violentes douleurs dans le flanc droit, irradiées dans tout l'abdomen. A cette époque, elles ont duré 15 jours et les règles, qui avaient apparu pour la dernière fois au mois de mai, ne sont pas arrivées.

Ensuite ces douleurs ont cessé, mais elles se manifestèrent à la moindre fatigue. Le ventre n'avait pas augmenté de volume ; l'état général était bon.

Cet état a duré jusqu'en octobre, époque où pendant 4 ou 5 jours de nouvelles douleurs ont apparu et ont été suivies des règles qui ont duré 5 à 6 jours. Les pertes ont été plus fortes que les autres fois, mais ont conservé leur couleur normale.

Depuis le mois d'octobre, la malade n'a plus eu ses règles, mais a éprouvé constamment des douleurs au niveau de l'abdomen, ce qui l'oblige à garder irrégulièrement le lit. En même temps, le ventre augmentait progressivement de volume. Malgré cela, l'appétit est conservé et il n'y a pas eu amaigrissement.

En février, nouvelle crise douloureuse suivie d'une augmentation assez brusque du volume du ventre. Depuis lors, les douleurs ont persisté avec plus d'intensité et elles s'irradient dans les jambes et les mollets où elles sont fulgurantes. En même temps, anémie et amaigrissement.

Etat actuel. -- Abdomen globuleux. La peau n'est pas distendue.

Percussion. — Matité jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. A gauche, la limite passe à six travers de doigt en dehors, et à droite à quatre. Zone de sonorité de six travers de doigt qui la sépare de la matité du foie.

Palpation. — Tumeur dure, arrondie, mobile sur la paroi abdominale. Consistance rénitente uniforme.

Toucher vaginal. — Col normal, culs-de-sac libres, utérus indépendant.

Etat général. — Amaigrissement, mais appétit relativement bon.

11 avril, ovariectomie. Pas d'adhérences ; pédicule assez long (8 cm). Opération simple et rapide. La ponction de la tumeur donne un litre environ de liquide épais, filant, couleur chocolat, sur lequel nagent des gouttelettes de graisse.

On lie le pédicule, gros comme un goulot de bouteille, avec un fil de soie. Suture abdominale.

La malade n'a présenté aucune réaction ; elle n'a jamais souffert et la température qui, le soir de l'opération, était de 37°5, est restée les jours suivants au-dessous de 37°.

La malade est sondée trois fois par jour pendant six jours. Pendant dix jours, elle ne prend que du bouillon et du lait. Les deux premiers jours, elle ne prend que du lait glacé et du champagne frappé.

Le 25 avril, on défait le pansement. Plaie cicatrisée *per primam*. On enlève les fils et on refait un léger pansement.

La malade commence à se lever le 29, avec une ceinture hypogastrique; elle sort le 6 mai complètement guérie.

Examen de la tumeur fait par M. le professeur Kiener. La tumeur développée aux dépens de l'ovaire droit et un peu plus grosse que la tête d'un fœtus normal, comprend le tissu ovarien et une partie distendue: le kyste proprement dit. Le kyste renfermait un liquide grumelleux, couleur chocolat et un paquet de cheveux gros comme un œuf d'oie. La surface interne de la paroi qui a 1 cm. d'épaisseur est lisse et blanchâtre. Elle est hérissée de cheveux en certains points; en d'autres, elle a l'aspect lisse et nacré des épidermes; en d'autres encore, on trouve un tissu noir, pulpeux, gras, qui donne naissance aux gouttelettes de graisse qui surnagent sur le liquide; en d'autres enfin, ce sont des dépôts fibrineux adhérents à la paroi.

La principale loge communique avec des loges secondaires dont elle est séparée par des cloisons très incomplètes. Sur le bord libre d'une de ces cloisons, est implantée une dent ayant la forme et la dimension d'une canine, et qui est solidement implantée sur la paroi.

La deuxième partie de la tumeur est solide, de consistance très dure, bosselée. Par une coupe suivant son grand axe, on la voit composée d'un tissu blanchâtre, légèrement rosé, parsemé de taches jaunâtres, d'aspect caséux, presque confluentes. En grattant la surface de section avec un scalpel, on obtient un liquide blanchâtre crémeux. Dans les nodosités et bosselures, le tissu est en voie de ramollissement caséux et puriforme.

Examen microscopique. — La portion épaissie présente les caractères les plus manifestes de l'épithélioma, c'est-à-

dire une masse fibreuse pauvre en cellules et semée de leucocytes, dans laquelle sont des travées cylindriques anastomosées entre elles, des culs-de-sac bourrés de cellules épithéliales. Dans la portion organisée à la partie la plus externe, les cellules sont volumineuses et possèdent des noyaux en voie de division par kariokinèse normale ou pathologique. A une distance d'environ deux centimètres de la face externe, tous ces tissus épithéliaux et le stroma sont frappés de nécrose et ont perdu tout indice de structure en se transformant en une masse caséiforme.

La paroi propre du kyste est constituée par d'épaisses couches du tissu conjonctif riche en cellules et se nécrosant dans les couches les plus internes.

