

De la généralisation des kystes et tumeurs épithéliales de l'ovaire ... / par Gaston-Ferdinand Poupinel.

Contributors

Poupinel, Gaston Ferdinand, 1858-
Université de Paris.

Publication/Creation

Paris : O. Berthier, 1886.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/rmw6xfcg>

License and attribution

This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



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

10
16
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1886

THÈSE

N°

129

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 19 février 1886, à 1 heure

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Par **Gaston-Ferdinand POUPINEL**

Né à Villiers-sur-Marne (Seine-et-Oise) le 28 septembre 1858
Ancien interne en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris
Ancien aide d'anatomie à la Faculté

DE LA GÉNÉRALISATION
DES KYSTES ET TUMEURS ÉPITHÉLIALES
DE L'OVAIRE

Président de la thèse : M. le professeur TRÉLAT.

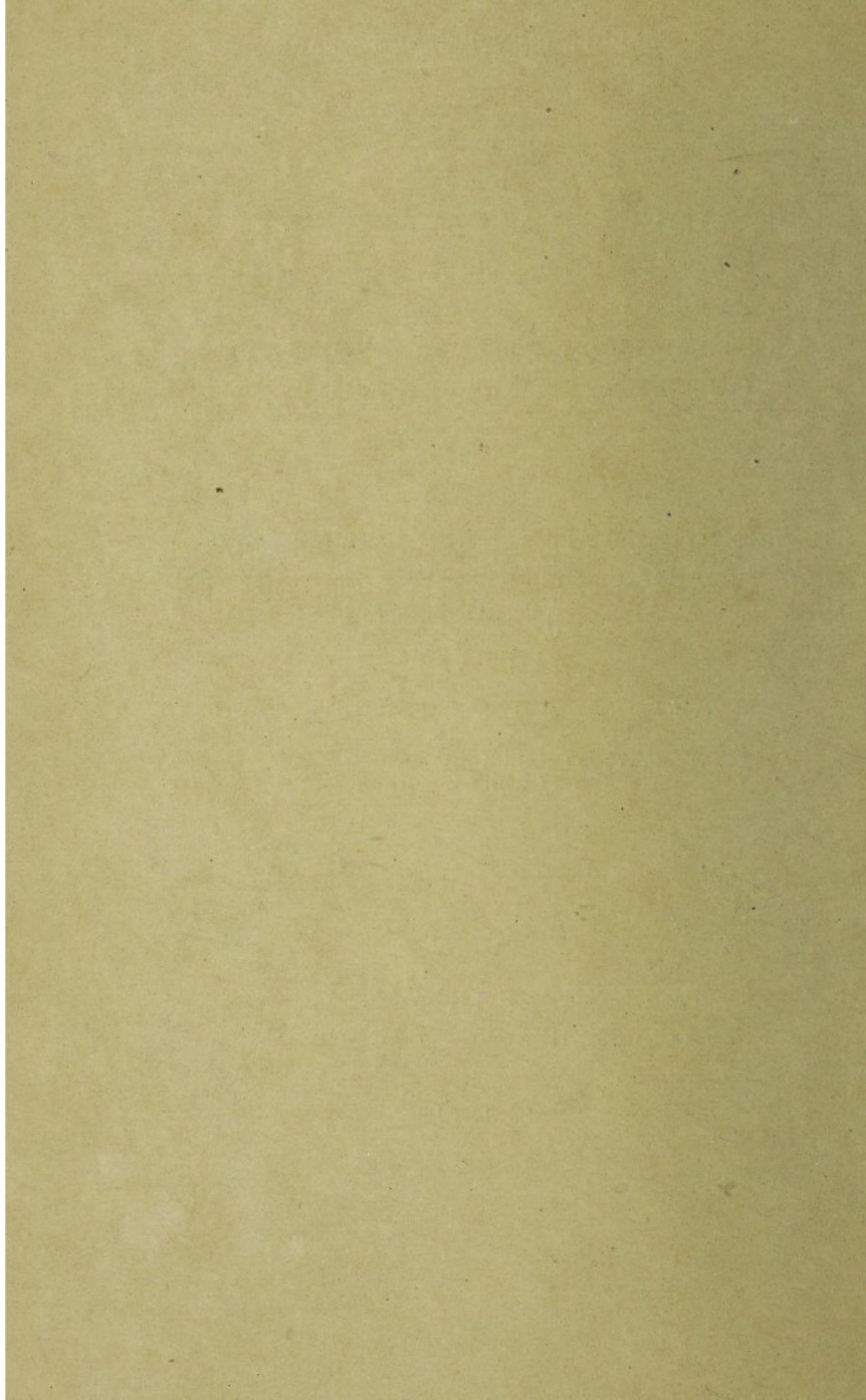
Juges : MM. { **BÉCLARD**, professeur.
 { **SEGOND**, agrégé.
 { **REMY**, id.

PARIS

O. BERTHIER, LIBRAIRE-ÉDITEUR

104, BOULEVARD SAINT-BERNAIN, 11.

85- 1886



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1886

THÈSE

N°

129

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 19 février 1886, à 1 heure

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Par **Gaston-Ferdinand POUPINEL**

Né à Villiers-sur-Marne (Seine-et-Oise) le 26 septembre 1858
Ancien interne en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris
Ancien aide d'anatomie à la Faculté

DE LA GÉNÉRALISATION
DES KYSTES ET TUMEURS ÉPITHÉLIALES
DE L'OVAIRE

Président de la thèse : M. le professeur TRÉLAT.

Juges : MM. { **BÉCLARD**, professeur.
SEGOND, agrégé.
REMY, id.

PARIS

O. BERTHIER, LIBRAIRE-ÉDITEUR

104, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 104

1886

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen M. BÉCLARD.

Professeurs :

MM.

Anatomie.....		SAPPEY.
Physiologie.....		BECLARD.
Physique médicale.....		GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	}	PETER.
		DAMASCHINO.
Pathologie chirurgicale.....	}	GUYON.
		LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils.....		DUPLAY.
Pharmacologie.....		REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....		HAYEM.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés.....		TARNIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée.....		VULPIAN.
Clinique médicale.....	}	SEE (G.)
		HARDY.
		POTAIN.
		JACCOUD.
Maladies des enfants.....		GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		BALL.
Clinique des maladies syphilitiques.....		FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....		CHARCOT.
Clinique chirurgicale.....	}	RICHET.
		VERNEUIL.
		TRÉLAT.
Clinique ophthalmologique.....		LE FORT.
Clinique d'accouchement.....		PANAS.
		PAJOT.

DOYEN HONORAIRE : M. VULPIAN.

Professeurs honoraires : GOSSELIN, BOUCHARDAT.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
BLANCHARD.	GARIEL.	LANDOUZY.	REYNIER.
BOUILLY.	GUÉBHARD.	PEYROT.	RIBEMONT-DESS.
BUDIN.	HALLOPEAU.	PINARD.	RICHELOT.
CAMPENON	HANOT.	POUCHET.	C. RICHET.
CHARPENTIER	HANRIOT.	QUINQUAUD.	A. ROBIN.
DEBOVE.	HUMBERT.	RAYMOND.	SEGOND.
PARABUFF, chef des	HUTINEL.	RECLUS.	STRAUS.
travaux anatomi-	JOFFROY.	REMY.	TERRILLON.
ques.	KIRMISSON.	RENDU.	TROISIÈRE.

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A mon Président de Thèse
M. LE PROFESSEUR TRÉLAT

A mes maîtres dans les Hôpitaux
MONSIEUR LE DOCTEUR MILLARD
Externat 1880

MONSIEUR LE DOCTEUR HORTELOUP
Internat 1882

MONSIEUR LE DOCTEUR MESNET
Internat 1883

MONSIEUR LE DOCTEUR TILLAUX
Externat 1881. — Internat 1884

MONSIEUR LE DOCTEUR TERRIER
Internat 1885

A MESSieurs
M. LE PROFESSEUR TRICHA

Monsieur LE DOCTEUR MILLEND
Monsieur LE DOCTEUR HORTOLAN

Monsieur LE DOCTEUR BERTHE
Monsieur LE DOCTEUR JULLIAUX
Monsieur LE DOCTEUR TERRIER

INTRODUCTION

L'histoire des tumeurs de l'ovaire, intéressante à tant de points de vue, a passé depuis le commencement de ce siècle par plusieurs phases différentes, qui nous semblent correspondre assez exactement aux progrès de l'anatomie pathologique.

L'ovariotomie, devenue une opération presque vulgaire, a contribué pour la plus grande part à l'extension de nos connaissances sur les tumeurs ovariennes. Avant que cette opération ne fut passée dans la pratique courante et n'eût permis à l'histologie l'étude fréquente des kystes et tumeurs de l'ovaire à l'état frais, une barrière insurmontable semblait séparer les tumeurs solides de l'ovaire des kystes ou mieux, comme on disait alors, des hydropisies enkystées de l'ovaire.

Dans les tumeurs solides on rangeait les fibrômes, les sarcômes, et surtout les cancers, de beaucoup les plus fréquentes des tumeurs solides de l'ovaire. Les tumeurs liquides ne comprenaient guère, à côté des raretés anatomiques (kystes hématiques et kystes hydatiques) que les

kystes dermoïdes et les kystes proprement dits, hydropisies enkystées de l'ovaire.

La nature, l'origine des kystes dermoïdes donnaient lieu à de nombreux travaux. Une chose paraissait néanmoins certaine, c'est la nature bénigne de ces tumeurs.

L'hydropisie enkystée de l'ovaire, considérée comme due à la distension progressive des follicules de Graaf, semblait aussi être de nature essentiellement bénigne.

L'évolution généralement lente des kystes ovariens plaidait fortement en faveur de leur bénignité.

Les kystes ne causaient la mort des malades que par épuisement, péritonite, ou septicémie. Le volume excessif atteint parfois par le kyste condamnait les malades aux décubitus. Les phénomènes de compression circulatoire ou nerveuse, les déperditions de liquide faites par l'économie lors de ponctions répétées semblaient jouer le rôle principal dans la terminaison fatale de cette maladie. D'autres fois la mort survenait à la suite d'une péritonite aiguë ou chronique due à la rupture du kyste, à son inflammation ou à la suppuration de son contenu. Dans ce dernier cas la septicémie pouvait être invoquée aussi comme cause de la mort.

En un mot, les kystes de l'ovaire, affection grave, fréquemment mortelle, n'étaient pas de nature maligne.

Delpech, le premier, en 1828 (clinique chirurgicale Montpellier, t. II) émit l'idée d'une certaine analogie entre le cancer et les kystes de l'ovaire. Pour lui les kystes séro-fibreux sont les produits d'une organisation accidentelle et non celui de la distension progressive des voies naturelles ; le plus souvent, presque toujours, il se développe un

état cancéreux qui se manifeste par des corps de cette nature disséminés dans différents points des parois kystiques.

L'ovariotomie, exceptionnellement pratiquée en France, avant 1870, beaucoup plus fréquemment tentée en Angleterre par Clay, Hutchinson, Spencer Wells, et ses élèves, semble d'abord venir confirmer cette séparation complète des cancers et des kystes de l'ovaire. Dans les cancers la généralisation existait avant l'opération ou survenait rapidement après celle-ci. Les kystes de l'ovaire, que l'on divisa en uniloculaires et multiloculaires paraissaient toujours être de nature bénigne. L'ovariotomie avait-elle réussi, l'opérée était considérée comme radicalement guérie de sa maladie.

Mais le nombre des ovariectomies augmentant de jour en jour, on remarqua bientôt que les choses n'étaient pas aussi simples qu'on l'avait cru jusqu'alors. Dans certains cas une maladie que l'on croyait bénigne ne tarda pas à récidiver et fut fatale au bout de quelques mois, de quelques semaines d'une guérison apparente. Dans d'autres cas le second ovaire, qu'on laissa intact parce qu'on le crut sain ou si légèrement malade qu'il n'était pas nécessaire de l'enlever, devint le siège d'une récurrence de la maladie. A côté de ces récurrences sur place et dans l'autre ovaire, on signala bientôt des cas de généralisation après ablation d'un kyste de l'ovaire multiloculaire ordinaire. Le professeur Panas publia en 1874 (soc. chirurg.) un magnifique exemple de ces kystes malins. Depuis lors la littérature médicale s'est enrichie de quelques cas analogues.

L'anatomie pathologique, grâce aux travaux de Waldeyer, de de Sinéty et de Malassez, a pris position dans la question. Après avoir constaté qu'il n'existe pas de kystes uniloculaires, on classe actuellement les kystes de l'ovaire en kystes pauciloculaires, multiloculaires et tumeurs kystiques, ces différents kystes et tumeurs kystiques étant de nature épithéliale. Cette division anatomique correspond assez exactement à la division clinique admise par un grand nombre de chirurgiens en kystes bénins (kystes pauciloculaires) et kystes malins (kystes multiloculaires) (voy. Soc. chirurgie, 1885).

Ayant eu cette année la bonne fortune d'observer dans le service de notre cher maître, M. Terrier, quatre cas de kystes malins de l'ovaire avec généralisation, nous avons eu la curiosité de rechercher les cas analogues épars dans les divers journaux et recueils scientifiques. Nous sommes parvenus à en réunir environ cent cinquante. C'est l'étude comparative de ces différentes observations que nous allons exposer plus loin. Malheureusement le plus grand nombre de ces observations manque de détails anatomopathologiques macroscopiques et surtout microscopiques. Nous nous étions proposé de rechercher autant que possible à quelles particularités anatomiques correspond la tendance plus ou moins grande des kystes à la malignité : nous ne pourrions utiliser dans ce but qu'un nombre relativement très faible des observations rassemblées par nous. Quoiqu'il en soit voici l'ordre que nous comptons suivre dans ce travail :

Nous exposerons d'abord l'état actuel de nos connaissances anatomopathologiques sur les kystes de l'ovaire,

nous appuyant surtout sur le travail le plus récent, celui de MM. Malassez et de Sinéty.

A la suite de ce premier chapitre consacré à la classification des kystes de l'ovaire, à l'étude du type kyste multiloculaire, de sa transformation en kyste pauciloculaire, en tumeurs kystiques, de ses dégénérescences adénoïdes, carcinomateuses, colloïdes, nous placerons les observations qui constituent la base de ce travail.

La plupart, déjà publiées, n'y figureront qu'en résumé. Celles qui nous sont personnelles ou qui contiennent un examen anatomique complet seront rapportées dans tous leurs détails.

Puis après l'étude et la comparaison de tous ces cas de généralisation de kystes de l'ovaire, nous formulerons les conclusions qui nous paraîtront découler de ce travail.

Qu'il nous soit permis de témoigner toute notre reconnaissance à nos chers maîtres, Messieurs Terrier et Malassez pour la bienveillance avec laquelle il nous ont guidé dans les recherches et les examens nécessités par ce travail.

Que Monsieur le professeur Trélat veuille bien agréer le témoignage de notre gratitude pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse inaugurale.

PREMIÈRE PARTIE

Depuis les travaux de Waldeyer en Allemagne, de MM. Malassez, de Sinéty et de Quénu en France, on admet que les tumeurs de l'ovaire connues en clinique sous le nom de kystes non dermoïdes de l'ovaire sont, au point de vue plus précis de l'histologie pathologique, des tumeurs de nature épithéliale, des épithéliomas. Mais ce sont des épithéliomas d'une espèce particulière à laquelle M. Malassez a proposé (archives de physiologie, 1875, p. 132) de donner le nom d'épithélioma mucoïde, à cause de la ressemblance du revêtement épithélial des cavités kystiques avec celui des muqueuses.

Bien que ces kystes soient tous de même nature, ils présentent de nombreuses variétés d'aspect, contenant suivant les cas un nombre variable de cavités de dimensions très variables elles-mêmes, ayant une marche et un pronostic différent. Aussi est-il d'usage de donner de toutes ces formes diverses d'épithéliomas kystiques une classification tout artificielle d'ailleurs. Nous laisserons complètement de côté les ovaires kystiques, tumeurs de

petit volume dont le tissu de l'ovaire constitue la plus grande partie, et qui, en raison même de leurs petites dimensions, passent inaperçues pour le malade et le chirurgien. Nous nous occuperons seulement des grands kystes et des tumeurs kystiques, seuls importants pour le clinicien et l'opérateur. Sous le nom de grands kystes nous désignerons, avec MM. Malassez et de Sinéty, les tumeurs constituées de cavités de grandes dimensions, ces cavités occupant le premier rang dans la constitution de la tumeur. Les tumeurs kystiques seront pour nous les néoformations constituées pour la plus grande part de tissu compact ou mieux creusé d'alvéoles nombreuses. Il va sans dire que cette distinction n'a rien d'absolu et qu'entre les deux types extrêmes, grand kyste et tumeur kystique, trouvent place nombre de tumeurs intermédiaires.

Cela est si vrai que les grands kystes de l'ovaire sont classés depuis longtemps par tout le monde en différentes variétés : Kystes uniloculaires, pauciloculaires, multiloculaires; variétés disposées en quelque sorte comme pour ménager la transition entre les kystes de l'ovaire et les tumeurs kystiques.

Cependant, pour beaucoup de chirurgiens il semble difficile d'admettre un lien étroit entre les kystes uni ou pauciloculaires d'une part, les kystes multiloculaires et les tumeurs kystiques d'autre part. Au point de vue clinique, il est incontestable que la tendance à la généralisation de chacune de ces variétés de tumeurs de l'ovaire est bien différente. Au point de vue histologique, les travaux de MM. Malassez et de Sinéty sont venus relier en un faisceau ces tumeurs d'aspect et de marche si opposés.

L'idée de bénignité ou de malignité est liée, pour beaucoup de chirurgiens, à la structure plus ou moins complexe du kyste observé, à l'existence ou non de végétations à sa surface ou dans son intérieur, à son évolution plus ou moins rapide, à son retentissement plus ou moins grand sur l' conomie. Mais le point capital, celui auquel on a toujours attaché le plus d'importance, comme s'il résumait toutes les autres différences, est la disposition uniloculaire ou multiloculaire du kyste ovarique. Que doit-on donc désigner sous le nom de kyste uni ou pauciloculaire ; quels sont les caractères que doit présenter un kyste pour être dit multiloculaire ?

Les kystes uniloculaires de l'ovaire n'existent véritablement pas. Tous ceux soumis comme tels à un examen approfondi présentaient bien une grande loge principale mais en les examinant avec soin on a toujours retrouvé d'autresavit s kystiques, parfois assez petites il est vrai pour passer inaperçues à un premier coup d'œil. Les kystes uniloculaires ne sont donc que des pauciloculaires. Nous définirons ces derniers : des kystes composés d'un petit nombre de loges principales. alors même qu'il existe des petitesavit s accessoires en nombre parfois assez considérable.

Les kystes multiloculaires présentent un grand nombre de loges, tantôt distinctes les unes des autres, tantôt communiquant entre elles. Ce qui les distingue des uni ou pauciloculaires, c'est que lesavit s accessoires ne forment plus, comme dans ces derniers, la plus faible partie de la tumeur ; elles en constituent au contraire la masse principale. Différence peu importante au point de vue

anatomique pur, mais considérable au point de vue chirurgical : les ponctions étant, selon l'espèce, plus ou moins profitables, les extirpations plus ou moins faciles. Au point de vue de l'évolution ultérieure de la tumeur ovarique, la différence qui sépare les kystes pauciloculaires des multiloculaires est non moins importante. Elle peut se résumer ainsi : « Les kystes multiloculaires sont des épithéliomas mucoïdes en pleine activité, et les uniloculaires des épithéliomas éteints ou presque éteints. (Malassez et de Sinéty, *archiv. physiologie*, 1879, p. 354) ».

Se fondant sur ce fait qu'à côté et dans les parois des kystes proprement dits il existe de petits kystes en voie de développement et que dans l'intérieur des grandes cavités kystiques on observe des vestiges de cloisons usées, atrophiées, perforées, primitivement interposées à deux cavités, on peut admettre avec Malassez et de Sinéty dans l'évolution des kystes de l'ovaire deux processus opposés : D'un côté la destruction des cloisons entraînant la diminution dans le nombre des loges; de l'autre la formation de nouveaux kystes en amenant au contraire l'augmentation. Si la néoformation kystique l'emporte sur la destruction des cloisons, le nombre des loges augmentera; le kyste uniloculaire deviendra pauciloculaire et le pauciloculaire multiloculaire. Tandis que s'il se détruit plus de cloisons qu'il n'apparaît de nouvelles cavités, le nombre des loges diminuera et la tumeur multiloculaire se transformera en pauciloculaire, la pauciloculaire en uniloculaire. Pour qu'un kyste se maintienne à un même nombre de loges il faut qu'il s'établisse un équilibre entre ces

deux processus et qu'il se produise autant de cavités qu'il se détruit de cloisons.

Virchow et Waldeyer soutiennent une opinion analogue : pour eux tout kyste de l'ovaire a été multiloculaire au début. Les kystes uniloculaires seraient donc un état sénile des kystes multiloculaires.

Sur les parois des kystes ovariques (nous verrons plus loin qu'il en est de même pour les cavités dont sont creusées les tumeurs kystiques) peuvent exister des végétations. Ces végétations peuvent siéger à la face externe du kyste et faire saillie dans la cavité péritonéale. Mais bien plus fréquemment elles siègent sur la face interne de la paroi kystique. Elles peuvent affecter des dispositions diverses, être sessiles ou pédiculées, rares ou nombreuses, simples ou ramifiées. Leur volume est quelquefois tellement considérable qu'elles remplissent presque complètement la cavité où elles se trouvent. Leur présence caractérise les kystes végétants, kystes papillomateux, papillômes des ovaires. Ces végétations sont tantôt conjonctives, sarcomateuses, myxomateuses, fibreuses, plus ou moins vasculaires, tantôt conjonctives et épithéliales, kystiques, glandulaires, carcinomateuses.

Enfin dans l'épaisseur des cloisons kystiques de structure fibreuse le microscope révèle l'existence de néoformations épithéliales. « Ces néoformations épithéliales consistent en enfoncements épithéliaux ayant la forme de cupules, de glandes en tube ou de glandes acineuses. Ces productions adénoïdes peuvent être le point de départ de kystes qui sont à ces glandes pathologiques ce que sont les kystes par rétention aux glandes normales. On trouve

aussi des enfoncements épithéliaux pleins ayant la forme de cordons ou de masses alvéolaires comme on en voit dans le carcinome et dans certaines glandes en voie de développement, dans l'ovaire en particulier (Malassez et de Sinéty, arch. physiol. 1879, p. 633) ».

Quant aux tumeurs kystiques elles peuvent être considérées comme des kystes proprement dits dans lesquels il s'est produit soit un développement plus considérable du stroma ou des parties épithéliales, soit une transformation dans le sens embryonnaire de l'une ou l'autre de ces deux parties, parfois même des deux simultanément ou successivement. Cette manière de voir est très propre à rendre compte de ces transformations qui s'observent en clinique de kystes véritables en tumeurs kystiques ou presque complètement solides, de tumeurs bénignes en tumeurs malignes.

MM. Malassez et de Sinéty, auxquels nous emprantons les détails ci-dessus, distinguent donc deux espèces de tumeurs kystiques : les unes (tumeurs kystiques par néoformation conjonctive) sont constituées en majeure partie de tissu fibreux, fibro sarcomateux ou de tissu colloïde (dégénérescence aréolaire ou gélatiniforme de Cruveilhier, cancers colloïdes), les autres, tumeurs kystiques par néoformation épithéliale, peuvent être simples ou mixtes, accompagnées ou non de néoformation conjonctive. Elles présentent habituellement des cavités plus ou moins volumineuses dans l'intérieur desquelles se développent des végétations parfois assez abondantes pour combler la cavité.

Dans cette catégorie de tumeurs on peut rencontrer des néoformations épithéliales de plusieurs types. Tantôt

ce sont de petites cavités microscopiques tapissées par un épithélium plat, cylindrique, à cils vibratiles ou caliciforme, de véritables kystes en miniature; tantôt les cavités affectent la disposition de tubes simples ou ramifiés avec revêtement épithélial plat, cylindrique, à cils vibratiles ou caliciforme, (tumeurs adénoïdes, cysto adénômes); d'autrefois le revêtement épithélial est composé de grosses cellules bourgeonnantes à un ou plusieurs noyaux (cellules épithéliales métatypiques de Malassez). Enfin, dans un quatrième type, des néoformations épithéliales on peut voir partir des prolongements cellulaires pleins. Dans certaines tumeurs ces productions sont excessivement développées et constituent un tissu qui présente tous les caractères microscopiques des carcinômes (travées fibreuses formant des cavités alvéolaires et dans ces cavités amas de cellules dites épithélioïdes).