Conclusion. — Kyste dermoïde dont toutes les portions examinées présentent dans les parties les plus épaisses la structure typique de l'épithélioma et se creusant de plus en plus par la dégénérescence caséuse et la fonte graisseuse.

Observation IV

(Dr K. Yamogiva. Archiv. für pathologische anatomie)

Femme de 60 ans qui présentait depuis 34 ans une tumeur de la région hypogastrique droite, douloureuse. Métastase sus-claviculaire gauche en mai 1894, douleurs intolérables à partir de cette date. Cachexie, œdèmes. Mort le 24 octobre 1894.

Autopsie : tumeur pelvienne remontant jusqu'à l'ombilic, surtout développée à gauche, molle à gauche, dure et osseuse à droite, adhérente à la paroi et aux anses intestinales. A l'intérieur, liquide banal de kyste hydatique. Cheveux, os, semis péritonéal.

Microscopiquement, par endroits, structure dermopapillaire normale, ailleurs, dégénérescence maligne avec toutes les phases de la dégénérescence carcinomateuse jeune.

Observation V

(Wahl. Petersburger Mediz. Wochenschrift 1883)

Femme de 26 ans. Depuis un an, tumeur qui a progressivement grossi, était depuis quelques mois devenue douloureuse. Quand la malade se présente, sa tumeur s'élève à l'ombilic.

Ovariectomie : la tumeur adhère à l'épiploon et au colon ascendant. Résection large de l'intestin pendant l'opération. A l'intérieur du kyste, liquide jaunâtre sébacé, dans la paroi, nodules disséminés et durs.

Microscopiquement : carcinome alvéolaire avec une substance fondamentale myxomateuse.

Observation VI

(Pommier. Thèse Strasbourg, 1864)

Femme de 48 ans. Tumeur depuis 20 ans, longtemps stationnaire, depuis 4 mois accroissement rapide, douleurs, céphalalgie, dyspnée, compression intestinale, maigreur, cachexie. Au niveau de l'abdomen, réseau veineux sous-cutané. Tumeur s'élevant jusqu'au creux épigastrique, dure, résistante, siégeant à droite, bosselée, anté-utérine au toucher. Ponction exploratrice par l'abdomen fixe le diagnostic ; mort de cachexie.

Autopsie : à gauche, tumeur en 4 parties, 3 kystes der-

moïdes et un noyau néoplasique; à droite, un kyste dermoïde. La masse adhère à la paroi, à l'estomac et au pancréas. Métastase sur l'intestin, le mésentère et dans le foie.

Histologie : carcinome dur, criant sous le scalpel, calcifié.

Observation VII

(Mermet. Bulletin de la Société anatomique de Paris, 1896.)

Femme de 66 ans. Depuis un an environ, obstruction intestinale chronique, cachexie, puis il y a 6 mois, tumeur abdominale. Cette tumeur occupe la région hypogastrique et iliaque gauche, bombant dans le cul-de-sac du même côté, arrondie, irrégulière, ferme, douloureuse.

Extirpation le 26 avril 1896, impossible d'enlever une métastase annulaire du colon sigmoïde. La tumeur est formée d'une poche centrale à laquelle sont annexés plusieurs kystes dont un avec des cheveux. Masse néoplasique du volume du poing, postéro-supérieure.

Histologiquement : on a à peu de chose près. Le « type, décrit par Waldeyer, sous le nom de kyste proliférant, glandulaire de l'ovaire. A un faible grossissement, aspect adénoïde ou adénomateux. Au fort grossissement, on voit en certains points le passage de l'adénome au carcinome cylindrique.

En fait, il s'agit ici d'un kyste mucodermoïde et c'est la partie mucoïde qui est dégénérée.

Observation VIII

(Rocher. — Correspondanz blatt f. Schweizer Aertze 1877)

Femme de 50 ans. Depuis 3 mois, tumeur ovarienne, grosse comme la tête, douleurs. Ovariectomie, la tumeur

est adhérente à la vessie, qui est ouverte au cours de l'intervention. Métastase du volume d'un œuf de poule au niveau de l'autre ovaire. A l'intérieur, poils et dents.

Examen microscopique. — Des deux côtés, kyste dermoïde et dégénérescence carcinomateuse.

Observation IX

(Pomorsky. — Centralblatt für Gynækologie, 1889)

Femme de 49 ans. Tumeur grosse comme une tête d'enfant, kystique, contenant une pelote de cheveux. Paroi irrégulière et bosselée avec îlots néoplasiques, adhérences nombreuses. A la base de la tumeur, les restes dégénérés de l'ovaire. De la surface externe, se détachent des arborescences néoplasiques.

Histologiquement. — Structure carcinomateuse. Plus trace de tissus normaux de l'ovaire.

Observations X et XI

(Cohen. — Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynækologie Bd XII)

Cohen cite, dans la statistique des tumeurs malignes opérées par Schröder, deux cas de dégénérescences carcinomateuses greffées sur des kystes dermoïdes.