La nature épithéliale de ces cellules carcinomateuses paraît indéniable à MM. Malassez et de Sinéty, 1° en raison de la continuité de tissu qu'on peut constater entre ces amas de cellules carcinomateuses et des revêtements de kystes franchement épithéliaux; 2° en raison de l'existence dans ces masses carcinomateuses de petites cavités qui ne sont nullement dues à une dégénérescence quelconque de cellules et qui sont tapissées par des éléments nettement épithéliaux.

Macroscopiquement ces tumeurs se présentent soit sous la forme encéphaloïde, lorsque les cellules dominent, soit sous la forme de squirrhe lorsque c'est au contraire l'élément fibreux qui est le plus abondant.

En résumé si l'on veut embrasser d'un coup d'œil les

kystes pauciloculaires, multiloculaires, et les tumeurs kystiques, on peut les envisager comme dérivant tous d'un même type (Virchow, Waldeyer) : le kyste multiloculaire. Celui-ci en se simplifiant constitue le kyste pauciloculaire. Sa texture devient-elle plus compliquée on est en présence des tumeurs kystiques.

Sous l'influence de causes encore inconnues les kystes ovariens revêtent le caractère de tumeurs malignes, se généralisent du côté de l'utérus, du rectum, de la cavité péritonéale, quelquefois même dans des organes plus éloignés et récidivent après l'ablation.

La crainte de la généralisation, conjointement avec la plus grande facilité et la moindre gravité d'une opération pratiquée pour une tumeur petite et peu adhérente, fait conseiller par beaucoup de chirurgiens (Voy. Knowsley Thornton, communication au congrès international de Copenhague 1884, séance du 15 août), l'ablation précoce des kystes de l'ovaire.

La généralisation, caractérisée par la présence de tumeurs secondaires disséminées dans le péritoine et dans des organes plus éloignés de l'ovaire et sans contact avec lui, semble s'observer surtout dans le cas de kystes ou tumeurs kystiques de l'ovaire adénoïdes, carcinoïdes ou colloïdes. — Les cas de généralisation sont relativement rares et MM. Malassez et de Sinéty n'en ont publié que six cas dans leur mémoire. (Arch. phys. 1880).

Les tumeurs secondaires examinées par eux étaient toujours composées de néoformations semblables à celles qu'on observait dans les tumeurs primitives, c'est-à-dire de néoformations adénoïdes, carcinoïdes, colloïdes.

Mais le degré de malignité de ces différentes variétés de tumeurs semble différent.

Les tumeurs secondaires adénoïdes siègent au voisinage des tumeurs primitives, leur malignité est toute locale elles se comportent à la façon des végétations vulvaires qui semblent s'inoculer d'une lèvre à l'autre.

Les tumeurs secondaires carcinoïdes ou colloïdes s'étendent au contraire au loin, jusqu'à la plèvre; elles ont tous les caractères de tumeurs franchement malignes.

Nous ne saurions mieux faire, croyons-nous, que de citer textuellement les conclusions de MM. Malassez et Sinéty relatives au pronostic des kystes et tumeurs kystiques de l'ovaire.

« Il y a donc lieu de se méfier grandement des kystes de l'ovaire et des tumeurs kystiques dans lesquelles on trouve des néoformations carcinoïdes ou colloïdes puisque ce sont ces tumeurs qui exposent le plus à des généralisations graves. Celles qui ne présentent que des productions adénoïdes semblent moins dangereuses.

Quant aux tumeurs kystiques qui ne présentent aucune de ces néoformations, elles paraissent incapables de se généraliser et ne nuisent que par le développement qu'elles prennent par elles-mêmes. »

Depuis la publication du mémoire de MM. Malassez et de Sinéty, il a été publié en Allemagne deux observations, que nous rapportons plus loin, et qui viennent démontrer que les tumeurs kystiques dépourvues de néoformations adénoïdes, carcinoïdes, ou colloïdes peuvent se généraliser comme les tumeurs présentant ces néoformations.

Nous avons été assez heureux pendant notre année

d'internat chez M. Terrier pour observer une malade particulièrement intéressante. (V. plus loin l'observation 115.) Les tumeurs que présentaient cette femme sont analogues aux tumeurs mixtes du testicule et méritent d'occuper une place spéciale intermédiaire aux kystes mucoïdes ordinaires et aux kystes dermoïdes.

Nous avons pu réunir trois observations analogues. Nous croyons donc être autorisés à dire qu'il existe tout un ordre de tumeurs complexes de l'ovaire qui, en raison de leur nature mixte, nous semblent mériter une place à part entre les kystes mucoïdes et les kystes dermoïdes. Devront prendre place parmi ces tumeurs les kystes qui présentent à la fois en des points souvent très voisins les uns des autres, la structure des kystes mucoïdes et celle des kystes dermoïdes.

La portion dermoïde forme tantôt la masse principale de la tumeur, tantôt seulement une partie accessoire de la masse totale. Quelquefois même c'est dans la même cavité kystique que l'on rencontre les deux types de néoformations. Ces tumeurs complexes peuvent donner naissance à des tumeurs secondaires, ainsi que le démontrent nos quatre observations.

Enfin, dans le cours de nos recherches, nous avons rencontré quatre observations de kystes dermoïdes que nous croyons devoir annexer à notre travail en raison de leur importance. Elles semblent prouver la possibilité pour les kystes dermoïdes de donner naissance à des tumeurs secondaires. Et ces tumeurs secondaires peuvent être de deux types différents : tantôt c'est de l'épithélioma qui les constitue, d'autre fois ce sont de véritables productions dermoïdes.

DEUXIÈME PARTIE

Nous avons pu réunir 152 observations ayant trait à la généralisation de kystes ovariens. Ces observations, que nous avons trouvées pour la plupart éparses dans les journaux et recueils scientifiques de la France, de l'Angleterre, de l'Amérique et de l'Allemagne, ont une importance très variable et nous ont paru devoir être, pour la plus grande clarté du travail, classées en groupes distincts.

Dans notre premier groupe nous avons fait entrer les observations (n^{os} 1 à 23 inclusivement) relatives à des cas où l'ovariotomie a été faite deux fois sur la même malade. Dans tous ces cas, la deuxième opération a eu pour but exclusif l'ablation d'un second kyste de l'ovaire, sans qu'on ait noté l'existence d'aucune autre néoformation dans le péritoine ou ailleurs.

L'ovaire aux dépens duquel s'est développé le second kyste était sain ou, du moins, fut considéré comme tel lors de la première opération. Il ne s'agit donc pas, dans ces cas, de la généralisation de l'épithélioma primitif de l'ovaire, mais bien de l'évolution successive de l'épithélioma

mucoïde dans les deux ovaires. C'est l'évolution en deux actes bien distincts de la dégénérescence kystique des deux ovaires. Y a-t-il dans ce cas infection d'un ovaire par l'autre ? Cette hypothèse sera discutée plus loin.

Dans notre second groupe qui comprend 116 observations (du n° 29 au n° 144 inclusivement) nous faisons entrer les cas de généralisation d'épithélioma mucoïde de l'ovaire. Les malades, dont nous rapportons l'histoire dans ce chapitre, ont subi l'ovariotomie complète ou incomplète, une incision exploratrice, ou n'ont été soumises à aucune opération. Dans tous ces cas, on a noté des manifestations cancéreuses secondaires isolées ou multiples, siégeant sur le péritoine, dans les organes abdominaux, ou ailleurs.

Nous avons cherché à établir un certain ordre dans ces 116 observations de valeur très inégale, par suite du manque presque absolu de détails anatomiques précis dans la plupart d'entre elles. Dans 18 observations seulement, dont cinq inédites (trois personnelles), l'examen histologique a été fait d'une façon complète. Les autres, dépourvues d'examen histologique, ont été groupées par nous de la façon suivante : Les 83 premières comprennent les kystes multiloculaires non végétants (n°s 29 à 111). Les 16 suivantes (112 à 127) ont trait à des kystes végétants. Enfin les numéros 128 à 144 s'appliquent aux observations avec examen microscopique.

Notre troisième groupe d'observations ne comporte que quatre cas. Il s'agit des tumeurs kystiques de l'ovaire intermédiaires aux kystes mucoïdes types et aux kystes dermoïdes, douées d'une malignité très grande et tout à fait analogues aux tumeurs mixtes du testicule.

Enfin, dans notre quatrième groupe, nous rapportons quatre intéressantes observations de kystes dermoïdes ayant donné naissance à des manifestations secondaires sur le péritoine. Dans deux cas les manifestations secondaires étaient constituées par de l'épithélioma pavimenteux. Dans les deux autres, dus à Fraenkel, il s'agissait de productions secondaires manifestement dermoïdes.

KYSTES DE L'OVAIRE OVARIOLOGIE. REVUE SUR L'OVAIRE
DE COTTÉ-OPPORT

SPENCER WELLS — Ann. anglaise 1882, p. 304 et suivantes

Cas I. — Femme mariée, âgée de 42 ans, opérée d'une tumeur de l'ovaire gauche par Baker Brown en avril 1867; seconde ovariectomie par Spencer Wells le 13 janvier 1881. Kyste multiloculaire de l'ovaire droit (kyste primitif), groupes de kystes secondaires saillants dans la cavité kystique principale et à la face postérieure de la tumeur, tout le jour de péritonite.

Cas II. — Femme de 51 ans, opérée d'une tumeur de l'ovaire gauche le 15 février 1867. Kyste multiloculaire de l'ovaire gauche, ovaires droits sans lésions ovariofolliculaires le 30 août 1869 (18 mois après la première), masses polycystiques à parois minces et à petites loges. La tumeur de l'ovaire gauche (1867) était composée

CHAPITRE PREMIER

KYSTES DE L'OVAIRE, OVARIOTOMIE, RÉCIDIVE SUR L'OVAIRE
DU COTÉ OPPOSÉ

SPENCER WELLS. — *Edit. anglaise 1882, p. 394 et suivantes.*

OBS. I. — Femme mariée, âgée de 42 ans, opérée d'une tumeur de l'ovaire gauche par Baker Brown en avril 1862; seconde ovariectomie par Spencer Wells le 13 janvier 1863. Kyste multiloculaire de l'ovaire droit (kyste prolifère, groupes de kystes secondaires saillants dans la cavité kystique principale et à la face péritonéale de la tumeur), mort le 7^e jour de péritonite.

OBS. II. — Femme de 24 ans, célibataire opérée la première fois le 15 février 1865. Kyste multiloculaire de l'ovaire gauche, ovaire droit sain. Deuxième ovariectomie le 30 août 1866 (18 mois 1/2 après la première), masse polykystique à parois minces et à petites loges. La tumeur de l'ovaire gauche (1865) était composée

de deux loges volumineuses. La masse polykystique enlevée en 1866 présentait des loges tapissées de matière tuberculeuse; des tubercules ramollis ou crétiifiés infiltraient le stroma. Guérie de l'ovariotomie, la malade mourut en juin 1868, d'affection pulmonaire.

OBS. III. — Cuisinière, âgée de 50 ans, première ovanotomie le 17 décembre 1861, kyste multiloculaire (un kyste principal, plusieurs groupes de kystes plus petits), de l'ovaire droit, ovaire gauche atrophié. On vide un kyste uniloculaire à paroi mince développé dans le ligament large gauche. Poids de la tumeur, 10 livres, trente pintes de liquide. — Deuxième ovariectomie le 5 février 1868, kyste multiloculaire prolifère à parois très vasculaires, développé depuis le mois de mai 1867. Guérison. mort en octobre 1868, alcoolisme, aliénation mentale et abstinence volontaire.

OBS. IV. — Femme de 31 ans, célibataire opérée la première fois en février 1873, d'une tumeur de l'ovaire droit, la seconde fois en juin 1874, d'une tumeur multiloculaire de l'ovaire gauche. Guérison, mort en avril 1876.

OBS. V — Femme de 27 ans, opérée en mai 1870 d'une tumeur de l'ovaire gauche, opérée à l'âge de 32 ans en juin 1875 d'une tumeur multiloculaire de l'ovaire droit. Mariée en 1876, se portait bien en 1881.

OBS. VI. — Femme de 20 ans, célibataire, opérée en avril 1873 d'une tumeur de l'ovaire gauche et à l'âge de 23 ans, en juillet 1876 d'une tumeur de l'ovaire droit, allait bien en 1881.

OBS. VII. — Femme de 38 ans mariée, opérée en mai 1869 pour

un kyste de l'ovaire droit et en 1876 à l'âge de 45 ans pour un kyste de l'ovaire gauche; allait bien en 1881.

OBS. VIII. — Femme de 37 ans, mariée, opérée en octobre 1872 par M. Cousin, de Southsée d'un kyste de l'ovaire droit et par Spencer Wells en novembre 1876 à l'âge de 41 ans d'un kyste de l'ovaire gauche; allait bien en 1881.

OBS. IX. — Femme de 35 ans mariée, opérée par Spencer Wells en décembre 1865 et en décembre 1876 à l'âge de 46 ans, pour des kystes multiloculaires de l'ovaire droit et gauche. Guérison, allait bien en 1881.

OBS. X. — Veuve de 53 ans, opérée en mai 1870 d'une tumeur de l'ovaire gauche et en février 1878 d'une tumeur de l'ovaire droit, allait bien en 1881.

OBS. XI. — Femme de 49 ans mariée, opérée en mai 1875 d'une tumeur de l'ovaire gauche et en juin 1880 à l'âge de 54 ans, d'une tumeur de l'ovaire droit; allait bien en 1881.

OBS. XII. — Femme de 46 ans mariée, opérée en août 1876 et en novembre 1881 à l'âge de 50 ans de tumeurs ovariennes.

OBS. XIII. — W. L. ATLEE (*In Pitha et Billroth*). Femme de 40 ans, opérée le 26 octobre 1861, pour la seconde fois; opérée la première fois le 5 octobre 1846 (quinze ans auparavant) par Ch. Clay. Guérison.

OBS. XIV. — W. L. ATLEE (*In Pitha et Billroth*) Femme de 34 ans, opérée la première fois le 16 octobre 1857 et la seconde fois le 11 novembre 1864. Guérison.

OBS. XV — CASWELL (*New-York méd. record*, 1^{or} sept. 1874), fit deux fois avec succès l'ovariotomie sur la même femme à trois années de distance.

OBS. XVI. — SCHATZ (*arch. f. gynækologie IX*, p. 487), pratiqua l'ovariotomie avec succès le 6 mai 1875 sur une femme de 51 ans, opérée 25 ans auparavant (16 juillet 1850), par Krauel (A. Muller. Dissertat. inaug. Rostock 1850).

OBS. XVII. — POTTER (*New-York méd. record*, 1867, n^o 27 p. 70), fit deux fois avec succès l'ovariotomie sur la même femme à dix-sept mois de distance.

OBS. XVIII. — KEITH. (*British méd. Journal* 26 juin 1875), pratiqua deux fois l'ovariotomie avec succès sur la même femme âgée de 60 ans en 1865 et de 68 ans en 1873.

OBS. XIX: — JOUON (*de Nantes*). *Journal de médecine de l'ouest*, 1869. Ovariectomie faite deux fois sur une enfant de 12 ans 1/2 à trois mois de distance. Mort.

OBS. XX. — BOINET (*Union médicale* 1869, n^{os} 116 et 117). Ovariectomie faite deux fois par lui avec un plein succès chez une femme âgée de 47 ans, à neuf mois d'intervalles.

OBS. XXI. — GRANVILLE BANTOCK (*Roy. méd. surg. Soc. of London*, 14 décembre 1880). N^o 157. Femme de 52 ans, opérée deux fois avec succès. Seconde opération le 22 février 1880 pour un kyste rompu, probablement malin.

OBS. XXII. — DAWSON (*Obstetrical soc. of. Philadelphie, 7 juillet 1881*). Femme de 39 ans opérée d'une tumeur de l'ovaire gauche le 11 septembre 1872. par W. L. ATLÉE. Seconde ovariectomie (kyste de l'ovaire droit) par Dawson le 1^{er} février 1882. Guérison.

OBS. XXIII. DAWSON (*loc. cit.*). Femme de 65 ans, opérée en décembre 1863 d'une tumeur de l'ovaire droit par W. L. Atlee. Seconde ovariectomie le 23 mai 1881. (Kyste de l'ovaire gauche.) Guérison.

OBS. XXIV. — JOHN HOMANS (*Boston médical Journal 2 nov. 1882, p. 415*), n° 75. Femme de 43 ans, opérée d'un kyste ovarique adhérent au péritoine et à l'épiploon. Guérison. Mort, deux mois après l'opération, de récurrence de la tumeur.

OBS. XXV. — J. EWING MEARS (*Boston méd. journ. 28 déc. 1882, p. 611*). — Résumé de vingt-cinq cas de laparotomie. L'ovariectomie fut faite dans un cas, pour la seconde fois treize ans après la première.

OBS. XXVI. — CHARLES H. CARTER. — *Lancet, 1883, T. I, p. 1038*. Ovariectomie pratiquée deux fois sur la même malade. Kystes multiloculaires (une grande loge et une infinité de petites, à contenu colloïde. Les deux fois, par suite de rupture du kyste, la cavité abdominale contenait de la matière colloïde répandue.

OBS. XXVII. — BAER. (*Obst. soc. of. philadelphie, 7 mai 1885*). Femme de 33 ans, première ovariectomie en janvier 1884, kyste du côté gauche, 2^e ovariectomie (kyste du côté droit), le 7 avril 1885. Guérison.

OBS. XXVIII. — TERRIER. Femme 33 ans, première ovariectomie le 28 juillet 1879. Kyste multiloculaire de l'ovaire gauche. 2^e ovariectomie le 24 juin 1883, kyste multiloculaire de l'ovaire droit. Morte de cancer d'estomac en 1885.

L'étude de ces 2^s observations, malgré leur brièveté, fait ressortir plusieurs points intéressants.

Si nous étudions d'abord l'âge des malades au moment de la première opération nous voyons que la première ovariectomie a été pratiquée deux fois de 10 à 20 ans inclusivement, 6 fois de 20 à 30 ans, 6 fois de 30 à 40, huit fois de 40 à 50 et une fois de 50 à 60 ans. Pour 5 opérées l'âge n'a pas été noté. La seconde ovariectomie a été pratiquée une fois avant 20 ans, deux fois de 20 à 30 ans, 7 fois de 30 à 40, 8 fois de 40 à 50 ans, quatre fois de 50 à 60 ans, 2 fois de 60 à 70 ans. Pour 4 opérées seulement l'âge n'a pas été noté.

Bien qu'il nous semble impossible de tirer une conclusion d'un aussi petit nombre d'observations, nous croyons pouvoir faire remarquer que, d'après ses quelques chiffres si les tumeurs de l'ovaire se développent de préférence de 20 à 40 ans, leur récurrence sur l'autre ovaire survient surtout de 30 à 50 ans.

Si nous recherchons maintenant combien de temps après la première ovariectomie a été faite la seconde opération, nous trouvons que celle-ci a eu lieu dans un cas moins d'un an après la première, 6 fois d'un an à deux ans après la première, 4 fois au bout de trois ou quatre ans, 4 fois également au bout de cinq à six ans, cinq fois au bout

de 7 ou 8 ans. Exceptionnellement, chaque fois dans un cas seulement, la récurrence sur le second ovaire a été opérée au bout de onze, treize, quinze, dix-sept et vingt-cinq ans.

Dans l'observation n° 24 la mort a été produite par récurrence de la tumeur au bout de deux mois. Dans les cas n° 21 et 26, l'intervalle de temps qui sépare les deux opérations n'a pas été rapporté.

D'après cela, s'il nous fallait formuler une conclusion quelconque, nous dirions qu'après une ovariectomie simple, l'autre ovaire pourra être envahi par la dégénérescence kystique dans un laps de temps assez peu précis, variant de un an à huit ans, pouvant exceptionnellement n'être que de quelques mois ou au contraire dépasser quinze et même vingt-cinq ans.

Mais quelle explication donner de cette apparition successive de la dégénérescence kystique dans les deux ovaires ? Deux hypothèses nous semblent seules possibles, sans que nous puissions d'ailleurs donner la préférence à l'une d'entre elles sur l'autre.

1° L'épithélioma existait simultanément dans les deux ovaires. Il s'est développé dans l'un plus rapidement que dans l'autre. L'examen à l'œil nu pendant la première ovariectomie n'a pu faire reconnaître les lésions déjà existantes dans le second ovaire. Celles-ci sont devenues manifestes au bout d'un temps variable, toujours assez long d'ailleurs.

2° L'épithélioma primitivement développé dans un ovaire a infecté l'autre ovaire. La tumeur du second ovaire serait donc dans cette hypothèse secondaire à la première.

Ces deux hypothèses nous paraissent également conciliables avec l'existence simultanée de kystes dans les deux ovaires; fait assez fréquent ainsi qu'en témoigne le nombre toujours croissant des ovariectomies doubles.

Mais, si dans l'état actuel de nos connaissances il était possible de se prononcer entre ces deux hypothèses, les considérations suivantes tendraient à faire pencher notre décision du côté de la deuxième. L'épithélioma kystique de l'ovaire est comme tous les épithéliomas, de nature essentiellement maligne. Cette malignité est extrêmement atténuée, puisque le développement de ces tumeurs est extrêmement lent et que leur généralisation est en somme exceptionnelle. Cette malignité atténuée est elle le fait de la tendance que possèdent ces épithéliomas à former d'emblée des productions kystiques? Nous ne saurions dire actuellement si le fait est vrai; il nous semble au moins fort vraisemblable.

Quoiqu'il en soit, cette malignité nous paraît plaider en faveur de la seconde hypothèse que nous avons émise plus haut.

Notre 28^e observation vient aussi à l'appui de cette opinion. Ce qui s'est passé chez cette malade, dont l'histoire figure plus détaillée sous le n^o 110 parmi nos observations de généralisation, peut s'interpréter de la façon suivante. Le premier kyste, pauciloculaire, développé dans l'ovaire gauche, et enlevé en 1879, a infecté l'ovaire droit. Celui-ci est devenu le siège d'une tumeur polykystique à petites loges, et a été enlevé en 1883. Enfin cette dernière tumeur a été le point de départ de l'infection d'organes plus éloignés et la malade est morte en 1885 de cancer de l'estomac.

CHAPITRE II

GÉNÉRALISATION DES EPITHÉLIOMAS KYSTIQUES MUCOÏDES DE L'OVAIRE

A. — OBSERVATIONS

Obs. XXIX. — BRIGHT, *Guy's hospital reports* 1838. — Maladie maligne de l'ovaire. — Tubercules sous-cutanées sur l'abdomen. Mort par extension de la maladie squirrheuse.

Les téguments, dans l'étendue des six pouces autour de l'ombilic, étaient envahis par de petits tubercules durs du volume d'une fève, ayant l'apparence de ces tubercules sous-cutanés qu'on observe dans les cas de squirrhe du sein. La cavité péritonéale contenait du liquide coloré par du sang.

L'ovaire kystique contenait une matière épaisse et gélatineuse. A sa surface existait une masse lobulée et d'apparence squirrheuse. Tout le péritoine du petit bassin était hérissé de dépôts carcinomateux. De petites granulations grises étaient déposées sur l'intestin grêle. La plèvre costale était recouverte de petits dépôts squirrheux ; il y en avait quelques-uns sur la surface du foie.

OBS. XXX. — BAUGHET. (*Bull. Soc. Anat.* 1853.) — *Ovaires kystiques. Kystes des trompes. Cancer du col de l'utérus.* — L'utérus a pris un volume quinze fois plus considérable que ses dimensions naturelles ; sa cavité est remplie de putrilage et de liquide sanieux. L'ovaire a le volume d'un œuf de poule ; il est formé de bosselures, les unes mollasses et blanches, les autres fluctuantes. Les premières sont du tissu encéphaloïde, les autres des kystes communiquant entre eux. En outre, petites tumeurs disséminées dans le mésentère, le long de la colonne vertébrale, du rectum et jusqu'au milieu du médiastin postérieur.

OBS. XXXI. — BAILLY. (*Bull. Soc. anat.* 1854) — M. Bailly montre plusieurs pièces recueillies sur une femme de 60 ans, morte dans un état de cachexie. Les ovaires sont envahis par de nombreux kystes en voie de formation. Dix ou douze sur chaque ovaire. Cancer du gros intestin.