Observations XII et XIII

(Norris. — American Journal Obst. New-York, 1906)

L'auteur rapporte deux cas de kyste dermoïde bilatéral de l'ovaire dans lesquels un des deux kystes avait subi la dégénérescence maligne. Dans un cas, il s'agissait d'une

femme de 54 ans ayant depuis plusieurs années une volumineuse tumeur; dans l'autre, d'une femme relativement plus jeune (42 ans) chez laquelle les douleurs avaient constitué le principal symptôme.

Dans les deux cas, l'examen microscopique montra qu'il s'agissait de carcinome.

Observation XIV

(Lockhart et Anderson. — Montréal. Med. Journal. 1899)

Volumineux kyste dermoïde de l'ovaire gauche à évolution longtemps bénigne, brusquement aggravée. L'examen microscopique montre sur la même tumeur la combinaison d'un carcinome et d'un épithélioma.

Observation XV

(Babinski. — Bulletin de la Société Anatomique de Paris. Mai 1882)

Femme de 60 ans. Début depuis 3 mois par amaigrissement, cachexie, vomissements, hématurie. A la palpation, tumeur du pylore et tumeur du flanc gauche. Mort de cachexie.

Autopsie. — Cancer annulaire du pylore. Noyau épiploïque dans le flanc, adhérent à l'intestin, quelques noyaux dans le foie et la rate. Les deux ovaires, gros comme des marrons, sont cancéreux, dans l'ovaire gauche, un petit kyste.

L'examen histologique du kyste montre qu'il est tapissé d'un épithélium pavimenteux stratifié. Seul l'aspect microscopique de la tumeur au niveau de ses métastases (épithélioma pavimenteux lobulé) permet de lui donner

pour origine le kyste ovarien, seule formation à épithélium pavimenteux malpighien qui soit envahie par le cancer.

Observation XVI

(Cornil *in* Babinski. — Bulletin de la Société anatomique de Paris, 1882)

Femme qui présentait des symptômes de kyste de l'ovaire. La ponction exploratrice donne des cheveux et en montre la structure dermoïde.

Ovariectomie. — Tumeur adhérente à l'utérus et à l'intestin, envahissement d'une grande partie de l'utérus.

Examen microscopique. — Epithélioma pavimenteux lobulé.

Observation XVII

(Yamogiva. — Archiv. für pathologische anatomie, 1897)

Femme de 41 ans. Tumeur en mai 1893, non douloureuse, grosse comme une pomme, para-ombilicale, grossit progressivement et devient douloureuse. La malade s'alite en novembre 1893.

Laparotomie exploratrice en janvier 1894. Mort en avril.

Autopsie. — Métastases péritonéales. Hydronéphrose gauche. La tumeur est un kyste dermoïde contenant 2000 cmc. de liquide avec de longs poils. Adénopathie rétro-péritonéale.

Examen microscopique. — Epithélioma pavimenteux de structure olvéolaire. Les formations perlées se montrent tantôt vers le centre, tantôt vers la périphérie des alvéoles

Observation XVIII

(Hochhalt. — Archives de Virchow, 1895)

Femme de 48 ans. La malade ne se plaint que d'une douleur sciatique bilatérale. Tumeur abdominale à gauche, remontant jusqu'à l'ombilic. On palpe des noyaux métastatiques disséminés dans l'abdomen. Quinze jours après l'entrée, ouverture dans le rectum, cachexie rapide, mort en un mois.

Autopsie. — Tumeur comme une tête d'enfant, adhérente à l'intestin et à l'épiploon, repoussant en avant l'utérus et la vessie. A l'intérieur, poils, os et dents. Métastase sur l'iléon et dans les ganglions rétro-péritonéaux.

Examen microscopique. — Epithélioma pavimenteux à globes épidermiques.

Observation XIX

(Leblanc : Bull. de la Société anatomique de Paris, 1896.)

La femme se plaint de douleurs abdominales datant de six semaines avec perte rapide de forces. Tumeur de la région ombilicale, dure, irrégulière, bosselée. Ascite.

Laparotomie : Ascite sanglante. Tumeur ovarienne gauche grosse comme une tête de fœtus. Dans l'ovaire droit, petit kyste dermoïde chevelu avec une dent. Dans le gros kyste pluriloculaire gauche, un petit kyste dermoïde du volume d'une noisette.

Examen microscopique : Épithélioma.

Observation XX

(Himmelfarb : Centralblatt für gynækologie, 1896)

Femme de 55 ans. Tumeur depuis 10 ans, rapidement accrue depuis 4 mois. Ouverture dans la vessie depuis 4 semaines. Mort 3 jours après l'admission.

Autopsie : Péritonite purulente. Gros kyste à parois épaisses, contenant des cheveux. A la partie inférieure de la tumeur, deux saillies tubéreuses de tissus friables.

Examen microscopique : Epithélioma pavimenteux, lobulé, corné.

Observation XXI

(Heschel : Prager Vierteljahrschrift, 1860.)

Femme de 45 ans. Depuis quelques années, tumeur abdominale. Ponction exploratrice par le vagin. Mort au quatrième jour.

Autopsie : Tumeur droite, grosse comme une tête d'enfant. Péritonite purulente. Dans le kyste, poils et pus. Parois du kyste épaisses.

Examen microscopique : « On trouve un stroma de tissu en liaison avec des cavités allongées dans lesquelles se trouvent des masses de cellules, les unes en forme de bouteilles, les autres avec des prolongements en forme de massue. »

Observation XXII

(Veit : Zeitschrift für geburtshilfe und gynækologie, 1890.)

Kyste dermoïde suppuré situé à droite, avec une transformation cancéreuse des parois s'étendant jusqu'au bord gauche de l'utérus qui adhérerait au kyste.

A gauche, les annexes manquent entièrement. A leur place est un kyste dermoïde très adhérent à l'épiploon, sans connexion avec les organes génitaux. C'est un kyste ovarien séparé par torsion et adhérent encore à quelques tractus qui représentent les annexes.

Observation XXIII

(Masson : Thèse Lyon, 1897.)

Femme de 53 ans. Entrée en juin 1896, dans le service du Dr Poncet. Pesanteur dans la fosse iliaque gauche depuis 4 ans. En décembre 1896, tumeur, douleur accrues, depuis un mois, constipation. Pas trop de cachexie. A la palpation, on sent des nodosités sur la tumeur. Celle-ci bombe dans le cul-de-sac postérieur.

Laparotomie le 4 juin : Tumeur adhérente à la paroi et à l'S iliaque, grosse comme une tête d'enfant, née aux dépens de l'ovaire gauche, contenant 1.200 centimètres cubes de liquide blanc, grumelleux, 2 plaques épaissies correspondant à des formations exubérantes sur la face externe.

- *Examen microscopique* : Au niveau des plaques signalées, épithélioma pavimenteux lobulé, sans pointes de Schultze ni globules cornés, à écailles bulbeuses, absolument typiques.

Observation XXIV

(Biermann : Prager Mediz. Wochen, 1885)

Femme de 21 ans. Entrée le 21 avril 1884. Depuis janvier souffre au niveau d'une tumeur abdominale allant de l'hypochondre droit à l'hypochondre gauche et surve-

nue à la suite d'une chute (?). Mort de cachexie le 12 mai.

A l'autopsie : Tumeur grosse comme 4 têtes d'adulte, refoulant l'intestin en haut. Noyaux hémorragiques sur le péritoine et le foie. Adhérences avec la vessie et l'utérus. Adénopathie rétro-péritonéale. A la coupe, la tumeur est bourrée de cavités kystiques à revêtement épidermique. Elle contient du cartilage.

Examen microscopique : Epithélioma pavimenteux, lobulé, à globes épidermiques.

Observation XXV

(Thunier : Arch. Für Gyn., t. III, 3)

Femme de 65 ans. Depuis 19 ans, tumeur abdominale.

Il y a seize ans, poussée de péritonite. La tumeur, depuis, a grossi progressivement. Depuis 1 an, douleurs, tumeur volumineuse, bombant dans le cul-de-sac postérieur, immobile, bosselée. Ponction exploratrice.

Opération : Extirpation difficile de la tumeur adhérente à la paroi et que l'on ne peut extraire en entier qu'en réséquant une partie de la paroi abdominale. La malade quitte la clinique 24 jours après l'opération. Mort 6 mois après de récidence.

Examen microscopique : Epithélioma pavimenteux.

Observation XXVI

(Chavanaz : Gaz. de Gynécologie, Paris 1898)

Femme de 56 ans. Depuis 2 ans, pertes aqueuses légèrement rosées, avec rétention d'urines et obstruction intestinale.

Opération : Vaste poche contenant un peloton de poils gros comme une mandarine. Parois épaisses, irrégulières, présentant en bas et en arrière un épaississement du volume du poing. Liquide verdâtre, puriforme.

Examen microscopique : Epithélioma pavimenteux, tubulé.

Observation XXVII

(Pottien : Dissertation Inaugurale, Iéna 1887)

Femme de 38 ans. Ayant eu, après chacun de ses trois accouchements, des hémorragies très abondantes. Quatre mois avant son entrée, frisson, douleur, tumeur. A son arrivée, amaigrissement, cachexie. Tumeur dépassant la symphise de 10 centimètres. Deux mois plus tard, vomissements, douleur dans l'aîne.

Opération : Adhérences au colon descendant et à l'épiploon. Ouverture du colon. Il est impossible d'extirper toute la tumeur pelvienne. Mort 10 jours après.

Autopsie : Adénopathie rétro-péritonéale, métastases sur le mésentère, l'iléon, l'appendice, la vessie, le rectum. Hydronéphrose droite.

Examen microscopique : Epithélioma pavimenteux.

Observation XXVIII

(Krukenberg : Arch. für Gynæk., 1887)

Femme de 43 ans. 11 accouchements. Cachexie, pas d'ascite, tumeur bosselée, grosse comme une noix dans l'abdomen ; dans le pelvis, tumeur dure et irrégulière dépassant la symphise de 4 centimètres.

Opération : Tumeur libre, grosse comme une tête d'enfant, contenant deux kystes dermoïdes, à parois plus ou moins épaisses, avec des excroissances. Nodule dans l'épiploon.

Microscopiquement : Epithélioma pavimenteux.