OBS. XXXII. — LOLLIOU (*Soc. anat.* 1867). — *Kyste multiloculaire de l'ovaire coïncidant avec un cancer colloïde de l'estomac.* — Volumineux kyste de l'ovaire contenant une grande quantité de kystes plus petits, remplis d'une matière colloïde et de liquide gélatineux.

L'ovaire de l'autre côté avait subi un commencement de dégénérescence. L'estomac au voisinage du pylore était le siège d'une dégénérescence colloïde dans l'étendue de plusieurs centimètres.

OBS. XXXIII. — HUTCHINSON. (*Médic. Times*, 23 octobre 1858. Femme âgée de 40 ans. Ovariectomie le 30 août 1858. Ablation d'une tumeur polykystique de l'ovaire gauche, dé-

veloppée en 18 mois et ponctionnée deux fois. Le dépérissement rapide et la coloration cachectique de la peau avaient fait penser, avant l'opération, à l'existence d'une affection de mauvaise nature. Observation publiée comme un cas de guérison sept semaines après l'opération.

La tumeur était constituée d'un grand kyste pouvant contenir neuf litres de liquide et d'une quantité d'autres kystes plus petits.

Quelque temps plus tard, Hutchinson fit savoir que cette femme avait succombé aux progrès de la cachexie cancéreuse (voy. Worms, Gazette hebdomadaire 1860, 26 octobre).

OBS. XXXIV. — HÉNOCQUE. (*Bull. Soc. anat.* 1865, p. 25.)
— Cancer colloïde des deux ovaires avec quelques kystes remplis d'un liquide sanguinolent et noirâtre. Envahissement de la partie voisine de la surface de l'utérus, tandis que la plus grande partie du corps, le col, la muqueuse utérine restaient sains. Puis extension consécutive du cancer au péritoine, avec intégrité des organes abdominaux, tandis que le poumon et la plèvre ont été également envahis surtout vers la base.

OBS. XXXV. — PANAS. (*Bull. Soc. Chirurgie*, 1874, p. 324).
Femme 54 ans. Kyste multiloculaire avec masses solides dans la fosse iliaque et cancer du col utérin. Début 6 à 8 mois. Dernier degré du marasme en 16-18 mois.

OBS. XXXVI. — VERNEUIL. (*Soc. chirurgie*, 1874). Une malade opérée d'ovariotomie aurait succombé un an après à un cancer généralisé.

OBS. XXXVII. — VERNEUIL. (*loc. cit.*) 1873. Fille de campagne. Kyste multiloculaire de l'ovaire droit et dans tous les viscères un grand nombre de tumeurs secondaires analogues aux sarcomes.

OBS. XXXVIII. — BOINET. (*Traité des maladies des ovaires*, p. 406). Jeune fille de 30 ans. Ovariectomie. Kyste uniloculaire de l'ovaire droit avec tumeur de la grosseur d'un œuf dans les parois du kyste. Guérison radicale. La malade succomba dix-huit mois plus tard à une affection cancéreuse généralisée.

OBS. XXXIX. (*Dict. Encyclop. art. ovariectomie. Observation citée par Panas (Soc. chirurgie, 1874)*). Malade âgée de 30 ans, opérée d'un kyste multiloculaire type, à contenu glaireux. Suites excellentes. Deux ans plus tard le ventre se développe de nouveau. Nouvelle opération. On trouve un cancer du pédicule.

OBS. XL. — ARNOZAN. (*Bull. soc. anat., 1879*). *Cancer de la plèvre consécutif à des cystocarcinomes de l'utérus et des ovaires.*

L'utérus est hypertrophié et contient des corps fibreux (pas de kystes). Tumeur ovarienne probablement développée aux dépens de l'ovaire gauche dont on ne retrouve plus trace : on ne trouve qu'une série de kystes, les uns réguliers, arrondis, les autres cylindriques et flexueux, les uns pleins de sérosité, les autres pleins de pus et de matière caséuse. Cancer alvéolaire de la plèvre droite et de la surface du poumon sous-jacent. Un petit noyau dans la plèvre gauche.

OBS. XLI. — E. MARTIN. (*Hydropisie des ovaires*, p. 18). In *Pitha et Billroth. T. IV, 6^e partie*, p. 382. Femme 32 ans. Ablation d'un kyste prolifère ordinaire du poids de 11 livres. Pédicule réduit. Guérison. Mort 8 mois plus tard. Autopsie : Cancer du pancréas, des deux poumons et des ganglions du hile pulmonaire. Petits noyaux dans le rein droit. Autres organes abdominaux sains.

OBS. XLII. — E. MULLER (*d'Oldenburg*). *Communication orale. In Pitha et Billroth. loc. cit.* 6 mois après une ovariectomie pour une tumeur bénigne de l'ovaire, l'opérée mourut de cancer de l'épiploon qui avait été fixé à l'angle supérieur de la plaie.

OBS. XLIII. — NEUHAUS (*de Bienne*). *Rapporté par Klebs et cité par Obshausen. In Pitha et Billroth. T. IV, 6^e partie, p. 383.* Après extirpation incomplète d'une tumeur bénigne apparurent d'abord au niveau de la cicatrice des masses molles, très vasculaires, présentant les caractères de l'adénome.

OBS. XLIV. — SPIEGELBERG. *Rapporté par Klebs et cité par Obshausen. In Pitha et Billroth. T. IV, 6^e partie, p. 382.* Extirpation d'un kyste ovarique à contenu glaireux. Développement ultérieur de tumeurs dans le petit bassin et d'un carcinôme ulcéreux de l'intestin grêle.

OBS. XLV. — HUNTER MC GUIRE (*Richmond, Virginia*). *In Bigelow. American ovariectomies. (American Journal of obstetrics, 1882, p. 357).* Femme de 25 ans opérée le 12 juin 1876. Extirpation d'un kyste multiloculaire de l'ovaire. Mort de cancer de l'estomac treize mois plus tard.

OBS. XLVI. — G. GRANVILLE BANTOCK. (*Transac. of. obstet. Soc. of London, 1873, p. 2.*) — Ovariectomie double. Clamp sur une pédicule. Réduction de l'autre. Trois mois plus tard débute un cancer du pédicule cicatrisé. Mort un an après l'opération.

OBS. XLVII. — G. GRANVILLE BANTOCK (*Communication lue par Hutchinson à la Roy. méd. Surg. Soc. of London, le 14 dé-*

cembre 1880). Femme de 41 ans, mariée. Ovariectomie le 11 juin 1870. Guérison. Morte un an après de cancer de l'estomac.

OBS. XLVIII. — G. GRANVILLE BANTOCK (*loc. cit.*) Femme de 18 ans, célibataire. Ovariectomie le 5 avril 1876. Guérison. Affection maligne du péritoine et kyste parovarique droit six mois plus tard.

OBS. XLIX. — G. GRANVILLE BANTOCK (*loc. cit.*) Femme de 31 ans, célibataire. Ovariectomie le 12 avril 1877, guérison. Morte de cancer péritonéal trois mois après.

OBS. L. — G. GRANVILLE BANTOCK (*loc. cit.*) Femme de 41 ans, célibataire. Ovariectomie le 7 novembre 1877. Guérison. Infection péritonéale. Morte d'affection maligne en 1879.

OBS. LI. — G. GRANVILLE BANTOCK (*loc. cit.*) Femme de 48 ans, mariée. Ovariectomie le 27 février 1878. Infection péritonéale. Morte d'affection maligne cinq mois après l'opération.

OBS. LII. — G. GRANVILLE BANTOCK (*loc. cit.*) Femme de 32 ans, mariée. Ovariectomie le 23 octobre 1878. Guérison. Induration de la base du poumon droit. Rupture du kyste, évacuation spontanée à travers une éventration ombilicale. Morte d'affection maligne en 1879.

OBS. LIII. — GOODELL, (*Obstét. soc. of philadelphia*, 2 juin 1881). — Guérison après ovariectomie pour un kyste d'apparence bénigne. Plusieurs semaines après, le pédicule fut atteint de dégénérescence maligne et la mort survint à la suite de pleurésie secondaire.

OBS. LIV. — GOODELL. (*American Journ. of obstetrics* 1882, p. 368). — Fille de 67 ans, opérée le 28 nov. 1880, guérit de l'opération, mais mourut de tumeur maligne du foie sept semaines plus tard.

OBS. LV. — KNOWSLEY THORNTON. *Medical Times and Gazette*, 1881, T. 1, p. 213. *Ovariectomie incomplète. Récidive dans la cicatrice. (Obs. résumée.)* — Femme 38 ans, tumeur à évolution rapide. Ovariectomie le 13 avril 1876. Tumeur englobant les deux ovaires. Adhérences intimes et étendues à l'intestin et aux organes pelviens. Pédicule fixé à la paroi. Récidive en 1877, au niveau de la fistule : masse papillomateuse fongueuse. Morte dans la salle des cancéreux de Middlesex Hospital en 1879 de tétanos, à la suite d'opération sur la tumeur récidivée.

La tumeur ovarienne était composée en grande partie des productions glandulaires bien connues, fréquentes dans les kystes ovariens (une espèce d'épithélioma cylindrique).

OBS. LVI. — KNOWSLEY THORNTON. *Medical Times and Gazette* 1881, T. 1, p. 213. *Ovariectomie. Récidive dans les ganglions lombaires.* — Femme, 38 ans, célibataire. Opérée le 9 nov. 1878. Tumeur à évolution rapide de l'ovaire droit. Kyste multiloculaire. Pédicule rempli de noyaux sarcomateux, difficile à former ; fut fait cependant. Ablation complète de tous les nodules.

Morte le 11 janvier 1881. Généralisation aux ganglions lombaires, noyaux dans le foie et les deux plèvres. Pédicule précédent sain, pas de récidive locale. Ovaire gauche kystique.

OBS. LVII. — KNOWSLEY THORNTON (*Note lue en janvier 1881. Royal med. Surg. Soc. of London.* — Femme de 38 ans, célibataire. Incision exploratrice en octobre 1877. Tumeur maligne

comprenant les deux ovaires, l'utérus, etc. Ouverture de plusieurs kystes et évacuation de trois pintes de liquide. Guérit de l'opération et mourut chez elle cinq mois plus tard.

OBS. LVIII. — KNOWSLEY THORNTON (*loc. cit.*) Femme de 39 ans, célibataire. Incision exploratrice en septembre 1877. Tumeur maligne des deux ovaires, du péritoine, etc. Ablation de la presque totalité d'une tumeur et évacuation du contenu liquide de l'autre. Mort au bout de quarante heures.

OBS. LIX. — KNOWSLEY THORNTON (*loc. cit.*) Femme de 63 ans. Ovariectomie incomplète en août 1879. Tumeur de l'ovaire gauche. Après avoir détaché de nombreuses adhérences pariétales, en présence d'adhérences intestinales étendues on interrompt l'opération. Guérison. Cette femme mourut chez elle au bout de deux mois, d'un cancer de l'estomac.

OBS. LX. — *Un cas d'ovariectomie avec double hernie inguinale oblique et deux tumeurs des grandes lèvres de nature indéterminée.*

Observation lue devant Philadelphia county medical society, le 21 décembre 1881, par W. W. KEEN, M. D. in Philadelphia medical times 1882, T. XII, p. 449. — M^{me} R., américaine, 52 ans. Ménopause à 46 ans. Six grossesses, la dernière il y a dix-huit ans. Double hernie inguinale datant de 15 ans. Bonne santé jusqu'au printemps 1881. A ce moment apparaissent des douleurs dorsales et le ventre augmente de volume. Pas de péritonite. Œdème des jambes seulement depuis un mois. Urines normales, peu abondantes. Perte de l'appétit. Amaigrissement. On perçoit, mais peu distinctement une tumeur volumineuse au centre de l'abdomen, et une plus petite au-dessus de la fosse iliaque droite. Ascite coexistante. Dans chaque grande lèvre il existe une hernie

inguinale oblique avec impulsion à la toux, mais, en outre, après réduction de la hernie, on sent une petite tumeur bizarre ressemblant à une testicule. La malade avait remarqué l'existence de ces tumeurs depuis nombre d'années : elles ne sont pas réductibles et ne causent aucune douleur.

Ponction le 19 décembre. Liquide ascitique ordinaire, quatre litres. On sent alors une tumeur à grosses bosselures, formée par la réunion de masses du volume d'une orange et au-dessous. Quelques-unes des plus grosses sont évidemment kystiques; on en ponctionne une : cent cinquante grammes de liquide analogue à celui de l'ascite. La tumeur dans son ensemble paraît avoir le volume des deux poings réunis et ne paraît pas adhérente au petit bassin : elle remonte cependant au-dessus de l'ombilic, surtout sur la ligne médiane, formant en ce point une masse irrégulière plus solidement fixée profondément et moins proéminente en avant. L'utérus est normal comme dimension et situation.

On porta le diagnostic : tumeur mi-partie solide, mi-partie kystique, probablement cancéreuse, sans connexion avec l'utérus et développée aux dépens de l'ovaire, des ganglions lombaires ou de l'épiploon, et on décida de faire une incision exploratrice.

L'examen microscopique du liquide kystique montra quelques globules sanguins, des globules graisseux, avec une très petite quantité de débris cellulaires et granuleux informes. On ne trouva pas de « cellules ovariennes » types.

Opération le 20 décembre. Méthode antiseptique. La tumeur est moitié kystique, moitié solide, développée aux dépens de l'ovaire droite ; très faibles adhérences postérieures. Elle est reliée au bassin du côté droit par le ligament large, mais les adhérences de ce côté furent des plus faciles à se détacher. Adhérences également très faibles à la vessie. Pédicule lié avec la soie phéniquée et réduit dans la cavité abdominale. L'ovaire gauche commençant à être atteint par la maladie fut de même enlevé. La partie supérieure de la tumeur telle qu'on la percevait à travers la paroi abdominale, est formée aux dépens des ganglions lombai-

res et n'a aucune connexion avec la tumeur ovarique, dont elle est néanmoins certainement le résultat. Les deux orifices intérieurs des canaux inguinaux laissent facilement passer le doigt. La grande lèvre gauche contenait une petite masse mobile qu'on put facilement attirer dans l'abdomen et enlever, elle était reliée à l'anneau inguinal interne par quelques filaments ressemblant à de l'épiploon. La tumeur de la grande lèvre droite ne put être extraite.

21 décembre. Réaction se fait bien. Vomissements abondants. Température 101° F, pouls 140, faible. Pronostic fatal à bref délai.

Deux jours plus tard la température était normale.

La plaie réunit par première intention. Ablation de 4 sutures le 4^e jour et de 3 autres le 7^e jour. Pas de suppuration. Baisse rapidement le 10^e jour et meurt le 14^e.

Autopsie par le Dr Roberts. Réunion de la plaie par première intention. Péritoine normal. Un peu d'ascite; quelques adhérences intestinales dans la fosse iliaque droite. Vessie vide et normale. Pendant l'extraction de la tumeur de la grande lèvre droite, une partie de son contenu s'échappe au dehors. La tumeur supérieure est en avant de l'épine dorsale, immédiatement au-dessous du diaphragme, du volume des deux poings, dure, bosselée, ne laissant écouler aucun suc à la coupe. Elle englobait le pancréas. Noyaux cancéreux dans le foie.

Un fragment de foie, la tumeur glandulaire et la tumeur de la grande lèvre droite feront le sujet d'un examen microscopique.

OBS. LXI. — JOHN HOMANS. (*Boston med. surg. journ.* 2 nov. 1882. p. 413.) *Statistique de 100 cas d'ovariotomie antiseptique.* Opérée du 13 février 1879. Femme mariée de 39 ans kyste ovarique adhérent au rectum et au petit bassin pesant trois livres. Guérie de l'opération, elle mourut huit mois plus tard de cancer.

OBS. LXII. — SPENCER WELLS. *Maladies des ovaires.* Edit. an-

glaise 1882. Opération août 1858, Femme de 38 ans mariée, guérie de l'ovariotomie, morte 7 ans plus tard de cancer. (N° 2 du tableau statistique de 1000 ovariectomies complètes).

OBS. LXIII. — SPENCER WELLS. *Edit. anglaise 1882, p. 50.* Cas n° 3 du tableau statistique des ovariectomies complètes. 5 novembre 1858. Femme mariée de 33 ans. Tumeur, après évacuation de deux ou trois pintes de son contenu liquide, pesait 21 livres. Enveloppe externe ferme, fibreuse, très vasculaire, nombre immense de kystes imparfaits ou cavités alvéolaires de la dimension d'un pois à celle d'une petite pomme, et un grand kyste contenant de deux à trois pintes de liquide visqueux. Les petits kystes contenaient une substance semi opaque, gélatiniforme, dont la couleur variait du blanc au chocolat foncé, et la consistance, de celle d'une gelée épaisse à celle du blanc d'œuf. En somme tumeur composée d'un réseau fibreux formant des cavités irrégulières pleines de matière gélatineuse.

L'opérée guérit rapidement et sans interruption. Elle se porta bien pendant quelques mois, travaillant aux champs : son poids au commencement de 1859, avait augmenté de 15 livres. Mais en juillet apparurent des symptômes de péritonite chronique et d'occlusion intestinale, et la malade mourut le 26 août 1859.

Autopsie. L'ovaire gauche est envahi par la maladie et présente une masse kystique de la dimension d'une petite orange. L'intestin grêle, au voisinage du cœcum est rétréci en deux endroits par des productions cancéreuses développées entre le péritoine et la tunique musculaire de l'intestin. De petits modules de pareille nature sont disséminés sur tout le péritoine.

OBS. LXIV. — SPENCER WELLS. *Edit. 1882, ovariectomies complètes.* Ovariectomie d'avril 1863 (n° 61 du tableau statistique de Spencer Wells.) Femme de 61 ans, mariée, guérie de l'opération, morte de cancer en août 1863.

OBS. LXV. — SPENCER WELLS (*loc. cit.*) Ovariectomie d'avril 1863 (n° 63). Femme de 37 ans mariée, guérie, mourut de cancer diffus en 3 mois.

OBS. LXVI. — SPENCER WELLS (*loc. cit.*) Ovariectomie de novembre 1864. F. 45 ans célibataire mourut de cancer en six semaines. (n° 111).

OBS. LXVII. — SPENCER WELLS (*loc. cit.*) Ovariectomie d'avril 1865. Femme 41 ans, mariée, guérie de l'opération, morte en 1869 de cancer du rectum. (n° 127).

OBS. LXVIII. — SPENCER WELLS (*loc. cit.*) Ovariectomie de décembre 1865. F. de 44 ans, célibataire, guérie, morte en février 1867 de cancer du rectum, (n° 151).

OBS. LXIX. — SPENCER WELLS (*loc. cit.*) Ovariectomie de août 1869 (n° 330). F. 36 ans mariée, guérie, morte en mars 1871 de cancer utérin.

OBS. LXX. — SPENCER WELLS (*loc. cit.*) Ovariectomie de août 1869 (n° 331) F. 36 ans célibataire, guérie, morte en décembre 1869 de cancer diffus.

OBS. LXXI. — SPENCER WELLS (*loc. cit.*) Ovariectomie de juillet 1871 (n° 433). F., de 50 ans, mariée, guérie, morte en décembre 1871 d'affection maligne.

OBS. LXXII. — SPENCER WELLS (*loc. cit.*) Ovariectomie de juin 1872. F., 36 ans, mariée, guérie, morte en 1876 d'affection maligne de l'abdomen (n° 494).

OBS. LXXIII. — (*loc. cit.*) Ovariectomie d'octobre 1872 (n° 549). F., 39 ans, célibataire, guérie, morte en septembre 1873 de cancer.

OBS. LXXIV. — SPENCER WELLS (*loc. cit.*) Ovariectomie d'avril 1873 (n° 545). F. mariée, guérie, morte de cancer en 1874.

OBS. LXXV. — SPENCER (*loc. cit.*) Ovariectomie de mai 1873 (n° 557). F., 30 ans, célibataire, guérie, morte de cancer en avril 1874.

OBS. LXXVI. — SPENCER WELLS (*loc. cit.*) Ovariectomie de janvier 1874 (n° 605). F., 39 ans, célibataire, guérie, morte en août 1875 de cancer du pédicule.

OBS. LXXVII. — SPENCER WELLS (*loc. cit.*) Ovariectomie d'octobre 1874 (n° 656). F., de 40 ans, mariée, guérie, morte en août 1875 de cancer.

OBS. LXXVIII. — SPENCER WELLS (*loc. cit.*) Ovariectomie de mars 1875 (n° 691). F., 38 ans, mariée, guérit eut un enfant en juillet 1876, morte de cancer en avril 1879.

OBS. LXXIX. — SPENCER WELLS (*loc. cit.*) Ovariectomie d'avril 1875 (n° 696). F., mariée, guérit, enfant mort né en avril 1876, morte de cancer utérin en décembre 1877.

OBS. LXXX. — SPENCER WELLS (*loc. cit.*) Ovariectomie de juin 1875 (n° 712). F., 57 ans, célibataire, guérie, morte en octobre 1876 de cancer.

OBS. LXXXI. — SPENCER WELLS (*loc. cit.*) Ovariectomie de décembre 1875 (n° 736). F., 35 ans, célibataire, guérie, morte de cancer en 1880.

OBS. LXXXII. — SPENCER WELLS (*loc. cit.*) Ovariectomie d'avril 1876 (n° 762). F., 59 ans, mariée, morte de cancer en 1877.

OBS. LXXXIII. — SPENCER WELLS (*loc. cit.*) Ovariectomie de mai 1876 (n° 764). F. 21 ans, célibataire, guérie, morte de cancer en octobre 1876.

OBS. LXXXIV. — SPENCER WELLS (*loc. cit.*) Ovariectomie de juin 1876 (n° 774). F., 46 ans, célibataire, guérie, morte en 1879 de cancer du rein.

OBS. LXXXV. — SPENCER WELLS (*loc. cit.*) Ovariectomie d'octobre 1876 (n° 802). F. 64 ans, veuve, guérie, morte en septembre 1878 de cancer du foie.

OBS. LXXXVI. — SPENCER WELLS (*loc. cit.*) Ovariectomie de novembre 1876 (n° 810). F., 21 ans, célibataire, guérie, mariée en 1878, morte sept mois plus tard de cancer du poumon.

OBS. LXXXVII. — SPENCER WELLS (*loc. cit.*) Ovariectomie de mars 1877 (n° 831). F., 47 ans, mariée, guérie, mourut quelques années plus tard d'affection maligne.

OBS. LXXXVIII. — SPENCER WELLS (*loc. cit.*) Ovariectomie de mars 1877 (n° 832). F., 33 ans, veuve, guérie, morte en juin 1880 de cancer colloïde du péritoine.

OBS. LXXXIX. — SPENCER WELLS (*loc. cit.*) Ovariectomie de mai 1877 (n° 847). F., 33 ans, mariée, guérie, morte de cancer.

OBS. LXXXX. — SPENCER WELLS (*loc. cit.*) Ovariectomie de février 1878 (n° 890). F., 29 ans, mariée, guérie, morte en juin 1878 d'affection maligne généralisée.

OBS. LXXXI. — SPENCER WELLS (*loc. cit.*) Ovariectomie de juillet 1878 (n° 904). F., 68 ans, célibataire, guérie morte, de cancer en 1880.

OBS. LXXXII. — SPENCER WELLS (*loc. cit.*) Ovariectomie de janvier 1880 (n° 977). F., 54 ans mariée, guérit, morte en août 1880 de cancer utérin.

OBS. LXXXIII. — SPENCER WELLS (*loc. cit.*) Ovariectomie incomplète de février 1869 (n° 19 du tableau. Edition 1872) F., 54 ans, célibataire, évacuation de liquide ascitique et du contenu d'un kyste rompu et adhérent. On ne peut rien faire de plus à cause de la dissémination de noyaux cancéreux sur tout le péritoine. Mort trois jours après.

OBS. LXXXIV. — SPENCER WELLS (*loc. cit.*) Ovariectomie incomplète de janvier 1872 (n° 27). F., 55 ans, mariée. Evacuation de liquide ascitique et ponction d'un kyste; rien de plus. Noyaux de cancer recouvrent tout le péritoine. Guérit de l'opération; meurt 10 mois plus tard de cancer du rectum.

OBS. LXXXV. — SPENCER WELLS. *Edit. angl.* 1882, p. 53, 54, 55. *Cancer des deux ovaires*. E. A. N..., âgée de 44 ans. Admise au Samaritan hospital le 3 juin 1862. Mariée depuis 14 ans. Pas de grossesse. Aucun antécédent héréditaire. Tumeur développée depuis trois ans. Edème des membres inférieurs. Ascite. Au toucher, plusieurs masses solides fixes en arrière de l'utérus. Affaiblissement graduel et mort le 19 juillet.

Autopsie. Les deux ovaires contiennent plusieurs kystes. Le docteur Aitken (de Netley) examina des portions des tumeurs ovariennes et constata l'existence de plusieurs kystes, les uns simples, les autres prolifères. Il existait aussi une masse de nature maligne ayant atteint et englobé le rectum.

OBS. LXXXVI. — SPENCER WELLS (*loc. cit.*) *Cancer de l'ovaire gauche avec ascite*. E.T. âgée de 59 ans. Admise au Samaritan hospital le 6 décembre 1863. Mariée deux fois, pas d'enfants. Aucune maladie héréditaire. Tumeur ayant débuté depuis 12 mois. Ascite ayant nécessité cinq ponctions. Une ponction après une entrée à l'hôpital évacue 16 pintes de liquide jaunâtre, de densité 1020, fortement albumineux et contenant des globules rouges et blancs. Malade traîne et meurt d'épuisement le 26 février 1864. A l'autopsie on trouve des productions cancéreuses sur le péritoine et une volumineuse tumeur polykystique de l'ovaire gauche, adhérente à la vessie, au rectum et au bassin. L'ovaire droit était aussi le siège de dégénérescence kystique. La tumeur de l'ovaire gauche examinée avec soin, avait en certains endroits absolument l'apparence du cancer.

OBS. LXXXVII. — SPENCER WELLS. — *Edit. angl.* 1882, p. 102 et suiv. *Incision exploratrice*. Gouvernante de 54 ans. Ponction en janvier 1869. Liquide séreux sanguinolent; Onze pintes. Incision exploratrice le 18 février. Péritoine très épais. Ascite sanguinolente. Kyste multiloculaire adhérent à tous les organes pelviens et ouvert dans le péritoine. Quelques nodules blanchâtres d'aspect cancéreux disséminés sur les parois kystiques. Fermeture de l'abdomen. Mort environ soixante heures après l'opération. Autopsie par le docteur Grenser (de Dresde). Péritonite chronique. Cancer (fungus médullaire) du mésocolon transverse. Kyste multiloculaire de l'ovaire droit du volume d'une tête de fœtus. Les kystes contiennent peu de liquide et surtout de la matière cancéreuse, celle-ci n'est pas tout à fait aussi molle que celle du mésocolon transverse. Utérus petit, sain, sauf au niveau de son fond, où un point, du volume d'un pois, est blanc et paraît cancéreux. Kyste de l'ovaire gauche du volume d'une noix, non cancéreux.

OBS. LXXXVIII. — PÉAN. *Leçons de Clin. chir. Hop. St-Louis*. Femme de 33 ans opérée d'un kyste multiloculaire séreux de l'ovaire gauche le 20 juillet 1871. Poids du sac 2.150 grammes. 18 litres de liquide. Pédicule grêle fixé à l'angle inférieur de l'incision abdominale. Guérie de l'opération, succombe en 1873 à un cancer des parois abdominales.

OBS. LXXXIX. — PÉAN (*loc. cit.*) Femme de 45 ans opérée le 30 janvier 1873 d'un kyste multiloculaire séreux de l'ovaire gauche. Adhérences multiples. Parois kystiques très minces. Petit kyste pileux, du volume d'une noix, dans l'épaisseur du pédicule. 18 litres de liquide. Poids du sac 1.900 grammes. Guérie de l'opération, meurt de cancer abdominal en 1876.

(Bien que Péan signale ici l'existence d'un petit kyste pileux dans l'épaisseur du pédicule, ne sachant le siège exact de ce kyste, nous n'avons pas cru pouvoir faire figurer cette observation dans notre chapitre III).

OBS. C. — PÉAN (*loc. cit.*) Opération du 27 avril 1876 (n° 232 du tableau statistique de l'auteur). Femme de 33 ans. Cancer kystique de l'ovaire gauche avec commencement de dégénérescence de l'épiploon. Opérée. Guérie. Quitte la maison de santé le 23 mai. Cette malade était lors de l'opération dans le premier mois d'une grossesse. Dans le courant de juin avortement et expulsion d'un œuf intact. A la suite manifestations aiguës du cancer, péritonite et mort.

OBS. CI. — PÉAN (*loc. cit.*) Ovariectomie du 30 juillet 1878 (n° 312). Femme de 52 ans. Kyste de l'ovaire droit à contenu visqueux. Guérison. Suites de l'opération des plus simples. Le 27 mai 1879 (10 mois après) on constate des manifestations cancé-

reuses sur la paroi abdominale. Le cancer avait envahi tout le petit bassin en décembre. Mort de cachexie et d'obstruction intestinale le 17 janvier 1880.

OBS. CII. — PÉAN (*loc. cit.*) Ovariectomie du 10 juin 1879 (n° 338). Femme de 42 ans. Kyste de l'ovaire gauche sarcomateux à contenu séro-puruleux. Ascite. Tumeur fortement lobulée. Des kystes tubulés pendaient en grand nombre du péritoine pariétal. Pédicule réduit. Guérison temporaire. Il reste au bas de la plaie une fistule qui laissait écouler par intervalles une sérosité très brune et très sale. La malade fut emportée en mars 1880 (9 mois après l'opération) par la reproduction du cancer.

OBS. CIII. — TERRILLON. *Observation résumée. (In th. Bourguelle, Paris, 1884, et Soc. chirurgie, 1885, avril).* Femme de 24 ans. Opérée le 4 décembre 1882 d'un kyste multiloculaire ordinaire à parois enveloppantes très résistantes, pesant 5 kilogs. Récidive dans la cicatrice en avril, puis apparition d'autres tumeurs disséminées dans la paroi abdominale (peau et tissu cellulaire sous-cutané). Tumeur abdominale volumineuse du côté gauche. Mort le 15 décembre 1883. Pas d'examen histologique du kyste. Pas d'autopsie.

OBS. CIV. TERRILLON. *Soc. Chirurgie, 9 décembre 1885.* Femme âgée de 55 ans, opérée une première fois pour un volumineux, kyste multiloculaire du côté droit qui se rompit dans le péritoine en 1883, l'ovaire gauche était sain.

La guérison fut parfaite, après un an une tumeur se développa dans l'épaisseur de la cicatrice.

Peu après l'autre ovaire devint le siège d'un nouveau kyste qui se développa rapidement en octobre 1885. Une nouvelle opération fut faite à cause de la rupture du kyste. Le péritoine, contenant une grande quantité de liquide gélatineux, fut nettoyé avec soin.

L'opérée fut bien pendant quelques jours, puis dépérit et mourut d'une péritonite chronique après quarante jours.

En même temps qu'on opérât ce second kyste, la tumeur et la cicatrice furent enlevées. La tumeur secondaire était grosse comme un œuf de poule et constituée par une multitude de petits kystes à contenu gélatineux dont les parois garnies d'épithélium avaient la même structure que les kystes ovariens.

Cette récurrence peut s'expliquer par un greffe des éléments du premier kyste, greffe produite au moment de l'opération.

Ces mêmes greffes s'étaient produites aussi sur la surface interne du péritoine pariétal, celle-ci était parsemée de petits kystes pédiculés à parois et contenu semblables à ceux des kystes ovariens.

OBS. CV. — HOBSON. *British Medical Journal* 1884, 23 fév. p. 362. Femme morte deux mois après un accouchement. Petit kyste de l'ovaire avec nombreuses petites tumeurs disséminées sur le péritoine.

OBS. CVI. — COHN. *Société obstétricale et gynécologique de Berlin. Séance du 27 février 1885.* — Cohn présente les organes génitaux d'une femme de 57 ans, morte avec les symptômes d'une insuffisance cardiaque. L'utérus de dimension normale, sain d'ailleurs, est en latérotation gauche, confondu de ce côté avec une tumeur du volume d'une tête d'enfant, dure, kystique, carcinomateuse par places, développées dans l'ovaire de ce côté. La portion vaginale du col utérin est tout à fait dirigée à droite. Dans la paroi gauche du vagin existe un noyau cancéreux gros comme une noix ulcéré sur sa face vaginale. Au-dessus de l'entrée du vagin s'observe aussi un noyau carcinomateux bien circonscrit. Cette pièce est intéressante d'abord au point de vue clinique : confusion possible avec le cancer du corps de l'utérus, ou, vu l'immobilité de la tumeur, avec une tumeur du bassin ; et

d'autre part la coexistence de trois tumeurs cancéreuses, sans relation directe les unes avec les autres est assez remarquable ?

OBS. CVII. — PARISH. (*Obstet. soc. of Philadelphie*, 2 janvier 1885). Femme de 52 ans, ovariectomie le 16 septembre 1884; kystes des deux ovaires, ayant débuté depuis trois mois; rupture de l'un dans le péritoine. Le contenu colloïde répandu en imposa pour de l'ascite. Généralisation à tout le péritoine, innombrables kystes, du volume d'un grain de millet à celui d'un pois, disséminés sur tout le péritoine. Mort au 7^e jour d'épuisement. Diagnostic anatomique : cancer colloïde. Chacun des kystes se composait d'une partie solide et d'une partie kystique.

OBS. CVIII. POLAILLON. *Soc. Chirurgie* 1885. Malade de 24 ans, opérée quelques mois auparavant par M. Pozzi d'un kyste de l'ovaire. Le pédicule avait été fixé à la plaie. Une ulcération d'aspect cancéreux se produisit à ce niveau et la malade mourut de pleurésie. L'autopsie montra une masse sarcomateuse dans le pédicule avec envahissement du péritoine et des plèvres.

OBS. CIX. — *Hôpital Tenon. Service du Dr J. Lucas-Championnière. Tumeur kystique cancéreuse de l'ovaire droit avec généralisation à la plèvre et au poumon droit.*

Observation recueillie par A. Lavie, interne du service (résumée inédite).

Tumeur ovarique développée en deux mois chez une femme de 40 ans sans antécédents cancéreux personnels ou héréditaires. Etat général mauvais, cachexie, amaigrissement. Ponction le 18 juin 1885 (2500 grammes de liquide brunâtre). Un peu d'ascite. Pleurésie droite constatée le 24 juin. Mort le 11 juillet 1885.

Autopsie : un peu d'ascite, adhérences pariétales et intestinales (colon transverse). Tumeur composée de tissu rougeâtre, spon-

gieux, très friable, et creusée de larges loges qui contiennent un liquide couleur chocolat. La base de la tumeur se confond avec le ligament large et l'ovaire du côté droit. Ovaire gauche normal.

Poumon droit parsemé de noyaux cancéreux occupant surtout le lobe supérieur et le bord antérieur. La plèvre droite contient à peu près 300 gr. de liquide sanguinolent ; elle est très épaissie sur toute son étendue, transformée en tissu cancéreux ; adhérences multiples. Rien dans les autres organes. Pas d'examen histologique.

OBS. CX. TERRIER. *Union médicale*, 23 décembre 1883. *Ovariectomie faite pour la seconde fois sur la même femme. Guérison.*

Mme Courtois, âgée de 33 ans, sans antécédents diathésiques, opérée le 28 juillet 1879, d'un kyste multiloculaire de l'ovaire gauche datant d'octobre 1877. Ponction le 8 février 1879, 2 litres de liquide filant, visqueux, vert noirâtre, contenant des globules blancs, des cellules épithéliales en raquette et de la graisse.

Kyste adhérent à l'épiploon ; à la paroi abdominale antérieure, à l'intestin grêle, développé aux dépens de l'ovaire gauche. Pendant l'opération, on s'assura de l'état de l'ovaire droit, il fut trouvé sain. La malade se lève treize jours après l'opération et quitte l'hôpital environ un mois après.

Dans son premier mémoire intitulé : Remarques cliniques sur une première série de vingt-cinq ovariectomies, mémoire publié en mai 1882, M. Terrier porta M^{me} C. comme guérie de l'ablation, d'un kyste de l'ovaire gauche (obs. 21), et considéra cette guérison comme définitive : il y avait, en effet, près de trois années que la malade avait été opérée et qu'elle se portait très bien.

Cet excellent état se maintint jusque vers le 10 avril 1883, jour où Mme C. s'aperçut que son ventre augmentait de volume surtout du côté droit. Deuxième opération le 24 juin 1883. Adhérences à l'intestin grêle.

La première tumeur enlevée en 1879, pesait 3 kilos 500 gr. et renfermait sept litres de liquide. La seconde tumeur pesait 1440

grammes et renfermait environ cinq litres de liquide. Les deux tumeurs étaient des kystes multiloculaires types; toutefois la tumeur enlevée en 1879 présentait une grande poche, ce qui n'existait pas dans la tumeur enlevée en 1833. Ici le kyste était essentiellement multiloculaire; aussi la ponction avait elle assez peu diminué son volume et il fallut l'ouvrir largement pour vider la plus grande partie de ses loges.

Mme C. se lève seize jours après l'opération, quitte l'hôpital le 26 juillet et retourne dans son pays. (Actuellement (23 décembre 1883) Mme C. est bien guérie, et ses règles ont absolument disparu depuis la seconde opération.

(Depuis la publication de cette observation, Mme C. a été revue en parfaite santé dans le courant de l'année 1884. Elle est morte de cancer de l'estomac en 1885).

OBS. CXI. — TERRIER. *Ovariectomie incomplète avec ligatures atrophiantes. Observation inédite. Résumé.* — La nommée Hartel Anna, femme Daboir, âgée de 55 ans. Ovariectomie le 18 mars 1884 pour une tumeur de l'ovaire datant de six ans. Kyste multiloculaire de l'ovaire droit. Deux loges principales contenant l'une 4 l 1/2, l'autre 2 l 1/2 de liquide noir et filant. Adhérences avec la paroi abdominale, l'S iliaque, la trompe gauche, le cœcum, les colons ascendant et transverse, l'intestin grêle et le grand épiploon. Deux anses intestinales sont entièrement incluses dans la cavité kystique qu'elles traversent comme de véritables tuyaux. Résection de la plus grande quantité possible de la masse morbide, suture du restant avec la paroi (29 points de suture). Des deux côtés de l'utérus, on place sur les trompes et les ligaments de l'ovaire deux ligatures, avec du catgut à gauche et de la soie à droite, dans le but d'atrophier les masses kystiques. Enfin les kystes furent déchirés et mis en large communication les uns avec les autres pour n'avoir qu'une poche, ouverte à l'extérieur. Durée de l'opération 1 heure 1/2. Quand le malade quitte l'hôpital le 6 août 1884 il n'existe plus qu'une dépression dont le

fond, grand comme une pièce de cinq francs est recouvert de bourgeons charnus.

Revue par M. Terrier le 17 janvier 1885. La partie supérieure de la cicatrice abdominale s'est très notablement dilatée et est le siège d'une notable éventration sur la partie inférieure de laquelle on constate une ulcération de la grandeur d'une pièce de un franc.

En bas, au niveau du fond de l'utérus, existe une surface large de 4 à 5 cent. bourgeonnante, granuleuse, ayant de la tendance à végéter. Cette surface est pansée avec du perchlorure de fer; ce qui arrête sa végétation excessive, mais produit quelques douleurs.

En fait, la partie du kyste correspondant au fond de l'utérus et non soumise à l'action des ligatures atrophiées continue à végéter comme le ferait une tumeur maligne.

Le 12 novembre 1885, nous avons pu constater chez cette femme l'existence de plusieurs nodules indurés, faisant corps avec la peau, situés à droite et en bas de la plaie qui persiste toujours avec les mêmes caractères. L'un de ces noyaux du volume d'un pois environ, est ulcéré. Les ganglions inguinaux droits sont très volumineux et durs. Ceux du côté gauche sont aussi augmentés de volume, mais moins que les précédents. M^{me} D... se plaint de tousser beaucoup. Il nous semble exister à la percussion et à l'auscultation des signes d'induration pulmonaire du côté gauche.

OBS. CXII. — SPENCER WELLS. N^o 21 des statistiques d'ovariotomie incomplète. Août 1871. — Femme de 63 ans, mariée. Evacuation du liquide ascitique et poction de deux kystes. On laisse intactes des masses papillomateuses comprenant l'utérus, les deux ovaires, la vessie et le rectum. Mort 15 jours après.

OBS. CXIII. — KNOWSLEY THORNTON. *Medical Times and*

Gazette vol. I, 1881. p. 213. — Femme de 41 ans. Kyste à végétations papillaires internes. Rupture du kyste. Généralisation au péritoine. Ovariectomie le 3 mai 1877, opérée, bien portante en 1881. Toute trace des petits papillomes qu'on avait vus et sentis sur le péritoine pendant l'opération, a complètement disparu.

OBS. CXIV. — KNOWSLEY THORNTON. *Medical Times and Gazette, 1881, vol. I. p. 673.* *Kystes des deux ovaires ouverts dans la cavité péritonéale, avec infection péritonéale.* — Femme 33 ans. Ovariectomie le 4 juillet 1877. Développement rapide en 9 mois.

Kystes papillomateux des deux ovaires, soudés ensemble, adhérents à la vessie, à l'utérus, etc.

Péritoine pariétal et intestinal, recouvert de granulations (grains de sagou) groupées par plaques. Ablation de quelques unes de ces granulations pédiculées sur le péritoine pariétal. Drainage péritonéal. Etat de santé excellent plus de quatre ans après l'opération.

OBS. CXV. — KNOWSLEY THORNTON. *Med. Times and Gaz, 1881, vol. I, p. 673.* — *Kyste ovarique ouvert dans la cavité péritonéale. Infection péritonéale. Ovariectomie en janvier 1878.*

Kyste multiloculaire à parois épaisses de l'ovaire droit, contenant des végétations papillomateuses dans toutes ses poches. Tumeur constituée d'un gros kyste et d'une quantité de petits. Péritoine pelvien recouvert de végétations papillomateuses.

Guérison. Bonne santé ultérieure. Une grossesse. Opérée, revue 3 ans 1/2 après l'opération.

OBS. CXVI. — KNOWSLEY THORNTON. *Medical Times and Gazette, 1881, vol. I, p. 673.* — Ovariectomie le 27 février 1878

Kyste à végétations internes papillomateuses de l'ovaire gauche, papillomes externes de l'ovaire droit. Masses végétantes au fond du cul de sac de Douglas et sur l'utérus. Ganglions inguinaux. Bonne santé, 3 ans 1/2 après. Persistance des tumeurs pelviennes et inguinales.

OBS. CXVII. — KNOWSLEY THORNTON. *Communication à la Roy. med. and Surg. Society of London, janvier 1881.* — F. 49 ans. Mariée. Opérée en mai 1879. Incision exploratrice, Tumeurs papillomateuses des deux ovaires, avec infection générale du péritoine et gros fibrome utérin. Evacuation du liquide ascitique et ablation de grosses masses papillomateuses. Guérison.

OBS. CXVIII. — KNOWSBY THORNTON (*loc. cit.*) F. 50 ans. Mariée. Opérée en mars 1879. Incision exploratrice. Kyste papillomateux adhérent de toutes parts. Infection péritonéale étendue. Evacuation de l'ascite. Guérison.

OBS. CXIX. — LOHLEIN. *Berlin, Klin. Wochenschrift.* 1881, N° 49, p. 733, 5 décembre 1881. — Une malade ayant subi une ovariectomie double pour kystes papillaires eut neuf mois de santé parfaite après cette opération. Elle revint en novembre 1880, pour une hernie de l'angle inférieure de la plaie causée par le liquide ascitique. On sentait des éminences vésiculeuses sur l'épiploon, une nodosité dure, de la grosseur d'un œuf de poule, sur le péritoine pariétal et une infiltration du petit bassin au niveau du côté gauche du restant du pédicule. L'épanchement péritonéal ayant augmenté, on retire par ponction un seau de pus sérosanguinolent.

OBS. CXX. — SIDNEY JONES. *Lancet*, 1882, T. II, p. 53. — Kystes multiloculaires des deux ovaires. Nodules papillomateux à la

surface des deux kystes et disséminés sur le péritoine pariétal. Ovariectomie. Guérison au 36^e jour.

OBS. CXXI. — VON GRUNEWALD (St-PÉTERSBOURG). *St-Petersburg méd. Wochenschrift*, 1882, n^o 30. in *Centralbf. Gynækologie* 1883, n^o 1, p. 15. — F. 28 ans. Kyste de l'ovaire gauche avec masses papillomateuses externes et internes. Productions cancéreuses dans le petit bassin : nombreux ganglions cancéreux. Ovaire droit kystique. Pas de généralisation lointaine.

Opération incomplète. Mort 8 jours après.

OBS. CXXII. — HÉGAR. *Wolkmann's Sammlung klinischer Vortrage*, n^o 109. *Gynækologie*, n^o 36. — M^{me} Wehrle, 40 ans. Deux grossesses. Papillômes des deux ovaires. La ponction exploratrice de la tumeur du côté droit donne issue à une telle quantité de petites cellules cylindriques, que Hégar voudrait en faire un signe diagnostique des papillômes ; 1 litre de liquide ascitique sanguinolent. Tumeur gauche, réniforme, du volume d'une tête d'enfant, à plusieurs loges dont quelques-unes, rompues, présentent des végétations en chou fleur, saillantes dans la cavité péritonéale. Plusieurs adhérences avec l'épiploon et au voisinage d'une de ces adhérences, deux masses papillomateuses secondaires du volume d'une châtaigne et d'un pois dans l'épiploon. Ces noyaux secondaires ont la même structure que les tumeurs ovariennes et possèdent comme elle une solide capsule fibreuse. L'adhérence avait manifestement servi de pont à l'infection. On énuclée ces noyaux secondaires. Les deux tumeurs ovariennes sont facilement enlevées.

L'opérée se lève au bout de 20 jours. Malheureusement elle a été perdue de vue depuis sa guérison.

Hégar met hors de doute le développement ultérieur de noyaux papillomateux dans le péritoine et dans l'épiploon qu'il regrette de ne pas avoir réséqué.

OBS. CXXIII. — DAWSON. *Obstét. Soc. of. New-York*, 15 janvier 1884. — Kyste ovarique. Ponctionné. Développé en un an. Papillômes. Incision exploratrice en décembre 1883. Tumeur papillomateuse de l'ovaire. Papillômes généralisés à tout le péritoine. Guérison de l'opération. Etat général atteint. Mort probable en peu de temps.

OBS. CXXIV. — NICAISE. *Soc. chirurgic*, 1885. — Femme 54 ans, d'un bon état général. Opérée d'un kyste multiloculaire. Opération : rien de spécial. Rétablissement rapide. Récidive au bout de six semaines. Dans l'abdomen, vers l'ombilic, tuméfaction diffuse qui augmenta rapidement en se lobulant et fit penser à une généralisation cancéreuse dans les ganglions prévertébraux. Cette malade succomba à une pneumonie avec néphrite albumineuse, et malgré l'absence d'autopsie, l'on a admis le diagnostic de cancer abdominal.

Le kyste enlevé, multiloculaire, présentait à l'intérieur une tumeur végétante du volume d'une grosse orange, sur laquelle l'examen histologique n'a pas fourni de renseignements précis.

OBS. CXXV. — NICAISE. *Soc. chirurgic*. 25 mars 1885. — Incision abdominale exploratrice chez une femme de 31 ans. Ponctionnée déjà 24 fois pour une ascite entretenue par des tumeurs papillaires des ovaires. L'incision fit constater des tumeurs papillaires et polykystiques des deux ovaires avec greffe des tumeurs papillaires dans la fosse iliaque droite le long des vaisseaux iliaques et sur les intestins. Ablation de toutes ces tumeurs reconnue impossible.

La malade a guéri de l'opération, et la reproduction du liquide a été notablement retardée. On n'a dû refaire de ponction qu'au bout de 4 mois, puis tous les mois depuis trois ans et demi. Les

tumeurs du petit bassin ont augmenté, mais la malade a toujours un bon état général.

OBS. CXXVI. — D. GOODELL. *Obstetrical Society of Philadelphia*. Séance du 7 mai 1885. — Kyste ovarique droit pesant 20 livres, inclus dans le ligament large par sa partie inférieure. Végétations papillomateuses externes et internes très abondantes. Ligament large et péritoine pelvien parsemés de papillômes analogues qui entourent et fixent l'ovaire gauche, sain d'ailleurs.