Observation XXIX

(Souligoux : Bulletin de la Société anatomique, 1892)

Femme de 28 ans. Depuis un avortement datant de 6 mois, douleur dans l'abdomen et la cuisse droite. Etat général bon. Tumeur dure et bosselée dans le cul-de-sac de douglas, indépendante de l'utérus, mobile, grosse comme un œuf d'autruche.

Laparotomie : On extrait la tumeur. Elle est constituée de petites poches à contenu huileux, dont l'une contient de la matière sébacée et des poils blonds. Guérison sans incidents.

Examen microscopique : muqueuse dermopapillaire. En certains points, on trouve des noyaux présentant une structure d'épithélioma diffus avec évolution graisseuse des cellules.

Observation XXX

(Eckardt : Zeitschrift für geburshilfe und gynækologie)

Femme de 46 ans, tumeur solide de l'ovaire gauche, grosse comme une tête d'adulte.

Opération : On enlève la tumeur et l'utérus myomateux, mort au quatrième jour. La tumeur ovarienne gauche pesait 4200 gram. Bosselée d'élevures, dont deux ont le volume du poing, l'une de ces bosselures est un kyste der-

moïde avec des cheveux blonds et une dent. Ce kyste est séparé de la tumeur par une cloison épaisse et spongieuse. La masse dans son ensemble est crevassée, feuilletée, trabéculaire.

Examen microscopique : Sarco-endothéliome des vaisseaux nourriciers du kyste.

Observation XXXI

(Registre du laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté de médecine de Lyon, mai 1888. — *In* thèse Masson)

Examen microscopique de la paroi d'un kyste dermoïde opéré par le professeur Fauchier. Opération pénible à cause d'adhérences solides et nombreuses. Guérison opératoire, récurrence et mort de généralisation.

Parois du kyste dermoïde infiltrées d'un épithélioma corné très caractéristique. Deux caractères témoignent d'une bénignité relative : caractère adulte des cellules et caractère allongé des noyaux qui révèlent un stade d'évolution déjà annoncé.

Observation XXXII

(Krebsig : Virchow, archiv., vol. 75)

Brève relation d'une opération effectuée pour un kyste dermoïde. Opération faite le 29 mai 1881. L'état général de la patiente est bon. Le kyste dermoïde avait subi la dégénérescence maligne épithéliomateuse.

L'auteur signale une récurrence sous forme de noyaux suspects vésico-utérins en décembre, soit 7 mois après l'intervention.

Observation XXXIII

(Grant. Transvaal Medical Journal 1909).

Femme de 47 ans, présentant depuis plusieurs années une tumeur de la fosse iliaque gauche. Quinze jours avant son entrée, douleur vive, vomissements, ballonnement abdominal.

Opération. — Volumineux kyste dermoïde suppuré, dont les parois ont subi la dégénérescence maligne.

Examen microscopique. — Epithélioma pavimenteux.

Observation XXXIV

(Faguet. Mercredi Médical 1895.)

Femme de 60 ans. Entre le 15 octobre 1894. Deux grossesses normales. Début en mai 1894 par troubles de la miction. En août, tumeur du volume du poing dans la fosse iliaque. A son arrivée, ascite. On ne sent plus la tumeur. Ponction qui donne 5 litres d'ascite. On trouve alors la tumeur en partie solide en partie liquide, qui va du pelvis à deux travers de doigt de l'ombilic. La tumeur est saillante dans les culs-de sac antérieur, droit et postérieur.

Opération le 19 octobre. Kyste gros comme une tête de fœtus avec cheveux, à sa partie inférieure, elle porte une tumeur solide grosse comme une mandarine.

Microscopiquement : faisceaux conjonctifs fasciculés limitant des alvéoles emplies de cellules épithélioïdes. Nombreuses fentes lymphatiques. Vaisseaux sans paroi propre. C'est un endothéliome typique.

Observation XXXV

(Flaischen. Zeitschrift für Geburt. und Gyn. 1889.)

Femme ayant eu deux enfants. Hémorragies depuis le dernier avortement qui date de trois mois. Etat général très mauvais. Utérus repoussé à droite et en arrière. A droite et couchée sur lui une tumeur, à gauche, trois tumeurs au-dessus l'une de l'autre.

Ovariectomie : montre un kyste multiloculaire avec, dans une cavité, tous les caractères du kyste dermoïde. Dégénérescence cancéreuse diffuse des parois.

Histologiquement : endothéliome.

Observation XXXI

(Debuchy. Thèse, Paris, 1899.)

Femme de 22 ans, très irrégulièrement réglée depuis sa puberté. Six mois avant son entrée, douleur vive et subite dans le flanc droit, calmée au bout de 5 semaines pour reparaitre et ne plus cesser, irradiée dans la cuisse droite. A l'examen, tumeur dure, résistante, un peu mobile, bombant dans le cul-de-sac antérieur.

Laparotomie. — Tumeur solide et dure en avant, pâteuse et kystique en arrière, légèrement adhérente, antérieurement rompue dans le péritoine. La tumeur est une masse solide creusée d'une cavité kystique irrégulièrement épidermisée avec une touffe de cheveux et un grand nombre de kystes plus petits dont quelques-uns pilifères.