Guérison.

Goodell admet la malignité de ce cas.

OBS. CXXVII. — LOHLEIN. *Berliner Klin. Wochenschrift*, 1879, p. 420. *Kystes papillaires des deux ovaires*. Femme 49 ans. Ovariectomie le 26 janvier 1879. Kystes des deux ovaires à végétations internes et externes exubérantes. Infiltration calcaire assez avancée de certains groupes de végétations. Epithélioma cylindrique sans cils vibratiles.

Infiltration de même nature dans l'épiploon qu'on n'enlève pas. Pas de récurrence, 5 mois après l'opération.

Anatomie pathologique. Tumeur du côté gauche dans sa partie supérieure se présente comme une masse papillomateuse en chou fleur. Dans plusieurs poches de la tumeur du côté droit existent de grosses végétations papillaires manifestement anciennes, mais nulle part elles ne paraissent aussi vivaces que dans la tumeur gauche. De ce côté la masse végétante est implantée sur la paroi de la cavité kystique par une base large comme un œuf de poule, et d'un tronc court s'élèvent des ramifications dendritiques rosées. Dans les autres loges existent des végétations nombreuses, variant de la dimension d'un pois à celle d'une fève, la plupart sessiles. Dans plusieurs petites loges elles sont infiltrées de calcaire.

Une poche kystique ainsi remplie présente la consistance d'un

sac rempli de gros sable humide. Elle est remplie de végétations exubérantes toutes infiltrées de calcaire. A la surface des végétations s'observe un épithélium cylindrique bien développé, sur lequel on ne peut trouver de cils vibratiles. L'infection de l'épiploon paraît dans ce cas avoir eu lieu par des particules de papillômes devenues libres plutôt que par la voie d'adhérences. Les groupes de végétations épiploïques étaient disséminés loin les uns des autres sur une grande surface.

OBS. CXXVIII.— SPENCER WELLS. *Édit. anglaise*, 1882, p. 55.
Cancer des ovaires chez une enfant de 13 ans 9 mois. Tumeur hypogastrique découverte il y a 8 mois coïncidant avec l'apparition de la menstruation, obscurément fluctuante. Mort le 5 mars 1864, dix mois après l'apparition de la tumeur. Ascite. Tumeur fixée dans le petit bassin, adhérente aux intestins, remontant presque jusqu'à l'appendice xyphoïde. Examen histologique par Wilson Fox : « Cancer encéphaloïde de la vessie et de la paroi postérieure de l'utérus. La tumeur comprend une portion kystique, recouverte à sa surface de noyaux cancéreux et une portion solide donnant un suc laiteux au raclage. Microscopiquement il existe la ressemblance la plus complète entre les lésions ovariennes et les autres nodules cancéreux. Dans les unes comme dans les autres la structure générale comprend un stroma de fibres à gros noyaux et de vaisseaux capillaires, entourant des cellules et des noyaux. Le liquide fourni par raclage présente des noyaux ronds ou ovales, granuleux avec un nucléole clair, des cellules fusiformes allongées, à noyau allongé et nucléole clair. Dans le champ du microscope on observe un corpuscule ressemblant fortement à un follicule de Graaf avant sa maturité, en voie de dégénérescence. Un kyste à paroi épaisse contenait du liquide lactescent ; toute sa paroi était formée de productions cancéreuses. Un des kystes à paroi mince, à contenu demi transparent, clair et non visqueux, présente la structure des kystes ordinaires qui composent les tumeurs multiloculaires de l'ovaire. Paroi fibreuse

composée de cellules fusiformes disposées en faisceaux et entremêlées de fin tissu aréolaire. Des cellules cancéreuses ne s'observent que rarement dans la paroi. Le revêtement épithélial a disparu en grande partie à la face interne des kystes (altération cadavérique ?) çà et là quelques cellules aplaties. Quelques cellules tuméfiées et granuleuses à noyau indistinct adhèrent encore à la paroi. En un point une production cancéreuse villose fait saillie dans l'intérieur du kyste.

OBS. CXXIX. — E. BOECKEL. *Gaz. med. de Strasbourg*, 1880, n° 6, p. 64. Femme de 52 ans. Ovariectomie double le 7 août 1879. Grand kyste de l'ovaire gauche complètement adhérent à la paroi abdominale. Un second kyste, du volume d'une tête d'adulte, occupait l'ovaire gauche. La guérison s'obtint en quelques jours. Trois mois plus tard, mort résultant d'un sarcome généralisé aux ganglions de l'abdomen.

Autopsie faite 12 heures après la mort par le docteur Stilling. Des noyaux innombrables de sarcome (à petites cellules rondes) de toutes grandeurs parsèment le péritoine pariétal et viscéral. Le colon transverse est plié en V, dont le sommet est soudé au côté droit du pubis. Noyaux métastatiques nombreux dans le foie. Une seule masse assez volumineuse de sarcome dans la rate. Dégénérescence sarcomateuse des glandes aortiques et mésentériques. Rien dans les reins, ni dans le cœur, ni dans les poumons.

OBS. CXXX. — F. WINCKEL. (*Berichte und Studien, Bd. II*, p. 127. Cité par Olshausen in Pitha et Billroth, t. IV, 6^e partie, p. 382. Femme de 42 ans chez laquelle on enleva un kyste proliférant, où le microscope révéla en plusieurs points des dégénérescences graisseuses. Le pédicule fut réduit dans l'abdomen. Après la guérison la malade retombe rapidement; elle mourut seize semaines après l'ovariectomie.

Autopsie : carcinôme du foie et du péritoine. Néphrite parenchymateuse.

Winckel laisse entrevoir qu'il avait supposé que la tumeur ovarienne contenait des particules carcinomateuses. La section de la tumeur l'avait aussi laissé penser ; mais l'examen microscopique n'avait révélé autre chose qu'un simple kyste proliférant.

OBS. CXXXI. — BAUMGARTEN (*de Königsberg*). In *archiv. für pathologische anatomie. Virchow, Bd. 97 S. 1.* — *Un cas de kyste simple de l'ovaire avec métastase.* (En raison de l'importance de cette observation, nous en donnons ici la traduction littérale in extenso).

Dans le cas actuel il n'existe ni épaissement cancéreux ou sarcomateux des parois kystiques, ni végétations papillaires saillantes dans l'intérieur de la cavité. Il s'agit, ainsi qu'on va le voir, d'un kyste mucoïde tout-à-fait ordinaire.

La tumeur en question fut apportée à l'institut pathologique, le 25 octobre 1882 avec le diagnostic : kyste de l'ovaire droit. Le Dr Neumann, qui entreprit le premier l'examen de la pièce, constata ce qui suit : La tumeur extirpée se compose de trois poches kystiques réunies entre elles par leur pédicule. La plus grosse de ces poches a environ les dimensions d'une tête d'adulte ; elle est vide de son contenu ; ses parois ont environ 2-5 millim. d'épaisseur ; elles sont résistantes, fibreuses ; leur face interne est ridée, bosselée, recouverte d'un revêtement épithélial pavimenteux ordinaire. A cette poche est accolé un fragment de la trompe, d'environ 15 centimètres de longueur. La seconde poche, quelque peu aplatie a environ la forme d'une rate (10 cent. de longueur sur 6 cent. de largeur et 4 d'épaisseur. Elle se compose également d'une paroi résistante de 6 à 10 millim d'épaisseur, d'aspect fibreux, de la face interne de laquelle partent des prolongements en forme de bandelettes. Le contenu est un liquide épais, d'un brun sale, riche en cholestérine. Elle est reliée au kyste précédent

par deux pédicules situés l'un et l'autre dans le voisinage du fragment de trompe sectionnée. L'un des pédicules affecte la forme d'une adhérence membraneuse, riche en vaisseaux ; l'autre est cylindrique, tordu en spirale, de consistance cartilagineuse et mesure 1 cent. de longueur sur 3 millim. d'épaisseur. La troisième poche, qui n'a pas été ouverte; a la forme sphérique avec plusieurs bosselures convexes, à parois minces, très transparentes, également située dans le voisinage de la trompe sectionnée. Elle est reliée au premier kyste par un ligament court, fibreux. A cet examen de la tumeur ovarique, je dois ajouter ce qui suit : L'autopsie ayant donné à ce cas un intérêt nouveau, j'entrepris un examen plus détaillé de la pièce, admirablement conservée dans l'alcool à 90°. Portant mon attention sur la face interne du troisième kyste qu'on n'avait pas ouvert et aussi sur le kyste décrit en second lieu, j'y constatai l'existence d'un revêtement épithélial cylindrique et caliciforme sans la moindre trace de cils vibratiles. Je ne réussis pas à trouver dans la profondeur de la paroi des enfoncements glandulaires de l'épithélium, ni des productions kystiques secondaires. La paroi, aux points examinés, avait une texture stratifiée dans le premier et le deuxième kyste avec alternance assez régulière de faisceaux conjonctifs riches en cellules et aréolaires et de faisceaux conjonctifs pauvres en cellules, dans l'intervalle desquels se trouvent comprises d'assez nombreuses masses de pigment sanguin. La paroi du troisième kyste se composait d'une couche continue de tissu conjonctif fibrillaire.

De cet examen il découle indubitablement que notre tumeur est un kyste mucoïde de l'ovaire : plaident en faveur de cette opinion l'aspect du contenu (deux fois avant l'extirpation de la tumeur, la ponction avait évacué 20 litres 1/2 de sérosité jaune, la forme des épithéliums, la texture et la structure des parois. Le seul fait contraire à cette déduction est la formation de la tumeur par la réunion de trois kystes simples unis par des pédicules. D'ordinaire la paroi du kyste principal englobe les parois des kystes plus pe-

tits. Cela n'implique qu'une différence de forme extérieure : ce qui d'ailleurs, n'est pas sans exemple dans l'histoire des kystes ordinaires de l'ovaire.

L'ablation de cette tumeur, faite par le professeur Münster, s'était passée très simplement. En aucun point on n'avait trouvé d'adhérences avec les organes voisins. La face interne du péritoine, examinée pendant l'opération, n'avait rien présenté d'anormal. Aussi la marche ultérieure de ce cas parut-elle vraiment surprenante.

La plaie abdominale se cicatrisa rapidement et était complètement fermée au bout de 14 jours environ. Cependant à cette époque on constatait déjà dans l'abdomen l'existence de nouvelles masses liquides. La malade se plaint de malaises et vomit à plusieurs reprises. L'épanchement abdominal devient si considérable que la malade présente de la dyspnée. Une ponction donne issue à dix litres de liquides visqueux et filant qui contient, d'après un examen que j'en fis, des amas de cellules cylindriques épithéliales. Cinq jours plus tard une autre ponction évacuant la même quantité de liquide, ne put même soulager la malade qui tomba peu à peu dans le collapsus et mourut environ 4 semaines après l'opération.

L'autopsie, faite par moi le lendemain de la mort, donna les résultats suivants :

Cadavre de femme amaigrie, paraissant âgée d'environ 40 ans. Léger œdème généralisé de toute la peau. Sur la ligne médiane de l'abdomen s'observe, correspondant à la ligne blanche une cicatrice linéaire d'un blanc gris recouverte partout d'un épithélium intact, étendue d'un peu au-dessus du nombril à quelques millimètres du pubis. Pendant les tentatives faites pour ouvrir la cavité abdominale un peu sur le côté de cette cicatrice, on arrive sur une adhérence entre la paroi abdominale et le grand épiploon. Cette masse adhérente étendue de plusieurs centimètres de chaque côté de la ligne médiane comprend des cavités multiples à parois minces, de la dimension d'une tête d'épingle à celle d'un pois et plus, pleines d'un liquide visqueux grisâtre. De sorte que

la coupe de cette masse adhérente présente l'aspect alvéolaire d'un gâteau de miel. Les parois des cavités sont intérieurement lisses, de couleur blanchâtre, et leurs contours bien nets tranchent sur le tissu environnant qui est de nouvelle formation, lâche et riche en vaisseaux. Dans le voisinage de cette tumeur d'aspect cystomateux, font saillie sous le péritoine des vésicules blanchâtres, tendues, de la dimension d'un noyau de cerise et au-dessus, rappelant par leur aspect celui des cysticerques.

La séreuse péritonéale est, dans tout le reste de son étendue, tomenteuse, légèrement colorée, recouverte de dépôts fibrineux membraniformes, d'épaisseur variable, plus ou moins adhérents. Dans la cavité abdominale, surtout dans le petit bassin se trouvent rassemblés environ cent grammes d'un liquide visqueux, jaunâtre, transparent, contenant des masses blanchâtres opaques et cohérentes (amas de cellules cylindriques).

Les anses intestinales sont reliées soit entre elles, soit avec l'épiploon par des adhérences connectives solides. Les ganglions lymphatiques sous-péritonéaux ne sont pas tuméfiés et ont à la coupe un aspect grisâtre ou gris rosé. L'urètre gauche est quelque peu dilaté, le droit l'est très notablement. Le foie et la rate sont agglomérés avec les anses intestinales voisines et le diaphragme. A l'examen du petit bassin, l'utérus et ses annexes sont masqués par des végétations gris rougeâtre, de formation récente, mamelonnées, recouvrant le péritoine du petit bassin d'un revêtement continu.

L'examen des organes pelviens sortis de l'abdomen fait constater l'existence d'une adhérence complète entre la paroi postérieure de l'utérus, le ligament large, la paroi antérieure du rectum et le péritoine pelvien. Ces adhérences peuvent être rompues non sans difficulté et l'utérus et ses annexes sont libérés. Aux points de séparation s'observent des groupes de végétations verruqueuses analogues à celle du reste de la séreuse pelvienne. Il n'existe dans ces néoformations, non plus que dans celles du péritoine pelvien, aucune formation kystique visible à l'œil nu. La muqueuse vésicale est notablement rougie par l'injection de ses vaisseaux ;

l'urine est claire, l'orifice des urètres élargi. L'utérus est de dimensions normales ; le corps plus volumineux que le col ; son tissu ferme et pâle ; la muqueuse mince. Dans la cavité du col existe un petit polype à long pédicule.

L'ovaire gauche est occupé presque en entier par un kyste de la dimension d'un œuf de pigeon à surface interne complètement lisse, contenant un liquide séreux ordinaire. La trompe gauche, prise dans les adhérences et légèrement rétrécie, est d'ailleurs normale. Du côté droit, au lieu et place de l'ovaire et de la trompe de ce côté, le pédicule kystique court, avec sa solide ligature. On ne trouve aucune altération dans le tissu du ligament large, ni dans les tissus péritériens. Ces tissus pâles, baignés d'un peu de sérosité claire, contiennent des vaisseaux sanguins pleins de sang liquide. Un examen attentif fait découvrir sur le côté droit du tiers inférieur du rectum un kyste un peu plus gros qu'une cerise, à contenu épais, blanchâtre, gélatineux, à paroi interne lisse veloutée.

Dans les autres organes n'existait aucune particularité digne de remarque. On ne put, en particulier, y découvrir aucune production kystique analogue aux précédentes.

L'examen histologique des productions kystiques les fit reconnaître pour de petits kystes colloïdes. Pour de plus amples détails je renvoie à la planche ci-jointe, fig. I, dessinée à la chambre claire d'après un des petits kystes de la paroi abdominale antérieure, ressemblant à un cysticerque (1). On voit la face interne de la paroi connective du kyste recouverte d'un épithélium caliciforme disposé sur une seule couche. Les parties sombres situées dans la cavité représentent les portions colloïdes du contenu. A gauche du kyste occupant le milieu de la préparation, on en voit trois autres plus petits en voie de développement.

Les néoformations kystiques intrapéritonéales se comportaient exactement comme les extrapéritonéales, seulement elles étaient de plus entourées d'un tissu connectif jeune, mou, encore granu-

(1) V. la planche dans Archiv. Virchow. (loc. cit.).

leux par places. Ce tissu jeune renfermait de nombreuses néoformations ramifiées comme des tubes glandulaires, recouvertes d'un épithélium cylindrique à une seule couche, partout dépourvu de cils vibratiles. Cette disposition est surtout marquée au niveau du péritoine pelvien qui renferme aussi de petits kystes colloïdes de dimensions microscopiques. Ces productions pourraient bien constituer la première phase des cavités kystiques, bien que je n'aie pu voir avec certitude les formes de passage entre ces deux types de néoformations. Notre figure montre nettement le mode de formation des kystes dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. On y voit facilement que les productions kystiques ne sont pas sans relation avec le type primitif glandulaire.

Ce cas de kyste mucoïde glandulaire simple de l'ovaire, rapporté ici à cause de son importance, me semble unique, aucun cas analogue, actuellement publié ne pouvant lui être comparé. Il constitue un échelon dans la liste des observations qui attaquent la bénignité absolue (incapacité de métastase des tumeurs dites homologues ou homotypiques.

En note Baumgarten ajoute :

Le conseiller privé Dohrn me dit avoir opéré à la clinique de Marburg deux cas de kystes mucoïdes du type glandulaire ordinaire avec productions kystiques secondaires analogues à celles que je viens de décrire, siégeant dans le péritoine et les parois abdominales. Mais entre l'observation précédente et celle des opérées de Dohrn il y a cette différence capitale que dans ces deux derniers cas les femmes sont encore bien vivantes.

Obs. CXXXII. — SCHLEGTENDAL. (*Centralb. für Gynækologie*, 1885 n° 38) un second cas de kyste glandulaire de l'ovaire avec métastase sur le péritoine. Opération faite par Lindemann. Femme de 52 ans. Grosse tumeur du bas ventre existant depuis quatre ans. Diagnostic : kyste de l'ovaire avec adhérences probables dans le petit bassin.

Ovariectomie le 17 juin 1885. On trouva dans la cavité abdomi-

nale une très grande quantité de liquide libre, mêlé à des masses gélatineuses jaunâtres caractéristiques. Le kyste, qui ne présentait que de petites adhérences, fut ponctionné avec le trocart de Kœberlé. Rien n'étant sorti, la canule fut enlevée et le contenu kystique gélatineux, épais, visqueux fut évacué lentement avec la main.

Derrière ce premier kyste et au dessous de lui se trouve une agglomération de petits kystes fortement distendus par la même matière. Le petit bassin contient une certaine quantité de la même substance visqueuse, provenant sans doute de la rupture antérieure d'un de ces kystes. Après l'affaissement du ventre cette masse gélatineuse s'avança d'elle même entre les doigts de l'opérateur. Le pédicule de la masse kystique, attiré au dehors, fut lié, coupé et réduit dans l'abdomen après avoir été cautérisé et saupoudré d'iodoforme. L'ovaire droit, également en dégénérescence kystique, fut aussi enlevé.

Dans le ligament rond droit on enleva un kyste semblable de la grosseur d'une pomme. Le nettoyage de la cavité péritonéale fut extrêmement difficile à cause des dépôts gélatineux très adhérents qu'il fallut enlever.

On put voir alors que la séreuse intestinale était normale, ainsi d'ailleurs que le péritoine pariétal. Le hasard conduisit la main de l'opérateur sur un chapelet de tumeurs bosselées qui par leur situation dans la partie supérieure de l'abdomen étaient jusqu'alors restées invisibles. C'était de l'épiploon ayant subi la dégénérescence kystique.

Ces tumeurs, de l'épaisseur d'un poing d'enfant mais d'une forme plus allongée, avaient l'aspect de gateaux de miel. Dans la substance fondamentale jaune transparente et gélatineuse étaient englobés des kystes en quantité innombrable, à contenu limpide, limités par une enveloppe très nette d'un blanc brillant tranchant sur la couleur jaunâtre des parties environnantes. Ils figuraient dans leur ensemble une chaîne de tumeurs à courts pédicules. Le péritoine fut encore une fois nettoyé, la couverture abdominale suturée et un pansement de Lister mis en place.

Les suites de l'opération laissèrent d'abord quelque espoir.

Le ventre resta souple, indolore même lors de pression considérable sur l'hypogastre. La malade reprit des forces et malgré sa faiblesse fut gaie pendant quelques jours.

Bientôt survinrent des nausées violentes. La température monta lentement et régulièrement de 37° 2 à 38° 4 au 3^e jours après l'opération. La fréquence du pouls augmenta. Le quatrième jours après l'opération, collapsus subit, température 39° 4, pouls extrêmement rapide, nausées plus fréquentes; refroidissement des extrémités et ballonnement du ventre.

Autopsie. L'abdomen seul fut ouvert. On trouva la séreuse terne, dépolie, d'une teinte grisâtre, les anses intestinales agglutinées, adhérentes. Dans le fond du petit bassin trois cents grammes environ d'un liquide légèrement trouble, une demi tasse de sang (provenant d'un suintement du pédicule) et une tasse pleine de la matière gélatineuse dont il a été déjà parlé.

Sur le péritoine de la face convexe du foie, de la face inférieure de la rate, de la grande courbure de l'estomac et sur les différentes parties de l'intestin, principalement sur le cœcum et l'S iliaque enfin sur tous les replis du petit bassin se trouvent de plus ou moins grosses masses, parfois adhérentes, semblables à la matière gélatineuse et logeant pour la plupart des kystes de petit volume. Les plus gros de ces kystes atteignaient le volume d'une noix. Pas d'altération métastatique dans les viscères.

Ce cas se rangerait simplement à côté des cas souvent cités et décrits de kyste myxoïdes (*myxoïde kystom*) métastatiques, si l'examen microscopique n'avait pas fait reconnaître (chose extrêmement rare) un kyste glandulaire simple... (*einfaches glandulaires kystom*) Ce serait donc le second cas bien constaté de kyste simple malin de l'ovaire. La possibilité de métastase sur le péritoine, connue pour la première fois il y a dix ans, ne fut admise pendant longtemps que pour les kystes mucoïdes papillaires. Baumgarten a le premier publié in-extenso dans les archives de Virchow (t.97) une observation de généralisation après l'extirpation d'un kyste glandulaire simple. A côté de cette publication se rangerait immédiatement le cas que nous venons d'examiner.

OBS. CXXXIII. — TERRIER. *Kystes multiloculaires des deux ovaires formant une seule masse; ovariectomie, deux pédicules. Guérison. Observation inédite (n° 14 des tables statistiques de M. Terrier).* Mlle A. Michel, 22 ans. Tumeurs datant de 2 ans. Ponction exploratrice fournit un verre de liquide louche, un peu visqueux, contenant de grosses cellules épithéliales en dégénérescence muqueuse, des cellules caliciformes et cylindriques à cils vibratiles, ce liquide contenait en outre des globules de graisse, des cristaux de cholestérine et de la mucine. Ovariectomie le 19 août 1878 avec l'assistance de MM. S. Duplay, Lucas-Championnière et Périer, en présence du professeur Broca, dans le service duquel cette jeune fille avait d'abord été admise. Adhérences multiples pariétales, pas d'adhérences rectales ou intestinales, rupture de quelques kystes pendant le décollement des adhérences. La masse ainsi isolée se compose 1° d'une partie médiane formée par la poche kystique ponctionnée et vidée au début de l'opération, (contenu : 6 litres de liquide jaunâtre, louche). 2° d'une autre masse polykystique située à droite, munie d'un pédicule formé par la trompe et les vaisseaux utéro-ovariens correspondants; 3° d'une autre masse polykystique analogue à la précédente, mais située à gauche et ayant aussi un pédicule isolable et distinct. Ces deux tumeurs polykystiques latérales adhèrent très intimement à la poche moyenne vidée par la ponction. On fait alors deux pédicules, l'un à droite fixé par une broche et une anse de fil de fer; l'autre à gauche, maintenu par deux broches et une anse de fil de fer. — La malade se lève le 14 septembre et sort de l'hôpital parfaitement bien portante le 5 novembre 1878. Cette jeune fille s'est mariée à la fin de 1881. En mai 1885 elle se portait parfaitement bien; n'avait jamais revu ses règles depuis l'opération.

Examen de la tumeur. La tumeur, du volume d'une tête d'adulte offrait à sa surface externe un certain nombre de granulations sessiles ou pédiculées, ayant les dimensions d'une tête d'épingle et présentant l'aspect de granulations tuberculeuses. Notons que

pendant l'opération des granulations analogues ont été constatées par la vue et le toucher dans le cul-de-sac rectovaginal.

A la surface de la tumeur, on retrouve les deux trompes volumineuses, noueuses, présentant des saillies tantôt dures, tantôt molles.

La cavité du kyste principal, séparée en deux par un diaphragme incomplet, renferme un liquide visqueux, fortement coloré par du sang; les autres cavités appartenant aux gâteaux kystiques latéraux renferment tantôt un liquide clair, tantôt un liquide opaque d'aspect purulent.

La surface interne du kyste principal est granuleuse, jaunâtre; ses parois, parfois très minces, présentent dans leur épaisseur de petites cavités kystiques. Enfin, un petit gâteau kystique, du volume d'une pomme est situé au fond et en haut de la grande cavité kystique et fait une certaine saillie dans son intérieur.

L'examen microscopique, fait au laboratoire d'histologie du collège de France par MM. les docteurs Malassez et Chambard, est ainsi exposé dans une note remise à M. Terrier par M. Malassez. (Pièce n° 77. Série D, août 1878. Kyste de l'ovaire, femme de 22 ans. Volume d'une tête de nouveau-né. Kyste uniloculaire, cloison incomplète montrant que la cavité unique résulte de deux cavités, ouvertes l'une dans l'autre. A la surface externe, végétations les unes isolées très-petites, du volume d'un grain de mil, sessiles ou pédiculées; d'autres réunies en amas et formant des plaques mamelonnées plus ou moins épaisses. Parois généralement assez minces, sauf au niveau des plaques de végétations. Dans leur épaisseur quelques petites cavités kystiques. Surface interne rendue granuleuse par de petites végétations sessiles. En un point amas de très petits kystes du volume d'une pomme faisant saillie dans la cavité. Liquide citrin légèrement visqueux.

Le revêtement épithélial de la surface interne, celui de la surface externe, les parois kystiques ne présentent rien de particulier: même structure que dans tous les kystes de même espèce.

Les végétations de la surface externe méritent seules une men-

tion. Ce sont des néoformations mixtes, c'est-à-dire conjonctives et épithéliales à la façon des polypes glandulaires des anciens, des adénômes des modernes.

1° Le stroma est constitué par un tissu conjonctif jeune; les fibrilles conjonctives sont rares, disséminées; il n'existe pas ou peu de faisceaux conjonctifs; les éléments cellulaires sont au contraire abondants; les formes dites embryoplastiques (petites cellules rondes, cellules jeunes) et fibroplastiques (cellules fusiformes) prédominent. Les capillaires ont des parois bien distinctes du tissu périphérique; elles ne sont pas embryonnaires. Les vaisseaux ne sont pas très nombreux. Ce stroma est en continuité avec le tissu fibreux des parois kystiques; le passage se fait rapidement. Le stroma résulte donc de la prolifération des parties les plus superficielles de la surface externe des parois kystiques.

2° Les végétations sont revêtues d'une couche épithéliale cylindrique; mais de plus on voit des enfoncements épithéliaux partir de la surface externe de ces végétations, pénétrer plus ou moins profondément, se ramifier, s'anastomoser, se dilater en certains points, se rétrécir en d'autres et former, en somme, un grand nombre de cavités épithéliales de forme et de volume variable, et paraissant disposées sans ordre apparent. L'épithélium qui tapisse ces cavités est en général à une seule couche, formé de cellules cylindriques simples avec une assez forte proportion de cellules à cils vibratiles. Le contenu des cavités est formé d'une substance transparente, se coagulant par l'alcool, redevenant transparente au contact de l'eau et contenant des éléments épithéliaux plus ou moins dégénérés provenant sans doute du revêtement épithélial.

3° Enfin dans plusieurs de ces végétations on trouve disséminées dans le stroma, entre les cavités épithéliales, de petits amas de cellules granuleuses, au milieu desquels se voit souvent une cellule géante. Ces amas ressemblent complètement aux granulations que l'on trouve dans le lupus scrofuleux de la peau ou à la surface des muqueuses affectées de tuberculose. On pourrait les

envisager comme des granulations tuberculeuses de ces surfaces épithéliales néoformées que présentent les végétations.

Cette observation est très intéressante et par la présence des végétations à la surface externe des parois, ce qui n'est pas très fréquent, et par la structure de ces végétations qui rappelle celle des végétations de beaucoup de muqueuses normales ; enfin par l'existence, dans les végétations, d'espèces de granulations tuberculeuses que l'on peut comparer également à celle des surfaces de revêtement. »

Obs. CXXXIV. — TILLAUX. -- Femme de 27 ans. Opérée d'ovariotomie le 12 octobre 1878. Tumeur ayant débuté depuis 14 mois environ, présentant les symptômes d'un kyste ovarique avec ascite considérable. Voici l'examen anatomo-pathologique des pièces afférentes à cette malade, tel qu'il a été publié dans le mémoire de MM. Malassez et de Sinéty. (Arch. physiol., 1880.) Obs. I, page 886. « La tumeur ovarienne était constituée par une volumineuse végétation en forme de choux-fleurs dans l'intérieur de laquelle il existait un certain nombre de cavités kystiques de différent volume. On trouvait, en outre, au microscope, dans les parties solides, un très grand nombre de petits kystes microscopiques, et surtout des conduits épithéliaux plus ou moins réguliers, plus ou moins ramifiés. Il existait aussi un volumineux kyste pauciloculaire libre, flottant dans la cavité abdominale ; on n'a pu nous dire quel en était le lieu d'insertion. Les cavités de ce kyste présentaient des végétations semblables d'aspect et de structure à celles trouvées sur l'ovaire.

Les tumeurs secondaires consistaient en petites végétations péritonéales. Elles étaient constituées par un stroma conjonctif et des néoformations épithéliales microkystiques et tubulaires tout à fait semblables à celles observées dans la végétation de l'ovaire malade et à celles du kyste flottant. La seule différence consistait dans le moindre développement des cavités kystiques et de l'ensemble de la néoformation.

La tumeur primitive ainsi que les tumeurs secondaires ren-

trait, comme on le voit, dans le groupe des néoformations épithéliales adénoïdes. »

OBS. CXXXV. — TERRIER. Tumeur kystique formée par les deux ovaires. Opération le 7 janvier 1876. M^{me} Caraby. Obs. 7 des tableaux statistiques de M. Terrier. Femme de 28 ans. Début depuis 2 ans. Mort par péritonite suppurée. Examen anatomopathologique fait par M. Malassez et publié par lui dans son mémoire (arch. physiol. 1880, obs. II, p. 886). « Il y avait un kyste multiloculaire sur chaque ovaire et les deux kystes étaient réunis sur la ligne médiane. On trouvait des végétations à la face interne des loges et quelques-unes à la surface péritonéale du kyste. Les tumeurs secondaires siégeaient encore sur le péritoine : les unes sur l'utérus, les autres à la face antérieure du rectum.

Les végétations de la surface extérieure du kyste étaient constituées par un stroma en partie fibreux, en partie myxomateux. On y trouvait des petites cavités tubulaires et kystiques, tapissées d'épithélium cylindrique, dans l'intérieur desquelles s'étaient développées des végétations adénoïdes secondaires.

Les végétations utérines avaient un stroma fibreux en majeure partie, fibro-sarcomateux et myxomateux en d'autres points. On y rencontrait çà et là des petites cavités irrégulières, allongées ou ramifiées, également tapissées par un épithélium cylindrique. On y voyait aussi des amas granulo-graisseux, au milieu desquels existaient de petits grains calcaires.

Les végétations rectales ressemblaient aux tumeurs utérines. Elles s'en distinguaient seulement par la moindre abondance du tissu fibrosarcomateux et myxomateux. Le stroma était presque complètement constitué par un tissu fibreux dense. Les groupes de néoformations épithéliales étaient notamment moins nombreuses tandis que les masses graisseuses et les grains calcaires étaient en plus grande quantité.

Nous trouvons donc ici, comme dans le cas précédent, des néoformations épithéliales du type glandulaire adulte. »

OBS. CXXXVI. — BOUSSI. (*Soc. anat.* 1877). Observation publiée sous le titre : Cancer des deux ovaires avec cancer consécutif du péritoine et de la plèvre droite, sans aucune communication des séreuses entre elles. Femme de 44 ans. Morte dans le service de M. Lancereaux. L'examen anatomopathologique fait par M. Malassez se trouve publié en grand détail dans les *arch. physiol.* 1880, ob. III, p. 887. « Il existait à gauche un volumineux kyste uniloculaire dans l'épaisseur des parois duquel on remarquait un assez grand nombre de petites cavités kystiques à surface végétante. A droite une tumeur kystique à trois loges principales. L'une d'entre elles était complètement remplie par des végétations encéphaloïdes et kystiques. La seconde n'était comblée que partiellement, et la troisième était seulement tapissée de végétations. Les autres petites cavités kystiques étaient plus ou moins remplies de végétations.

Les tumeurs secondaires se trouvaient à la face postérieure de l'utérus et sur le ligament large, sous forme de petites végétations, variant du volume d'un pois à celui d'une noisette, et sous forme de plaques saillantes à bords sinueux, résultant évidemment de la confluence des petites tumeurs précédentes. Il existait également des néoformations secondaires dans la plèvre comprises au milieu d'adhérences pleurales.

STRUCTURE DES VÉGÉTATIONS INTRAKYSTIQUES. — Le stroma conjonctif est peu abondant. En certains points il est réduit à une sorte de gros réticulum. La tumeur est, en majeure partie, constituée par des néoformations épithéliales de type varié. Elles sont disposées en petites cavités irrégulières, à contenu peu abondant, tapissées par de l'épithélium cylindrique ou métatypique ; on les voit se continuer avec des masses épithéliales pleines. Celles-ci se présentent soit sous forme de cordons, soit sous forme de masses alvéolaires, et, dans ces points, ressemblent complètement à du tissu carcinomateux.

TUMEURS DU PÉRITOINE. — Les tumeurs du péritoine diffèrent peu des végétations intrakystiques. Elles sont constituées par un stroma au milieu duquel on trouve des néoformations épithéliales

cavitaires et des néoformations épithéliales pleines. Le stroma est en majeure partie fibro-sarcomateux ; il est plus fibreux du côté de la surface de la tumeur, tandis que dans les parties profondes et à la périphérie, au voisinage des tissus sains, on trouve des ilots d'éléments embryonnaires. Les cavités kystiques n'ont pas de membrane propre. Elles sont assez nombreuses et, en général, réunies par groupes. Quelques-unes sont régulières, sphériques, mais la plupart sont allongées et plus ou moins ramifiées. Nous en avons vu qui s'ouvraient à la surface péritonéale de la tumeur, à la façon des glandes en tubes. Leur revêtement épithélial est constitué en partie par des cellules cylindriques, en partie par des cellules métatypiques. On rencontre assez souvent des végétations purement épithéliales et des points où le revêtement est disposé en plusieurs couches. De ces cavités on voit fréquemment partir des prolongements épithéliaux pleins. Ceux-ci ont, en général, des formes allongées et présentent parfois des ramifications. Quelques autres ont la forme de lobes. Dans ces masses épithéliales pleines, on rencontre, par places, de véritables petites cavités kystiques et, à côté, d'autres cavités d'origine toute différente, produites par une dégénérescence des cellules épithéliales. Dans les points où ces masses épithéliales pleines sont nombreuses le tissu ressemble à celui du carcinôme.

TUMEURS DE LA PLÈVRE. — Les tumeurs de la plèvre sont également constituées par des cavités kystiques et des masses épithéliales pleines. Le stroma est relativement beaucoup plus abondant et formé de tissu fibro-sarcomateux, comme celui des tumeurs péritonéales, mais il paraît plus vasculaire. Les néoformations épithéliales sont moins abondantes et ont, en général des formes allongées. Elles sont tapissées le plus souvent par un épithélium métatypique disposé en plusieurs couches. On les voit presque toujours se continuer avec des masses épithéliales pleines. Ces dernières sont également allongées en général et ramifiées. Elles se terminent par des pointes fines qui pénètrent dans un espace conjonctif ou lymphatique comme semble le prouver l'existence des cellules endothéliales tapissant cet espace. Nous

avons vu de ces prolongements épithéliaux pleins traverser la plèvre pariétale et pénétrer dans le tissu sous-pleural.

Les néoformations primitives et secondaires présentent dans ce cas une disposition comparable à celle des glandes en voie de développement avant l'apparition des cavités glandulaires et qui sont de véritables formations carcinomateuses. »

OBS. CXXXVII. — Service du docteur DUMONTPALLIER. — Femme de 37 ans. Morte d'un cancer de l'ovaire gauche généralisé dans le péritoine et remontant à 2 ans environ. Examen anatomopathologique microscopique publié par M. Malassez (voyez Malassez et de Sinéty, arch. physiol, 1880, p. 828, obs. IV). « La tumeur primitive siégeait sur l'ovaire gauche. Il existait des tumeurs secondaires, encéphaloïdes et kystiques, sur le péritoine. On avait observé pendant la vie des symptômes de pleurésie gauche chronique, et l'on avait fait une ponction qui avait donné issue à un liquide sanguinolent. Il est donc probable qu'il y avait eu, dans ce cas, une généralisation à la plèvre, mais le fait n'a pas été démontré anatomiquement, l'autopsie n'ayant pu être faite complètement.

Histologiquement le tissu cancéreux est composé d'un stroma, de cavités kystiques et de masses épithélioïdes pleines. Le stroma est, en certains points, disposé sous forme de bandes épaisses et là les masses épithélioïdes sont rares; elles constituent des masses allongées et ramifiées. Souvent, à leur surface externe, on trouve des cellules endothéliales, ce qui doit faire supposer qu'elles se sont développées dans des cavités lymphatiques. Dans les parties comprises entre ces grosses travées le tissu conjonctif est disposé en fines cloisons; dans certains endroits mêmes, il est réduit à un gros réticulum, au milieu des masses épithélioïdes confondues. Sur quelques points le stroma est plus ou moins riche en éléments embryonnaires, au milieu desquels les masses épithélioïdes se trouvent disséminées, et dans ces points le tissu ressemble, à s'y méprendre, à un ovaire fœtal du troisième au quatrième mois.

En somme nous trouvons là, réunies, différentes formes de carcinôme, à côté de néoformations épithéliales kystiques et parfois en continuité avec elles. »

OBS. CXXXVIII. — COSSY. (*Soc. anat.* 1826). *Cancer colloïde des ovaires et cancer consécutif du péritoine*. Début deux ans auparavant. Mort de cachexie. Quantité énorme de liquide séro-sanguinolent dans l'abdomen ; tumeurs d'un blanc jaunâtre dans le grand épiploon au-dessous du foie. Dans toute l'étendue du péritoine viscéral et pariétal, granulations grisâtres ou blanchâtres, quelques-unes grosses comme des noisettes ; enfin dans le tiers inférieur de la cavité abdominale, deux énormes masses ovoïdes, situées l'une à droite, l'autre à gauche, présentant de nombreuses bosselures fluctuantes. Liquide épais et gélatineux dans les poches kystiques.

Examen histologique publié par M. Malassez (voy. Malassez et de Sinéty, *arch. physiol.* 1880, p. 889, obs. V.) « La tumeur primitive était un kyste multiloculaire à trois petites loges et à contenu très épais. Il existait sur le mésentère et en différents points de la surface péritonéale de petits mamelons qui avaient, à la coupe, l'aspect de cancer colloïde. L'épiploon formait une bande épaisse et volumineuse, d'aspect colloïde, accolée à la grande courbure de l'estomac.

La tumeur primitive n'a pu être examinée au microscope.

TUMEURS DU MÉSENTÈRE. — Les tumeurs du mésentère sont constituées par un stroma fibro-sarcomateux, au milieu duquel on rencontre quelques masses colloïdes ou faux kystes, un grand nombre de cavités kystiques vraies et quelques masses épithéliales pleines. Le stroma est formé de lames conjonctives minces et de faisceaux non ondulés, présentant une assez grande quantité de cellules conjonctives ; çà et là on trouve même des amas d'éléments embryonnaires. Ce stroma est en continuité avec le tissu conjonctif sous-séreux. Les cavités kystiques vraies, sont, en général, peu volumineuses, tapissées par un épithélium presque

partout cylindrique, métatypique en certains points. Les masses épithéliales pleines sont assez variées et se présentent principalement sous forme d'amas allongés.

Les faux kystes sont constitués par du tissu colloïde. Ils apparaissent par petits groupes et, en se développant, tendent à se confondre les uns avec les autres, par suite de la destruction des cloisons de séparation; ils produisent ainsi des masses de plus en plus volumineuses. Les néoformations épithéliales kystiques ou pleines qui se trouvent dans les régions atteintes par la transformation myxomateuse, résistent quelque temps à l'envahissement, mais finissent, à leur tour, par disparaître.

TUMEUR DE L'ÉPIPLOON. — Le tissu de la tumeur épiploïque présente, comme les tumeurs péritonéales, un strôma fibreux et fibro-sarcomateux, des néoformations épithéliales kystiques et carcinomateuses, et enfin, des faux kystes produits par des amas de tissu colloïde. La seule différence est dans le développement considérable qu'a pris ce dernier tissu : en sorte qu'il existe de larges espaces uniquement constitués par lui. Il est remarquable par l'abondance de la substance amorphe, et l'extrême rareté des éléments cellulaires et des fibrilles conjonctives. Beaucoup de cellules de cette espèce de tissu muqueux sont chargées de gouttelettes graisseuses, enfin des portions assez considérables de la tumeur sont en voie de dégénérescence.

Nous retrouvons donc ici dans les tumeurs secondaires et les tumeurs primitives, ces phénomènes si curieux d'envahissement myxomateux ou colloïde que nous avons signalé à propos des tumeurs kystiques ovariennes.

OBS. CXXXIX. — MAYGRIER (*Soc. anat.* 1879). — Femme de 44 ans. Tumeurs kystiques des ovaires. Cancer squirrheux et colloïde du rectum et du vagin; fistule rectovaginale consécutive.

Tumeur secondaire dans le foie. Avortement provoqué à 4 mois 1/2.

Mort avec des symptômes d'obstruction intestinale.

Autopsie par Champetier de Ribes.

Examen histologique par M. Malassez (voy. Malassez et de Sinéty, Arch. physiolog. 1880, p. 890 OBS. VI.)

• A l'autopsie il existait un cancer encéphaloïde et colloïde des deux ovaires, puis des tumeurs secondaires dans le vagin, le rectum et le foie.

Les portions de la tumeur ovarienne qui ont été examinées au microscope étaient uniquement formées de tissus muqueux, riche en substance fondamentale, pauvre en fibrilles conjonctives, en cellules et vaisseaux, tissus que nous avons vus précédemment constituer les faux kystes ou les masses colloïdes.

La tumeur secondaire du vagin n'a pas été examinée. Celle du rectum s'était développée, d'une part du côté de la surface péritonéale, d'autre part faisait saillie sous la muqueuse. Il existait des points de communication, à travers la musculuse, entre la tumeur péritonéale et la sous-muqueuse. A l'œil nu, ce tissu avait l'aspect du cancer colloïde. Au microscope on trouvait un stroma conjonctif, des masses colloïdes, des cavités tapissées d'épithélium puis quelques masses épithélioïdes pleines. Le stroma, formé de tissu fibreux avec des ilots sarcomateux, était disposé sous forme de bandes épaisses entre les groupes d'amas colloïdes ou épithéliux, tandis qu'il était très réduit dans l'intérieur même de ces groupes, surtout dans ceux où dominaient les formations colloïdes. Les cavités épithéliales, tapissées par des cellules cylindriques, étaient relativement peu nombreuses, la plupart étaient entourées ou pénétrées par le tissu colloïde, qui les détruit peu à peu. En sorte que dans des points où il existait de ces cavités kystiques, ou de ces néoformations pleines, on ne trouvait plus qu'un amas colloïde formé de tissu muqueux.

TUMEURS DU FOIE. — On observait également, dans les tumeurs du foie, un strôma fibreux ou fibro-sarcomateux, disposé en grosses et en fines travées, des masses colloïdes, des néoformations épithéliales kystiques, et enfin des masses épithéliales pleines. Seulement, ici, l'envahissement muqueux était peu prononcé, et la néoformation kystique épithéliale prédominait.

Les cavités épithéliales étaient, en majeure partie, tapissées par des cellules à cils vibratiles, et en quelques points, par des cellules métatypiques. L'épithélium de plusieurs de ces cavités se continuait avec les masses épithélioïdes pleines. Il est à présumer que si, dans la tumeur primitive, nous n'avons pas trouvé de néoformation épithéliale, c'est que dans celles-ci elles avaient été détruites par l'envahissement myxomateux.

Quoi qu'il en soit, en ne s'occupant que des tumeurs secondaires, on voit que nous avons eu affaire, comme dans le cas de Cossy à des formations épithéliales, les unes kystiques, les autres épithélioïdes pleines, plus ou moins détruites par la néoformation myxomateuse ou colloïde. »

OBS. CXL. — TERRIER. *Ovariectomie incomplète. Cancer péritonéal. Mort. Pas d'autopsie. Observation inédite. Résumé.* — Mlle Adélaïde R., âgée de 64 ans. Kyste ovarique développé depuis janvier 1884. Opération le 12 juillet 1884.

A l'ouverture du péritoine épaissi, il s'écoule quatre à cinq litres de liquide ascitique coloré. Tumeurs cancéreuses de l'épiploon et semis de cancer sur le mésentère et sur l'intestin grêle. Le kyste ovarique est ponctionné : il donne environ trois litres de liquide citrin. Il est fusionné en arrière avec des anses intestinales et sur les côtés avec des masses cancéreuses. Vu l'état du péritoine, on fait une ovariectomie incomplète. En haut on ferme le ventre jusqu'à la partie supérieure du kyste par 6 fils d'argent, puis le 7^e prend le kyste et les deux lèvres de l'incision abdominale. A partir de ce moment on place 25 fils, fixant la paroi du kyste à la paroi abdominale. Chemin faisant, on résèque le plus possible du kyste. Durée de l'opération : plus d'une heure.

Mort le 16 juillet à 6 heures du soir.

Pas d'autopsie.

Examen histologique des parois kystiques par M. Pilliet, externe

des hôpitaux : « Il a été fait trois coupes de la tumeur. Une sur la paroi du kyste en un point d'aspect normal ; une seconde sur la même paroi dans un point épaissi par infiltration cancéreuse ; une troisième sur un bourgeon néoplasique de la paroi, bourgeon du volume d'une noisette.

1^{re} coupe. Paroi kystique assez mince. Le revêtement cellulaire interne manque. Tissu conjonctif disposé en bandes parallèles très riches en fibres élastiques disposées en nappes et anastomosées, et en éléments cellulaires. Vaisseaux nombreux et dilatés.

2^e coupe. Paroi kystique épaissie offrant la même structure avec des faisceaux disséminés et irréguliers de fibres musculaires lisses. Sur la face interne de cette paroi on voit, en assez grand nombre, des enfoncements en doigt de gant, quelquefois assez profonds et ramifiés, tapissés par deux couches de cellules métatypiques, dont la forme rappelle un peu celle des cellules en raquette des couches profondes de la vessie. Ces cryptes d'aspect glandulaire, d'un type très aberrant, qui sont fréquentes d'ailleurs dans les kystes de l'ovaire, se rapprochent beaucoup des alvéoles cancéreuses situées beaucoup plus profondément dans l'épaisseur de la paroi. Mais dans les points examinés il n'y a nulle part de fusion ni de transition nette entre les deux sortes de production.

Les alvéoles elles-mêmes sont disposées, çà et là par groupes de cinq à sept au milieu même de la cloison kystique ; quelques groupes isolés sont rapprochés de la surface externe. Elles sont allongées dans le sens des fibres conjonctives qui les contiennent dans leur écartement. Au centre réunies, élargies, elles forment des loges visibles à l'œil nu. Le stroma est réduit à de fortes travées chargées de cellules et reliées par des trabécules secondaires minces et peu nombreuses. A l'œil nu aspect pultacé, forme encéphaloïde du cancer alvéolaire.

3^e coupe. Noyau cancéreux de la paroi kystique. On le voit très nettement prendre naissance dans le centre même de la paroi, où apparaissent une grande quantité d'alvéoles allongées

prenant très vite le caractère des lacunes de l'encéphaloïde, et former un bourgeon volumineux compris toujours dans une coque fibreuse qu'il s'est faite en refoulant le tissu conjonctif. Les cellules cancéreuses sont volumineuses, irrégulières, disposées en trainées ou en séries, leur noyau est très hypertrophié ; le stroma fibreux est peu vasculaire. Dans la partie interne de la coupe, celle qui répond à la cavité du kyste, on retrouve les mêmes cryptes que dans la deuxième coupe, tapissées d'épithélium métatypique et de cellules à gros noyaux. Là non plus elles ne sont pas en relation directe avec les points cancéreux.