La malade revient deux mois après avec cachexie grave et ascite.

Diagnostic : péritonite tuberculeuse. Laparotomie-ascite sanglante, généralisation cancéreuse à tout le péritoine abdominal. Mort le lendemain.

A l'autopsie. — Métastases sur tout le péritoine pariétal, diaphragmatique, hépatique, l'épiploon, elles encombrant tout le petit bassin.

Examen microscopique. — On trouve au niveau des parties solides de la tumeur primitive et dans ses noyaux métastatiques secondaires une structure myxosarcomateuse.

Observation XXXVII

(Unverricht. Centralblatt für Chirurgie, 1879.)

Tumeur ancienne ayant présenté brusquement un développement rapide.

A l'autopsie. — Kyste dermoïde de l'ovaire englobé dans une volumineuse tumeur. Métastases dans la plèvre, le péritoine, l'intestin, et presque tous les viscères.

Microscopiquement : sarcome.

Observation XXXVIII

(Cohen. Zeitschrift für Geburt, und, gyn. Bd XII.)

Cohen cite dans une statistique des tumeurs malignes opérées par Schræder, un cas de sarcome dermoïde avec guérison de la malade.

Observation XXXIX

(Paul Reclus. Bulletin Médical, 1893).

Femme de 63 ans. Vers le 28 décembre 1892. Se plaint depuis 5 mois de douleurs abdominales à début insidieux

et à accroissement progressif à mesure que se formait une tumeur. La tumeur est mobile en tous sens, bosselée, dure.

Opération : Laparotomie, jonction du kyste, extraction de la poche. Son pôle supérieur, très épaissi, adhère au colon transverse. C'est un kyste dermoïde typique développé dans la paroi d'un kyste mucoïde.

L'examen microscopique de la tumeur, coiffant le kyste dermoïde, montre que l'on a affaire à un sarcome dont les éléments fuso-cellulaires sont groupés en faisceaux et en tourbillons, irrigués par des vaisseaux abondants, sans paroi propre et comme creusés dans la trame morbide.

Observation XL

(Biermann : Prager Medizinische Wochen., 1885)

Femme de 30 ans. Tumeur, depuis l'âge de 22 ans, apparue à la suite d'une chute. Depuis 3 ans, périodes de malaises avec fièvre, nausées, douleurs.

Opération : Tumeur solide avec quelques points ramollis à sa partie centrale. Près de la surface, poche kystique avec cheveux et bouillie jaunâtre.

A l'examen microscopique : la tumeur se montre comme un sarcome typique à grosses cellules en fuseaux présentant çà et là des paquets de cellules bien ordonnés, et dans d'autres endroits des cellules disséminées sans ordre.

Observation XLI

(Busse : Société médicale de Greifswald, 1899)

Femme de 68 ans, présentant depuis 22 ans une tumeur pelvienne. Evolution rapide depuis 18 mois. La malade à son entrée à l'hôpital est inopérable.

A l'autopsie : tumeur mollassse du pelvis envahissant la paroi postérieure du vagin et de l'utérus. En arrière de l'utérus, production calcifiée du volume d'une orange, contenant des cheveux et une bouillie muqueuse.

Microscopiquement : il s'agit d'un sarcome à petites cellules rondes, mais probablement indépendant du kyste dermoïde dont les parois sont intactes.

Observation XLII

(Carter : Obstétrical Transaction, Vol. XXVI)

Femme de 50 ans. Présentant depuis un an une tumeur abdominale, siégeant à droite, peu fluctuante, bosselée et irrégulière, peu mobile ; une masse épigastrique. Rien de pelvien. Cachexie. Poussée aiguë, 5 jours avant la mort.

A l'autopsie : grand kyste de la moitié droite de l'abdomen, adhérent à l'épiploon et aux anses grêles. Portant sur sa paroi externe de vastes placards cancéreux, contenant du sang, des cheveux, une dent. A gauche, un autre kyste dermoïde plus petit. Métastases épiploïques, intestinales, ganglionnaires cervico-dorso-lombaires.

Examen microscopique : Manque.

CONCLUSIONS

I. La dégénérescence maligne est, pour les kystes dermoïdes de l'ovaire, une complication rare, atteignant en général des femmes âgées, frappant indifféremment le côté droit ou le côté gauche, que le kyste soit unique ou multiple, et sur laquelle nous ne possédons aucune notion étiologique précise.

II. La tumeur, d'abord localisée à une partie du kyste à sa surface interne (cancroïde), intra-épithéliale (carcinome), intra-dermique (sarcome), envahit peu à peu la poche elle-même et affecte avec elle des rapports de volume et de situation très divers. Sa consistance est variable, le plus souvent friable et hémorragique, elle peut subir des dégénérescences diverses, calcification, dégénérescence myxomateuse, etc.

Elle envahit de proche en proche les organes pelviens ; elle se propage par métastases à tout l'organisme.

III. Diverses formes histologiques ont été observées : 1° Epithélioma sous toutes ses formes, surtout lobulé, à globes épidermiques et tubulé ; 2° Carcinome alvéolaire ; 3° Sarcome fuso-globo-cellulaire ; 4° Endothéliome.