OBS. CXLI. — *Kystes multiloculaires des ovaires. Généralisation. Productions secondaires dans l'estomac, le péritoine et la plèvre. Pleurésie hémorrhagique Mort. Autopsie*, par M. P. MENETRIER, interne des hôpitaux. Communication à la Société clinique de Paris, décembre 1885, in *France médicale*, 12-14 janvier 1886.

Les tumeurs kystiques des ovaires, exception faite des kystes dermoïdes et de quelques variétés rares, sont aujourd'hui, et depuis les travaux de Waldeyer, de Malassez, de Sinéty et de Quénu, regardées comme des épithéliomes d'une nature particulière, des cysto épithéliomes. Comme telles, elles possèdent, quoique fort atténué, le pronostic redoutable des néoplasmes épithéliaux, et si la plupart évoluent comme des lésions locales, ne retentissant guère sur le reste de l'organisme que par action purement mécanique, un certain nombre prouvent la malignité de leur nature par la tendance qu'elles présentent à se généraliser en envahissant des organes souvent fort distants de leur lieu d'origine.

On ne sait guère les conditions de cette marche progressive, et jusqu'à présent les caractères anatomiques des unes et des autres n'ont pas permis de reconnaître une différence de structure correspondant à la diversité d'évolution. En sorte que, pièces en main, après l'opération, on ne saurait prédire la marche ultérieure de la maladie. La généralisation, même effectuée, est bien souvent latente, et pourtant l'on conçoit de quelle importance

il serait, et pour le pronostic et pour le traitement, de la reconnaître de bonne heure. Parfois cependant une complication lointaine vient éclairer le diagnostic. Dans l'observation suivante, que nous avons recueillie l'an dernier dans le service de notre maître, M. Troisier, les caractères spéciaux que nous présenta le liquide d'un épanchement pleural, nous permirent de reconnaître l'extension à cette cavité d'un néoplasme des ovaires. Nous avons pu, d'ailleurs, vérifier microscopiquement la justesse de notre diagnostic et constater en même temps d'autres complications fort importantes qui étaient restées absolument latentes.

Il s'agit d'une femme de 56 ans entrée le 3 janvier 1884 à l'hôpital Tenon, salle Rayer, n° 7.

Cette femme, habituellement bien portante, se sent malade depuis un mois seulement : son ventre et ses jambes ont beaucoup enflé, elle est fort oppressée et se plaint d'une vive douleur au côté droit de la poitrine.

Quoiqu'elle soit assez grasse, on est tout d'abord frappé du volume anormal de son ventre, qui est saillant et globuleux. A travers la paroi abdominale épaisse et œdématiée, on sent une grosse masse arrondie qui remplit presque tout le bassin et remonte au-dessus de l'ombilic jusqu'aux limites de la région épigastrique. En bas, elle plonge dans l'excavation, en haut, on la distingue assez mal du foie, dont pourtant on croit sentir le bord inférieur à quatre doigts au-dessous des fausses côtes. Cette masse est résistante, élastique ; quoique difficile à bien limiter, elle paraît assez régulière. Elle ne donne pas de sensations nettes de flot ou de fluctuation. Toutes les régions qu'elle occupe sont mates à la percussion, il n'y a de sonorité qu'à la région épigastrique et à la partie tout à fait postérieure des flancs.

En déprimant, même légèrement, la paroi gauche de l'abdomen, on perçoit des frottements très nets et assez intenses ; en ce point la malade accuse des douleurs spontanées, lesquelles sont exagérées par la pression.

Au toucher vaginal, on trouve le col presque complètement effacé ; il est repoussé en avant et à droite ; tous les culs-de-sac

ont également plus ou moins disparu par effacement, et à gauche on a la sensation d'un plan résistant. A ce niveau, le doigt perçoit une propulsion légère, quand on frappe sur la paroi gauche de l'abdomen. Les membres inférieurs sont œdématisés, surtout le droit.

Ces divers signes nous font penser à une tumeur développée aux dépens des annexes de l'utérus, probablement du côté gauche, et avec ou sans participation de cet organe.

Mais en outre notre malade tousse et est très oppressée ; cette dyspnée est hors de rapport avec la gêne déterminée par l'augmentation de volume du ventre, et s'accompagne d'une vive douleur au côté droit de la poitrine.

Nous y trouvons en effet tous les signes d'un épanchement pleural considérable.

Nous notons enfin que si les fonctions digestives paraissent bien s'exercer, cependant depuis un mois l'appétit a notablement diminué, et la malade accuse même du dégoût pour certains aliments, notamment la viande et le café.

Malgré l'absence de fièvre (température 37°,5) cet épanchement ne nous parut pas tout d'abord lié à l'affection abdominale, et nous crûmes plutôt à une pleurésie développée indépendamment, sous l'influence d'un refroidissement que la malade nous raconta avoir éprouvé quelques jours auparavant. Quoi qu'il en soit et pour parer aux accidents les plus pressants, M. Troisier pratiqua le 8 janvier une ponction à la partie la plus déclive de la région de l'aisselle. On retira deux litres d'un liquide de couleur rouge jaunâtre, assez semblable comme teinte à la liqueur de Muller. Ce liquide renferme une quantité considérable d'albumine, pas de fibrine ; par le repos il laisse au fond du vase un dépôt abondant et qui se partage assez nettement en deux couches, une supérieure rouge, l'inférieure grisâtre.

Examiné au microscope, ce dépôt est formé d'éléments cellulaires qui sont : des globules rouges en grand nombre, des leucocytes, et une quantité considérable de cellules de volume variable, mais dont la plupart sont trois et quatre fois grosses

comme un globule blanc. Elles sont généralement arrondies, possèdent un gros noyau rond, entouré d'une mince couche de protoplasma souvent granuleuse. Quelques-unes renferment deux noyaux et affectent une forme de bissac, indiquant un commencement de segmentation ; d'autres remplies de granulations graisseuses sont en voie de désagrégation ; d'autres enfin sont comme hydropiques, leur noyau est refoulé à la périphérie, et le protoplasma forme une mince enveloppe à une cavité centrale pleine d'un liquide albumineux. Ce sont ces cellules qui constituent presque en totalité la couche grisâtre du dépôt. Elles paraissent de nature épithéliale, et se différencient facilement et des leucocytes, et des rares cellules endothéliales desquamées qui se rencontrent ordinairement dans les épanchements des séreuses.

Dès lors il est impossible de méconnaître la relation qui existe entre la tumeur abdominale et l'épanchement pleural. Les caractères du liquide, sa richesse en globules rouges, et surtout la présence de ces éléments cellulaires tout spéciaux, indiquent bien le développement au niveau de la plèvre d'un néoplasme probablement secondaire à l'altération des annexes de l'utérus.

Les jours suivants une amélioration temporaire succède à la ponction. Puis le liquide se reproduit rapidement ; l'appétit disparaît, les forces déclinent ; les douleurs abdominales deviennent plus vives et augmentent de jour en jour. Le 14 janvier la malade est prise de frissons, elle a dans la journée plusieurs vomissements alimentaires ; son ventre est tendu et très douloureux ; la dyspnée est intense, le pouls imperceptible. La mort survient le lendemain matin.

L'autopsie est pratiquée le 16 janvier, vingt-quatre heures après la mort.

A l'ouverture de la cavité abdominale on voit s'écouler une grande quantité de liquide ascitique, de couleur rougeâtre, semblable à celui retiré par la ponction et non purulent.

Immédiatement au-dessous de la paroi, mais ne lui adhérant pas, se trouve une masse volumineuse, qui s'étend depuis

pubis jusqu'au bord inférieur du foie, refoulant en arrière et sur les côtés le paquet intestinal. Cette masse paraît formée aux dépens de l'ovaire gauche, elle présente à sa partie inférieure un pédicule aplati qui se continue et se confond avec le ligament large du même côté. Un peu en avant se retrouve la trompe correspondante. La tumeur est de forme arrondie, d'un diamètre de 25 centimètres environ, sa surface est irrégulièrement bosselée, mais lisse, sans végétation. C'est une agglomération de kystes de tout volume. En coupe elle présente un aspect aréolaire, et apparaît constituée par un stroma généralement peu épais, ne formant en aucun point une tumeur distincte, et des cavités de dimensions extrêmement variables. Les plus grosses logeraient une tête de fœtus à terme ; leur paroi est blanche, fibreuse et donne insertion à des kystes plus petits, pédiculés, saillants dans la cavité, à parois minces et transparentes. Ces petits kystes renferment un liquide citrin, et quelquefois du sang. Dans les grands kystes, le liquide est généralement brun, couleur café, avec des grumeaux.

Outre cette tumeur principale, on en trouve en arrière une autre plus petite. Elles sont séparées par l'utérus qui n'est pas altéré. Cette seconde masse remplit presque toute la cavité du petit bassin. Elle est formée aux dépens de l'ovaire droit, et son pédicule se continue avec le ligament large de ce côté. La structure de cette seconde tumeur est semblable à celle de la première, seulement le stroma prédomine et les kystes sont moins volumineux.

Les parois de la cavité péritonéale sont partout tapissées de petites plaques blanchâtres disséminées irrégulièrement ; surtout confluentes au niveau de la face concave du diaphragme, au-dessus du foie, et dans la loge de la rate. Elles ne prédominent pas au point où pendant la vie se percevaient les frottements. Elles sont de petites dimensions, grandes comme une lentille, une pièce de cinquante centimes, et saillantes de quelques millimètres à peine. Par places, on trouve en outre de petits kystes pédiculés à parois transparentes et à contenu citrin, qui rappellent par leur aspect les petits kystes des tumeurs ovariennes.

Des produits semblables se rencontrent sur le mésentère, le grand épiploon qui est très épais à son bord libre, à la surface du foie, de la rate et de l'intestin. Sur ces derniers organes on peut constater que la lésion est purement péritonéale et ne dépasse pas les limites de la couche fibreuse sous-jacente à l'endothélium.

Mais dans l'estomac, on trouve au niveau de la petite courbure, près du pylore, une plaque dure occupant toute la paroi, de cinq centimètres de diamètre sur deux d'épaisseur, non ulcérée à sa surface interne, résistante à la coupe, de couleur blanc grisâtre et ne renfermant pas de cavités kystiques visibles à l'œil nu.

Le reste du tube digestif ne présente pas de lésions. Le foie est gras. Il ne renferme, non plus que la rate et les reins, aucun noyau secondaire.

Les uretères sont très légèrement dilatés par l'urine, mais les bassinets et les reins ne sont pas altérés.

La plèvre droite renferme environ trois litres de liquide rougeâtre semblable à celui retiré antérieurement par ponction. La plèvre pariétale présente en outre des lésions rappelant celles du péritoine; ainsi on trouve sur la face convexe du diaphragme quelques plaques blanches, légèrement saillantes, et un groupe de petits kystes du volume d'une noisette au nombre de cinq à six, pédiculés, à parois minces et transparentes. Sur la plèvre costale, à sa partie moyenne, autres plaques néoplasiques assez étendues, mais peu épaisses.

Le poumon droit est affaissé, refoulé en haut et en dedans, et vide d'air. Il renferme un petit noyau tuberculeux à sa partie moyenne. Il est relié à la paroi, à sa partie supérieure, par des tractus fibreux anciens.

Le poumon et la plèvre gauches sont sains. Le cœur, le péricarde, les centres nerveux ne présentent pas d'altérations.

Ainsi, outre la lésion pleurale reconnue pendant la vie, l'autopsie nous montrait des lésions péritonéales que nous pouvions tout au plus soupçonner en raison des frottements perçus à la palpation du ventre, et des douleurs abdominales ressenties par la malade.

Elle nous montrait aussi un cancer de l'estomac, qui certes, malgré les quelques troubles digestifs notés dans l'observation, était bien impossible à diagnostiquer sur le vivant.

Ces diverses lésions ont été soumises à l'examen microscopique, et tout d'abord nous avons voulu comparer les éléments cellulaires trouvés dans le liquide pleural, avec les éléments constitutifs des plaques néoplasiques de la plèvre ou du péritoine, et aussi avec l'épithélium de revêtement interne des kystes ovariens. Comme nous nous y attendions, nous avons reconnu que tous étaient de même nature, et que s'ils présentaient quelques différences, celles-ci étaient uniquement imputables à leurs sièges respectifs. En effet le raclage d'une plaque de la plèvre costale nous a fourni des cellules épithéliales petites, de 20 à 30 μ environ, possédant un gros noyau arrondi, fixant bien le carmin et entouré d'une mince zone de protoplasma coloré en jaune rougeâtre. Mais tandis que les cellules de l'épanchement, développées librement dans un liquide, présentent une forme parfaitement arrondie, celles-ci sont plus irrégulières, allongées, ovales, polygonales par pression réciproque.

De même, en grattant le paroi d'un kyste mince nous trouvons des éléments absolument identiques; et le liquide du même kyste laisse déposer des cellules rondes, sphériques, de tout point semblables à celles de l'épanchement pleural.

En sorte que par l'examen de ce liquide nous avons eu sous les yeux, et pendant la vie de la malade, comme un fragment dissocié du néoplasme.

Des coupes des divers organes altérés nous permettent de compléter l'étude de la maladie.

En examinant une portion de tumeur ovarienne choisie dans les parties les plus charnues, on trouve un stroma conjonctif d'épaisseur variable, et formé de faisceaux de fibres lamineuses assez lâchement disposées, d'apparence un peu granuleuse, avec un grand nombre de cellules embryonnaires dans leurs intervalles. Ce tissu est parsemé de cavités kystiques de tout volume. La plupart d'entre elles présentent un revêtement de petites cellules

polygonales, telles que nous les avons déjà décrites, et disposées sur deux ou trois rangs, en contact d'une part avec la paroi conjonctive et d'autre part avec le contenu de la cavité qui est le plus souvent un réticulum fibrineux à mailles fines, enserrant des groupes d'éléments épithéliaux semblables à ceux de la paroi, des leucocytes et parfois aussi des globules sanguins. Quelques cavités affectent la forme de fentes, sans paroi épithéliale; elles sont produites par simple écartement des faisceaux conjonctifs et renferment généralement du sang.

Dans aucune de ces cavités nous n'avons trouvé de bourgeonnements de la paroi, non plus que des formations tubulaires, comme W. Fox, et Waldeyer en ont décrits, et au développement desquels ces auteurs ont attribué la formation des kystes secondaires.

Mais par places, dans le tissu conjonctif du stroma, on voit de petits amas épithéliaux, ou à un degré de développement plus avancé, de tous petits kystes dont la cavité est presque entièrement remplie de ces cellules. Ce nous semble être là le début de la formation kystique. Celle-ci commence par un petit nodule épithélial, qui en s'accroissant se creuse d'une cavité, probablement par exsudation de liquide, cavité dans laquelle un certain nombre de cellules tombent et végètent, tandis qu'il n'en reste sur la paroi qu'une couche assez mince.

Quant à la surface externe de la tumeur, elle ne possède pas de revêtement épithélial continu, et le grattage fournit seulement des cellules plates peu abondantes.

Les plaques péritonéales et pleurales présentent une structure semblable à celle de la paroi interne des kystes ovariens. Elles sont formées d'amas de petites cellules épithéliales, disposées sur plusieurs couches, en lames peu épaisses. A la surface, elles sont libres, prolifèrent, et tombent dans la cavité. Dans la profondeur elles envahissent de proche en proche les tissus sous-jacents, où l'on trouve des trainées ou des nodules épithéliaux. Cet envahissement est surtout intéressant à suivre au niveau de la partie droite du diaphragme. Sa face péritonéale est en effet, comme nous

l'avons vu, recouverte d'un grand nombre de ces plaques néoplasiques. On en rencontre également sur sa face pleurale, et ces deux altérations sont reliées par des bandes de petites cellules, ou des nodules disséminés, situés dans les espaces conjonctifs qui séparent les fibres musculaires. Ils indiquent ainsi le passage de la lésion d'une séreuse à l'autre.

Il est remarquable de voir comme, partout où il se développe, le néoplasme tend à reproduire sa forme primitive ; de places en places en effet, au milieu des amas épithéliaux ou dans les tissus voisins, on voit de petites cavités kystiques ; ou encore des kystes plus volumineux font saillie à la surface des séreuses, en tout point semblables à ceux des ovaires et formés comme eux d'une paroi conjonctive avec un revêtement épithélial interne.

Il nous reste à parler de l'altération gastrique. En suivant la lésion de sa périphérie vers son centre, on remarque que l'altération se montre d'abord dans la tunique séreuse de l'organe, la musculieuse et la muqueuse restant intactes. Puis la musculieuse est envahie, et enfin la muqueuse. Alors toutes les tuniques sont infiltrées d'éléments épithéliaux, les glandes disparaissent complètement ; les fibres musculaires résistent plus longtemps, elles sont dissociées par d'épaisses bandes conjonctives, dans lesquelles se rencontrent des formations kystiques en grand nombre mais fort petites. Particularité remarquable, un certain nombre de ces kystes, mais non tous, sont tapissés par un épithélium nettement cylindrique, à une seule couche, tandis que leur cavité est ou vide, ou remplie par des amas de petites cellules polygonales. Ce fait n'est du reste pas spécial à l'estomac, car on retrouve dans les parties altérées du diaphragme quelques petits kystes à épithélium cylindrique ; mais nous n'en avons pas rencontré dans les tumeurs ovariennes. Il se présente donc là un dimorphisme très net de cet épithéliome, assez compréhensible d'ailleurs, si l'on songe que l'ovaire, point de départ de la néoplasie possède des épithéliums de deux types : à sa surface un épithélium cylindrique et dans les vésicules de de Graef des épithéliums polyédriques.

L'étude de ces lésions nous permet de comprendre la marche de l'altération, et son mode de propagation. Que l'un des kystes des tumeurs ovariques se rompe, et la minceur de paroi d'un grand nombre d'entre eux rend cette hypothèse fort plausible, le liquide contenu et les éléments cellulaires qu'il renferme en suspension sont répandus dans la cavité péritonéale. Ces cellules sont vivantes, les phénomènes de multiplication du noyau et de segmentation qu'elles nous ont présentés le prouvent bien; elles vont alors se greffer sur la paroi et former ces plaques néoplasiques, qui, fournissant elles-mêmes de nouveaux éléments infectants, arriveront à recouvrir toute la surface du péritoine. D'autre part, une fois implantées en un point, elles pénètrent peu à peu dans la profondeur; sur l'estomac elles envahissent de proche en proche toutes les tuniques jusqu'à la muqueuse; au niveau du diaphragme elles suivent les interstices conjonctifs, et probablement les espaces lymphatiques pour atteindre la plèvre, puis végètent dans sa cavité, s'y sèment de nouveau et vont s'implanter en divers points de sa paroi. On conçoit ainsi comment une lésion primitivement locale a pu se propager par greffes successives, et envahir enfin des organes aussi éloignés de son point de départ, se conduisant à la manière des parasites végétaux; mais ici, le parasite est un élément constituant de l'organisme une cellule épithéliale, douée, on ne sait pourquoi, de véritables propriétés infectantes.

OBS. CXLII. — *Hôpital Bichat. Service de M. TERRIER. — Epithélioma kystique non végétant de l'ovaire droit. Généralisation péritonéale et pleurale. Incision exploratrice. Mort. Autopsie. (Observation personnelle, inédite.)*

La nommée Thévenin, Artémise, âgée de 36 ans, journalière, entre le 12 mars 1885, salle Chassaing, lit n° 2. Hôpital Bichat. Service de M. Terrier.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. Nuls. Mère morte du choléra en Afrique en 1850. Père encore vivant. Bien portant.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Régée à 17 ans. Mariée à 19 ans, devient enceinte immédiatement après. Six grossesses. Quatre accouchements à terme ; deux fausses couches, la première en 1871 dans le cours d'une fièvre typhoïde, la dernière il y a 22 mois.

Depuis janvier 1885, l'abdomen commence à grossir régulièrement, sans douleur. Jamais de métrorrhagie en dehors des fausses couches. Naturellement maigre. Amaigrissement a cependant augmenté sensiblement depuis janvier 1885.

Entrée le 12 mars 1885 à l'hôpital Bichat, elle est ponctionnée le 15 mai. On retire 7 litres de liquide citrin ascitique. Après la ponction on sent dans l'abdomen une masse dure du volume du poing adhérente dans la fosse iliaque gauche. Depuis lors fréquemment la température axillaire de la malade monte le soir à 38° et reste toujours un peu plus élevée que normalement. Le liquide se reproduit peu à peu et le 25 avril on pratique une 2^e ponction qui donne issue à 5 litres de liquide citrin. Enfin le 19 mai on procède à l'opération.

ÉTAT ACTUEL. — La mensuration de l'abdomen donne pour la circonférence du ventre prise au niveau de l'ombilic 97 cent. pour la distance de l'ombilic à l'appendice xyphoïde 2) c. De l'ombilic au pubis 22 c., de l'ombilic à l'épine iliaque antéro supérieure droite 25 c., de l'ombilic à l'épine iliaque antérosupérieure gauche 27 c.

Le ventre est souple partout, l'ombilic est un peu déplissé.

La paroi abdominale présente quelques veines anormalement dilatées. Elle est un peu œdématiée ainsi que la vulve.

A la percussion on trouve de la sonorité de l'appendice xyphoïde moitié de la distance qui sépare cet appendice de l'ombilic. La à la matité remonte jusqu'aux hypochondres et sur la ligne médiane dépasse un peu l'ombilic. En déprimant un peu la paroi abdominale on constate la présence dans la partie inférieure de l'abdomen de masses dures, surtout dans la fosse iliaque gauche. Au toucher vaginal, on trouve l'utérus abaissé, immobilisé. Les culs de sac latéraux et le cul de sac postérieur sont occupés par la

néoformation. En présence des adhérences de la tumeur aux parties voisines, de l'ascite et de la température toujours un peu élevée de la malade, il semble probable qu'il n'y aura lieu de faire qu'une simple incision exploratrice.

OPÉRATION LE 19 MAI par M. Terrier assisté de MM. Just Championnière et Périer. Anesthésie par M. Paul Berger. Un peu d'excitation pendant l'anesthésie.

Incision sur la ligne médiane, sous ombilicale. Evacuation du liquide ascitique. Le péritoine est parsemé de granulations néoplasiques. La tumeur adhère de toutes parts au rectum et au petit bassin ainsi qu'à l'utérus. L'abdomen est refermé sans qu'on ait pu rien enlever. La suture est faite à l'aide de fils d'argent ; 8 fils profonds et 2 points superficiels.

L'opération a duré en tout 17 minutes.

Le soir la température était à 38°. Le pouls battait 110 fois par minute. L'opérée respirait 24 fois par minute.

Le 20 mai la malade urine seule et rend des gaz par l'anus.

Le soir la température est à 40°. Pouls 106 R. 22. On lui a fait 2 piqûres de morphine.

Le 21. Température est à 38°. Urine 500 gr. en 24 heures.

Le 22 et le 23 la température se maintient toujours au-dessus de 38°.

Le 24. Premier pansément. Ablation de 4 fils profonds et 2 superficiels.

Le soir on transporte la malade de la salle d'isolement dans la salle commune. La température est à 39°.

Le 26. Première selle, après un lavement.

Le 28. On prescrit à l'opérée 1 gramme de sulfate de quinine.

Le 30. Un vomissement dans la nuit, cependant il n'y a pas de douleurs abdominales. Potion de Rivière.

Le 31. Encore un vomissement. Faciès péritonique s'accuse de plus en plus.

1^{er} juin. Température matin 39°4, soir 40. On supprime l'alcool et le champagne.

2 juin. Température matin 38-8, soir 40-4. Peau algide, a perdu toute élasticité. Œdème de la jambe gauche.

3 juin. La malade meurt à 2 heures après midi.

AUTOPSIE le 4 juin à 4 h. du soir. 26 heures après la mort, décomposition déjà assez avancée.

Péritonite adhésive généralisée avec petits épanchements séro-purulents enkystés. Epanchement assez considérable entre la face convexe du lobe droit du foie et le diaphragme. En ce point, attenant à la face concave du diaphragme et plus loin à la face antérieure du rein droit, il existe une plaque néoplasique de l'épaisseur et du diamètre d'une pièce de cinq francs en argent.

Le grand épiploon est ratatiné et constitue une masse indurée de dix centimètres de long environ reliant la grande courbure de l'estomac au colon transverse. Sur celui-ci quelques noyaux cancéreux.