IV. L'évolution clinique se fait en deux périodes : une de kyste dermoïde simple, une de dégénérescence maligne

avec accroissement de volume, douleur, compression, ascite, noyaux métastatiques.

Le diagnostic, difficilement précoce, peut se faire par l'apparition simultanée de ces divers symptômes, sur une tumeur plus ou moins longtemps indolente et torpide.

V. Le seul traitement curateur est l'ablation totale qui donnera une survie d'autant plus longue qu'elle aura été plus précoce. Lorsque l'extirpation est impossible, les calmants de la douleur et les toniques seront de mise.

BIBLIOGRAPHIE

- BABINSKY. — Bulletins de la Société anatomique 1883.
- BARD. — Spécificité cellulaire. Congrès de chirurgie, 1894. Lyon Médical 1888. Archives de Physiologie 1885.
- BENJAMIN. — Dermoïds cyst of the left ovary with malignant degeneration. Northwest Lancet Mineap. 1904, XXIV, p. 288.
- BIERMANN. — Prague Medic. Wochenschrift 1885.
- BROCA. — Traité des tumeurs 1862.
- BUSSE. — Dégénérescence sarcomateuse d'un kyste dermoïde de l'ovaire. Soc. Médicale de Greifswald.
- CAZENAVE. — Des tumeurs papillaires de l'ovaire avec métastase péritonéale. Th. Paris 1895.
- CHAVANNAZ. — Dégénérescence épithéliomateuse d'un kyste dermoïde de l'ovaire. Gaz. heb. des sciences méd. de Bordeaux 1898, p. 65-67. Gaz. de gynécologie. Paris 1898.
- CLARK. — Carcinoma developed from the Wall of a dermoïd cyst of the ovary. Am. journ. obst. N-Y. 1898.
- CORNIL. — Bulletin de la Société anatomique, 1883. Journal des connaissances médicales, 1893.
- COUSIN. — Thèse Paris 1877.
- CUMSTON. — Malignant Transformation of dermoïd cyst of the ovary. Phila. M. J., 1899.
- CUSHING. — Colloïd degeneration of dermoïd cyst of ovary. Ann. gyn. et pediat. Phila. 1890-91, IV.
- LE DENTU et DELBET. — Traité de chirurgie.
- DERRIEN. — Th. Paris, 1893.
- DOR et BERARD. — De la dégénérescence maligne des kystes dermoïdes de l'ovaire. Gaz. heb. de Médecine de Paris 1896, p. 949.

- DEBUCHY. — Des kystes dermoïdes de l'ovaire et de leur dégénérescence maligne. Th. Paris 1899.
- DUDGEAU. — A case of malignant teratoma of the ovary. S. Obst. et Gyn. Brit. emp. London 1906.
- ECKARD. — Kyste dermoïde et endothéliome de l'ovaire gauche. Zeitschrift für Geburt. und Gyn. 1889.
- EWALD. — Wien. klin. W. 1897, n° 10.
- FAGUET. — Mercredi Médical 1895, n° 7.
- FLAISCHEN. — Sarco-endothéliome greffé sur un kyste dermoïde de l'ovaire. Zeitsch. für Geburt. und. Gyn. 1882.
- FLIEDNER. — Dermoïd und carcinom in-8°. Kiel 1903.
- FRÄNKEL. — Wieder Medical Woch, XXIII, 1883.
- FRANK. — Deciduoma malignum dermoïd of the ovary. Louisville journ. S. et M. 1898-99.
- GRANT. — A case of suppurating dermoïd cyst of the ovary undergoing malignant degeneration. Transvaal Medical journal 1909.
- GARIZONTOFF. — Dégénérescence cancéreuse d'un kyste dermoïde de l'ovaire. Vrach. Gaz. St-Petersbourg 1906.
- GEYER. — Ueber die combination von dermoïden mit malignen tumoren der ovarien, in-8°. Greifswald 1895.
- HAWKS. — American journal of obstetr. 1891, t. XXIV.
- HESCHL. — Prager Viertel Jahrschrift 1860.
- HICKS et TARGETT. — Deux cas d'embryomes malins de l'ovaire. Soc. obst. et Gyn. Brit. Emp. Lond. 1905.
- HIMMELFARB. — Centralblatt für gynœkologie 1881.
- JULHIET. — Th. Lyon 1895.
- KEHRER. — La carcinomatose primaire, dégénérescence des kystes dermoïdes de l'ovaire. Beitr. z. Geburt und Gyn. Leipzig 1901.
- KRUKENBERG. — Archiv. für gyn 1887.
- LABADIE, LAGRAVE et LEGUEU. — Traité médico-chirurgical de gynécologie.
- LANDAU. — Zum klinischen verhalten des epithelioma chorioectodermale. Verhandl. d. Berl. med. Gesellsch. 1904.
- LANNELONGUE et ACHARD. — Traité des kystes congénitaux. Paris 1886.
- LAURO. — Dégénérescence maligne d'un kyste dermoïde de l'ovaire gauche. Extirpation. Guérison. Archiv. di ostetr. e ginec. Napoli 1898.

- LOWSON-TAIT. — Traité des maladies des femmes.
- LEBLANC. — Soc. anatomique de Paris 1896.
- LEROY. — Bull. de la Société anatomique 1856.
- LESOURD. — Th. Paris 1893.
- LÉOPOLD. — Centr. für Gyn. 1886, p. 30.
- LOCKHART et ANDERSON. — Carcinome et épithéliome combinés sur un kyste dermoïde de l'ovaire. Montréal Med. Journ. 1899.
- LUDWIG. — Dégénérescence maligne des tumeurs kystiques embryonnaires de l'ovaire. Wien. klin. Wochen. 1905.
- MARTIN. — Die krankheiten der Eierstocke 1899.
- MASSON. — Dégénérescence maligne des kystes dermoïdes de l'ovaire. Th. Lyon 1896.
- MENESTRINA. — Large dermoïd. cyst. of the ovary with carcinomatose degeneration involving. St-Louis Med. Rev. 1908.
- MERMET. — Soc. anatomique de Paris 1896.
- MICHEL. — Gibt es ein Epithelioma chorioectodermale des Eierstokes? Centr. für Gyn. Leipzig 1905.
- MUNCH. — Semaine médicale, 1899, n° 38.
- NEUMANN. — Sur un cas de dégénérescence maligne d'un kyste dermoïde. Presse médicale, 1899.
- NORRIS. — Deux cas de kyste dermoïde bilatéral dont l'un ayant subi la dégénérescence carcinomateuse. Am. Journ. obst. N. Y., 1906.
- OLIVER. — Dermoïd of Left ovary; epithelial cancer invading the cyst wahl. Liverpool M. chir. J., 1891.
- PETERS. — An adenocarcinoma of the ovary associated with an ovarian dermoïd cyst. Johns Hapkins Hosp. Bull. Balt., 1900.
- PETERSON. — Malignant ovarien teratoma with Twisted Pedicle and ascite Physician and Surg., Detroit and Ann. Arbor., 1903.
- PICK. — Das epithelioma chorioectodermale, ein Beitrag zur Lehre von den congenital angelecten geschwülsten. Verhandl. der Berl. med. Gesellschaft, 1904.
- Zur Lehre von epithelioma chorioectodermale Centralblatt für gyn. Leipzig, 1905.
- PILLIET. — Dégénérescence cancéreuse d'un kyste dermoïde de l'ovaire. Soc. anat. de Paris, 1893, Revue de chirurgie, 1887.
- POMMIER. — Th. Strasbourg, 1864.
- POMORSKY. — Centralblatt für gynœkologie, 1889.
- POTTIEN. — Dissertation inaugurale. Iena, 1887.

- POLZI — Ein Fall von Platten epith. carcinom einer dermoïdcystes des ovariums. Centralblatt für. Alg. path. und path. anat., 1904.
- POMPE VAN KEERDERVOORT. — Een geol van dermoïd carcinom van het ovarium. Nederland Tidjschr. v. verlask an gynœc. Haarlem, 1902.
- POUPINEL. — De la généralisation des kystes et tumeurs épithéliom. de l'ovaire. Th. Paris, 1886.
- POZZI. — Traité de gynécologie.
- RECLUS. — Clinique chirurgicale de la Pitié. Paris, 1894.
- ROTHER. — Zwei solide ovarial embryome, ein Beitrag zur frage der malignitat derselben. Monatschriftf. geburt. und gyn., 1904.
- SCHÖEMAKER. — Malignant degeneration in dermoïd cyst. Tr. Amer. an. obst. and gyn. Philadelphie, 1890.
- SCHAW. — Squamous celled carcinoma of dermoïd cyst. of the ovary. Proc. Roy. Soc. Med., Londres, 1910.
- SÉBILEAU. — Les épanchements du péritoine dans les tumeurs de l'appareil génital interne de la femme. Th. Paris, 1899.
- SCHRÖDER. — Berliner Klin. Wochenschrift, 1892.
- SOULIGOUX. — Bull. de la Soc. anatomique, 1879.
- SPENCER WELLS. — Traité des tumeurs abdominales.
- TAUFFER. — Dégénérescence cancéreuse d'un kyste dermoïde de l'ovaire, perforation dans le rectum. Budapesti K. orvosegy, 1895.
- THIENHAUS. — Dermoïd of the ovary in which diagnosis war mode possible by kuesters signes. Post grade Bull. Milwaukee, 1905-6.
- THUMAM et EWALD. — Semaine médicale, 1897.
- THUMIN. — Ueber Karcinomatöse degeneration der Eierstoks dermoïde. Arch. für gyn. Berl. 1897.
- UNVERRICHT. — Breslauer aertzlicher Zeitschrift, 1879.
- VANVERTS. — Epithelioma polykystique bilatéral de l'ovaire. Bull. soc. anat. de Paris, 1896.
- WEITZEL. — Du tératome de l'ovaire. Thèse Giessen, 1897.
- WILMS. — Dermoïd cysten und teratome. Article du Traité de Martin, 1899.
- WIRCHOW. — Archives, t. LXXV.

SERMENT

En présence des Mattres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Mattres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