Foie volumineux, légèrement gras, pesant 1750 grammes. Aucun néoplasme à sa surface ni dans son épaisseur.

Rein droit sain, rein gauche en dégénérescence kystique assez avancée. (L'urine analysée fréquemment contenait toujours des traces d'albumine).

Dans le petit bassin on trouve la tumeur ovarique diagnostiquée ; c'est une masse polykystique comprenant plusieurs poches dont deux, de dimensions plus grandes que celles des autres ont environ le volume du poing d'un adulte. La masse polykystique en totalité pèse 950 grammes ; elle adhère entièrement à l'S iliaque et au rectum ainsi qu'à l'utérus et au petit bassin. L'utérus relié à la tumeur par ses faces postérieure et latérales est normal comme dimensions. Sur la tumeur ovarique on reconnaît des vestiges de l'ovaire gauche en dégénérescence kystique peu avancée. Les deux trompes se distinguent assez bien, étalées à la surface de la masse polykystique. Celle-ci paraît constituée par l'ovaire droit dégénéré. Un semis de granulations cancéreuses s'observe sur le péritoine du cul-de-sac vésico-utérin. Nulle part on ne constate de végétations issues directement de la tumeur ovarique primitive et pouvant être considérée comme le point de départ de la généralisation. La vessie est saine.

Les deux plèvres contiennent une petite quantité de liquide

sanguinolent. Sur les deux plèvres diaphragmatiques on trouve plusieurs petits noyaux cancéreux. Les poumons sont absolument sains. Il existe quelques volumineux ganglions péri-trachéo-bronchiques.

Rien à noter dans le péricarde. Le cœur est sain.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — Divers fragments du *kyste ovarique* ont été examinés par nous après durcissement par l'acide picrique la gomme et l'alcool et coloration au picrocarminate.

Le kyste est constitué par une grande cavité dont les parois solides présentent elles-mêmes dans leur épaisseur de petites cavités kystiques visibles pour la plupart à l'œil nu.

C'est de l'épithélioma kystique : les cavités kystiques irrégulières sont tapissées d'un épithélium cylindrique proliféré dépourvu de cils vibratiles. Elles contiennent dans leur intérieur de la matière granuleuse, provenant des cellules dégénérées, des globules graisseux très fins et des cellules en dégénérescence colloïde.

Dans le stroma conjonctif interposé aux cavités kystiques on trouve la coupe de bourgeons épithéliaux composés de cellules irrégulières. Quelques-unes de ces cellules sont en dégénérescence graisseuse, d'autres plus rares en dégénérescence colloïde. On reconnaît sur les coupes de ces bourgeons la disposition des cellules les plus externes en revêtement régulier.

La *tumeur épiploïque* présente aussi la structure de l'épithélioma kystique. On y rencontre des bourgeons épithéliaux à cellules très irrégulières, des cavités kystiques très anfractueuses. On retrouve sur plusieurs points un revêtement épithélial régulier. Quelques globes colloïdes sont épars dans la préparation. Le tissu conjonctif intermédiaire aux bourgeons épithéliaux et aux cavités kystiques est la plupart du temps adulte, plus jeune dans quelques points. Par endroits on y trouve en grande abondance des vaisseaux et du tissu adipeux.

Sur la *plèvre diaphragmatique* existent des plaques saillantes constituées par des tumeurs assez nettement limitées par un épaissement du tissu conjonctif pleural qui leur forme comme

une coque. Chacune de ces tumeurs est composée toute entière de plusieurs cavités kystiques irrégulières et anfractueuses qui résultent de la confluence de nombreux petits kystes. Ce processus de confluence est démontré vrai par l'existence de nombreuses cloisons incomplètes dans lesquelles le tissu conjonctif à l'air comme étouffé en présence de la prolifération épithéliale. Dans ces petits kystes comme dans la tumeur épiploïque les cellules épithéliales sont volumineuses et forment plusieurs couches. Dans la plus profonde elles ont une forme à peu près cylindrique et sont disposées en revêtement régulier sur la paroi conjonctive. Dans les couches suivantes elles sont très irrégulières comme forme et comme dimension, et elles entrent en voie de dégénérescence graisseuse ou colloïde suivant les points considérés.

La plaque cancéreuse développée sur la face concave du diaphragme et sur la face antérieure du rein droit est également constituée d'épithélioma kystique. Dans cette tumeur les bourgeons kystiques sont très petits et toujours très irréguliers. Les cellules épithéliales ont toujours les mêmes caractères que dans les autres tumeurs secondaires.

Sur le *colon transverse* les noyaux cancéreux observés siègent dans le tissu sous-péritonéal et sont constitués par des bourgeons épithéliaux non kystiques. L'épithélium est irrégulier et analogue à celui des autres tumeurs.

Un *ganglion péritrachéal* a été examiné. Dans toutes les coupes considérées on ne trouve plus trace de la structure normale. On voit au contraire sur toute la coupe des cavités kystiques irrégulières séparées par des cloisons conjonctives très minces et plus ou moins remplies de grosses cellules épithéliales irrégulières souvent en dégénérescence colloïde plutôt plus marquée ici qu'ailleurs.

RÉFLEXIONS — Cette observation nous a paru intéressante à plusieurs points de vue. Cliniquement l'amaigrissement rapide de la malade, la marche de sa température

qui se maintenait presque constamment le soir au-dessus de 38°, le développement rapide de la tumeur, son adhérence aux parties voisines, l'existence d'ascite, tous ces symptômes réunis avaient permis de soupçonner la nature maligne de la tumeur et la généralisation aux autres organes abdominaux.

L'étude anatomopathologique de ce cas est non moins intéressante. L'épithélioma kystique cylindrique de l'ovaire s'est généralisé à tout le péritoine pariétal et viscéral avec les mêmes caractères. Il a aussi envahi la plèvre diaphragmatique, mais la plèvre d'apragmatique seule (point important pour élucider le mode de propagation de l'épithélioma du péritoine à la plèvre), enfin nous avons retrouvé l'épithélioma jusque dans les ganglions périœsophagiens.

Histologiquement il existait dans ce cas de l'épithélioma kystique caractérisé par sa tendance à envoyer en tous sens des bourgeons irréguliers, le plus souvent pleins, par la prolifération abondante des cellules épithéliales, qui forment bien dans les kystes secondaires un revêtement externe, mais qui affectent dans les couches plus internes un polymorphisme remarquable, portant sur leur volume et leur forme. Finalement ces cellules tombent en dégénérescence granulo-graisseuse ou colloïde.

En résumé le bourgeonnement actif de toutes ces tumeurs et le polymorphisme des cellules épithéliales expliquent la généralisation de la tumeur primitive et le développement rapide des tumeurs secondaires. La dégénérescence colloïde peu marquée des cellules et du stroma ne nous semblent jouer ici qu'un rôle accessoire.

OBS. CXLIII. — *Hopital Bichat. Service de M. TERRIER. (Observation personnelle inédite).*

Epithélioma kystique de l'ovaire. Généralisation. Ovariectomie. Phlegmatia alba dolens. Embolie pulmonaire. Mort.

La nommée Armandot, Elise, veuve Danlos, âgée de 50 ans, marchande de journaux, entre le 20 mai 1885 à l'hôpital Bichat, dans le service de M. Terrier, salle Chassaignac, lit n° 2.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Père et mère morts jeunes. Le père d'une fluxion de poitrine, la mère d'une maladie de poitrine ayant duré deux ou trois mois (tuberculose?)

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Réglée à 15 ans 1/2. Toujours bien réglée depuis lors jusque vers 1882. A cette époque la menstruation devint irrégulière et la ménopause survint en 1884. Trois grossesses : la première à l'âge de 20 ans, la seconde à 26 ans et la troisième à 35 ans. Jamais de fausse couche ni de métrorrhagie. Une poussée d'ictère il y a 6 ans. La teinte jaune des téguments a persisté environ un mois. Jamais d'autre maladie.

En août 1884, presque au moment de la ménopause la malade commence à s'apercevoir que son ventre grossit. Le développement de l'abdomen, d'abord graduel et lent jusqu'en mars 1885, est devenu beaucoup plus rapide depuis lors.

Entrée à l'hôpital Saint-Antoine le 7 mai 1885 dans le service de M. Périer, elle est ponctionnée le 12 mai. La ponction donne issue à 7 litres 3/4 de liquide citrin, clair et limpide. Ne pouvant l'opérer à Saint-Antoine, M. Périer fait entrer cette femme à l'hôpital Bichat le 20 mai.

Constipation habituelle. Miction normale ; jamais d'œdème des membres inférieurs.

Ponction le 9 juillet. 7 litres de liquide ascitique sanguinolent. La palpation abdominale pratiquée après la ponction fait reconnaître l'existence de masses dures, bosselées dans l'hypogastre. Au niveau de l'épigastre on sent une bande indurée et mate, de la largeur de la main, légèrement oblique de gauche à droite et de haut en bas. Cette plaque, qui est peut-être constituée par l'épi-

ploon induré, semble adhérer à la paroi abdominale. Matité dans les régions ombilicale et hypogastrique. Sonorité dans les flancs et dans les deux hypochondres. Développement légèrement exagéré des veines de la paroi. Etat général très satisfaisant. Embompoint notable. Depuis un mois environ la malade tousse beaucoup. A la pression du thorax on trouve de la matité en arrière et à gauche, surtout à la base; ni souffle ni râles. Ni sucre ni albumine dans les urines. La mensuration de l'abdomen donne pour la circonférence abdominale prise au niveau de l'ombilic 105 centimètres. Distance de l'ombilic à l'appendice xyphoïde du sternum 26 centimètres, au pubis 15 centimètres, à l'épine iliaque antéro-supérieure droite 24, à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche 25 centimètres.

OPÉRATION le 21 juillet par M. Périer, assisté de MM. Terrier et Just Championnière. L'anesthésie présente quelque difficulté. La malade asphyxie par intervalles et présente des irrégularités du pouls. L'anesthésie ne peut que difficilement être poussée jusqu'à résolution complète. Incision médiane, sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine, jet de liquide ascitique sanguinolent. Le péritoine épaissi présente une plaque indurée sur la ligne médiane. Cette plaque est traversée par la partie inférieure de l'incision.

Sur la surface du péritoine et des intestins on constate de nombreuses granulations papillomateuses. Le petit bassin est occupé par une masse polykystique. On agrandit alors l'incision de la paroi abdominale jusqu'à la plaque indurée que l'on sentait à travers la paroi, c'est bien l'épiploön induré, ratatiné et adhérent. Dans le bassin il existe deux masses kystiques; l'une, à peu près médiane, déborde un peu à droite la ligne blanche; l'autre occupe la fosse iliaque gauche. Toutes deux, du volume du poing environ, présentent à leur face externe des végétations nombreuses; toutes deux sont implantées sur la même masse solide, papillomateuse, fixée dans le petit bassin et adhérente à la corne gauche de l'utérus. Après ponction et évacuation de leur contenu, les deux kystes adhérents ensemble sont enlevés. La

cavité de gauche est légèrement pincée dans le pédicule formé à ses dépens et se trouve ouverte par la section opératoire. Suture de la paroi avec 9 fils d'argent profonds et 5 fils superficiels. Pansement de Lister. Durée de l'opération 40 minutes. Les kystes sont portés au laboratoire d'histologie du collège de France et classés série G, pièce n° 63.

Le soir, la température est à 38° 5, la respiration 36, le pouls 98, une piqûre de morphine pour la nuit.

Le 22 juillet. — L'opérée se trouve bien, la face est encore un peu cyanosée, marbrée. Légère douleur dans le ventre.

Température 38° 2. Pouls 100. Respiration 34.

Le soir, la malade a rendu des gaz par l'anus, elle a uriné 1,400 grammes d'urine en 24 heures. On lui a fait dans la journée deux injections de morphine d'une demi-seringue.

Température 38° 8. P. 104. R., 46.

Le 23 juillet. — La malade a uriné seule. 500 grammes d'urine en 24 heures. Température matin, 38 P., 98. R., 37.

Le soir, l'opérée est toujours un peu oppressée. Température, 38° 2, P., 108., R., 36.

24 juillet. — Température matin, 38, soir, 38, 8. P. 10.8 R. 30. On transporte le malade de la salle d'isolement dans la salle commune. Elle souffre très légèrement du ventre et se plaint par moments d'accès d'oppression. Quelques douleurs dans le bras et la jambe gauche.

25 juillet. T. matin, 38° 4. Soir, 38° 8. L'opérée se plaint beaucoup d'une douleur sur le trajet des vaisseaux du membre supérieur gauche, presque dans l'aisselle. Un peu d'œdème de l'avant-bras et de la face dorsale de la main gauche. La cuisse gauche est également le siège de douleurs et d'œdème à sa racine (Phlegmatia alba olens).

26 juillet. T. matin, 38°. Soir, 38°. Comme d'habitude la malade est assez bien dans la journée et le soir elle éprouve un peu de dyspnée.

27 juillet. Hier soir à 11 heures, la malade a été prise brusquement d'un accès d'oppression intense, sensation d'étouffement

avec douleur précordiale et est morte en une dizaine de minutes environ.

AUTOPSIE le 28 juillet à 11 h. du matin. Réunion complète des deux lèvres de l'incision abdominale. Cancer généralisé péritonéal et intestinal; semis de granulations sur les intestins, papillomes sur la paroi. Tous les ganglions mésentériques sont pris. Epiploon ratatiné, induré et légèrement adhérent à la paroi. Masse cancéreuse à droite de l'utérus. Pédicule opératoire à gauche en parfait état (fil bien serré, aucun suintement). L'utérus est absolument normal. Le péritoine qui le recouvre est parsemé de granulations néoplasiques.

Dans la *plèvre gauche* il existe un épanchement séro-sanguinolent très-abondant. Un petit noyau cancéreux sur la plèvre costale et plusieurs noyaux sur la plèvre diaphragmatique notablement épaissie. La plèvre droite est saine. Le poumon gauche est revenu sur lui-même. Le poumon droit de volume normal et d'apparence saine est légèrement congestionné à sa base.

Dans le tronc même de l'artère pulmonaire existe un gros embolus de 1 centimètre de diamètre environ sur 2 c. 1/2 de longueur. Cet embolus, qui oblitère complètement le tronc de l'artère pulmonaire, vient buter sur l'éperon résultant de la bifurcation de cette artère. Son point de départ est dans la veine fémorale gauche, juste au niveau de l'arcade de Fallope. Au delà de ce point, la veine fémorale est complètement oblitérée par des caillots. A l'embolus, qui s'adapte parfaitement au caillot demeuré en place dans la veine, sont adhérentes de petites ramifications qui occupaient des veinules afférentes. Rien dans le système veineux du membre inférieur droit.

EXAMEN ANATOMIQUE. — La pièce provenant de l'opération du 21 juillet se compose de deux poches kystiques attenant l'une à l'autre et ayant l'une et l'autre le volume d'une grosse orange. La paroi externe de ces deux kystes est parsemée de végétations papillaires et en trois points elle est amincie et distendue par trois petits kystes du volume d'une noisette à contenu citrin visqueux. La cavité des deux kystes principaux est lisse dans sa plus grande

partie et présente dans d'autres points des végétations papillaires. Les parois des cavités sont d'épaisseur variable, plus épaisses au niveau de la juxtaposition des deux poches kystiques, et dans les points où elles contiennent de petits kystes. Quelques-uns de ces kystes secondaires contiennent eux-mêmes dans leur intérieur des végétations visibles à l'œil nu.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — Des fragments du kyste ont été placés dans l'alcool au tiers pour être ensuite dissociés ; d'autres ont été durcis par l'alcool, l'acide picrique, la gomme et l'alcool.

Le raclage de la pièce, après séjour de 24 heures dans l'alcool 1/3, montre dans le revêtement des cavités kystiques deux espèces de cellules : les unes sont des cellules cylindriques longues sans cils vibratiles, amincies au niveau de leur insertion, contenant un noyau allongé suivant le grand axe de la cellule. Ce noyau contient un, deux ou trois nucléoles réfringents fortement colorés. Les autres sont des cellules cylindriques basses, à gros noyau ovalaire, à un ou plusieurs nucléoles. Ces dernières cellules sont beaucoup moins abondantes que les précédentes. Il est fort probable qu'elles se trouvent situées dans l'intervalle laissé entre les pieds amincis des cellules précédentes. Cette disposition se voit d'ailleurs facilement sur les coupes. La face péritonéale de la tumeur est tapissée de cellules épithéliales plates, granuleuses, à un noyau contenant, dans certaines cellules, un ou plusieurs nucléoles.

Des coupes minces de la tumeur ovarique examinées après coloration par le picrocarminate et montage dans la glycérine, montrent qu'il s'agit d'un épithélioma kystique à cellules cylindriques dépourvues de cils vibratiles. Les kystes, de dimension variable, sont remplis plus ou moins par des végétations à charpente conjonctive se continuant avec la paroi externe des cavités kystiques, et recouvertes d'un épithélium cylindrique régulier, continu avec celui des kystes et de même nature que celui-ci.

Dans un certain nombre de cellules du revêtement épithélial on constate la présence de boules hyalines probablement constituées par de la matière colloïde. La charpente de la tumeur ovarique

dans son ensemble est constituée de tissu conjonctif presque partout fibreux, embryonnaire en certains points et riche en vaisseaux sanguins. En certains points les cellules épithéliales, au lieu d'être groupées de façon à simuler des tubes glandulaires creux ou pleins, infiltrent le tissu conjonctif et sont disposés en série entre les faisceaux de ce tissu; ce qui donne au point considéré l'aspect du carcinôme.

Le noyau néoplasique de la plèvre costale est composé en majeure partie de cellules embryonnaires. La masse ainsi formée est sillonnée par quelques bourgeons épithéliaux.

Le noyau de la plèvre diaphragmatique est plus volumineux et probablement plus ancien. Il est composé de tissu conjonctif plus âgé, fibreux presque partout, embryonnaire seulement en quelques rares points. Dans ce tissu conjonctif se trouvent des bourgeons épithéliaux pleins et déjà en quelques points de petits kystes très nets. En d'autres points, au voisinage des bourgeons épithéliaux, on trouve entre les faisceaux conjonctifs des cellules épithéliales isolées ou groupées par deux ou trois, infiltrées entre les faisceaux conjonctifs et ne formant pas de bourgeons. C'est le seul point où nous ayons trouvé une dégénérescence carcinoïde de la paroi d'une des tumeurs secondaires.

La tumeur du grand épiploon, manifestement de date plus ancienne, est aussi constituée par de l'épithélioma kystique avec stroma conjonctif fibreux. Les cavités kystiques y sont très nombreuses.

RÉFLEXIONS. — Cette observation nous a paru intéressante à plusieurs points de vue. La tumeur ovarique s'est développée rapidement au moment de la ménopause. L'ascite d'abord citrine, puis sanguinolente à la deuxième ponction, est symptomatique de l'envahissement du péritoine. L'extension de l'épithélioma à la plèvre gauche y a déterminé un épanchement manifestement hémorrha-

gique. Enfin la mort subite de la malade par embolie pulmonaire dans le cours d'une phlegmatia suffirait pour rendre cette observation digne d'être notée.

Anatomiquement nous trouvons ici, comme dans la précédente observation, une tumeur relativement peu volumineuse, polykystique, dont les plus grosses ont le volume du poing. La paroi externe de la tumeur ovarique est tapissée de végétations. Cette tendance végétante intense se retrouve à l'intérieur des kystes de petite dimension que l'on observe en grand nombre dans la partie solide de la tumeur. Cette dernière est constituée en somme par de l'épithéliaux kystique à cellules cylindriques dépourvues de cils vibratiles. Cette structure se retrouve dans les tumeurs secondaires.

Dans la tumeur primitive l'épithélium est très végétant. Dans les bourgeons l'épithélium est régulier et disposé en revêtement. Enfin en certains points, à côté de bourgeons épithéliaux pleins, s'observent de nombreuses cellules groupées sans ordre apparent ou disposées en séries entre les faisceaux du tissu conjonctif. D'où l'aspect carcinoïde de ces points de la tumeur. Dans les tumeurs secondaires l'épithélium est moins régulier, prolifère davantage et dégénère plus rapidement. L'aspect carcinoïde du tissu ne s'observe qu'en un seul point.

En résumé la tumeur primitive de nature épithéliale comprenant des portions d'aspect carcinoïde a donné naissance à des tumeurs secondaires les unes franchement adénoïdes, les autres partiellement carcinoïdes.

OBS. CXLIV. — Hôpital Bichat. Service de M. TERRIER.

Observation personnelle inédite.

Epithélioma kystique végétant de l'ovaire. Généralisation.

Mort. — La nommée Méconi, Mariette, âgée de 29 ans, artiste lyrique, entre le 28 avril 1885, salle Chassaignac, lit n° 16. Hôpital Bichat. Service de M. Terrier.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Mère morte d'une péritonite à l'âge de 36 ans. Père mort à l'âge de 55 ans, la malade ne sait de quoi.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Réglée à 14 ans. Toujours mal réglée. Écoulement menstruel tous les quinze jours en moyenne ; pertes blanches dans l'intervalle. Très nerveuse d'ordinaire, cette femme a eu plusieurs fois des attaques de nerfs. En 1878-79 elle a été soignée par M. Brouardel qui la traita par le bromure et l'hydrothérapie. La menstruation est normale depuis ce moment. Les règles abondantes, foncées, durent quatre ou cinq jours en moyenne.

Depuis l'âge de 21 ans (1877) la malade prétend sentir une petite bosse à droite du bas-ventre. Depuis 2 ans 1/2 (1883) l'abdomen grossit. L'augmentation de volume, lente et régulière d'abord, s'est effectuée rapidement et brusquement depuis un mois. Le ventre, très douloureux à droite il y a cinq ans, est d'ordinaire peu sensible et le siège d'un malaise indéfinissable (impatiences, etc.) La constipation est habituelle, la miction se fait facilement ; mais depuis quelque temps (un peu plus d'un mois) l'amaigrissement a été considérable.

Ponction le 4 mai avec l'aspirateur Potain, donne issue à 7 litres de liquide sanguinolent. Par le refroidissement et au repos ce liquide laisse déposer une couche de globules blancs, une couche de globules rouges, à la surface nagent de petites paillettes de cholestérine. L'examen histologique du dépôt n'a pas été fait. Après la ponction on sent dans la fosse iliaque droite des masses dures, bosselées, inégales : ce sont vraisemblablement des masses polykystiques.

Les règles réapparaissent le 6 mai et persistent encore légèrement le 12 mai.

ÉTAT ACTUEL. — (12 mai). La mensuration de l'abdomen donne pour la circonférence abdominale prise au niveau de l'ombilic 87 centimètres. Distance de l'ombilic à l'appendice xyphoïde du sternum 16 c., au pubis 21 c., à l'épine iliaque antéro-supérieure droite 21 c., à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche 23 c.

L'abdomen est légèrement asymétrique, un peu plus développé vers la droite; il est souple. L'ombilic est déplié. La percussion fait reconnaître l'existence de sonorité sur la ligne médiane de l'appendice xyphoïde à moitié de sa distance à l'ombilic et dans les deux hypochondres. Matité dans tout le reste de l'abdomen. A la palpation sensation de flot très nette dans presque toute la zone de matité. Masses dures dans la fosse iliaque droite et immédiatement au-dessus du pubis à droite (utérus?). Le toucher utérin montre que l'utérus est petit, situé derrière le pubis. Tout le cul de sac postérieur est occupé par la tumeur. L'auscultation du thorax fait reconnaître l'existence de frissements secs pleuraux à la base du poumon droit en arrière jusqu'à moitié de la hauteur. Le sommet droit est suspect: quelques craquements secs en avant sous la clavicule.

OPÉRATION LE 12 MAI par M. Périer, assisté de MM. Terrier et Just Championnière. Anesthésie par M. Paul Berger. Un peu d'asphyxie pendant l'anesthésie.

Incision médiane sous ombilicale. A l'ouverture du péritoine, écoulement assez abondant de liquide ascitique. Végétations néoplasiques papilliformes sur toute la paroi abdominale. Il existe un kyste ovarique occupant tout le petit bassin et adhérent à tous les organes voisins. L'épiploon ratatiné forme une masse parfaitement isolable du volume d'un œuf de poule. On le résèque après avoir lié son pédicule avec un fort fil de soie. La suture de la paroi est faite avec 11 fils profonds et 4 superficiels. L'opération a duré en tout 25 minutes.

Le fragment d'épiploon réséqué est porté immédiatement au

laboratoire d'histologie du collège de France et classé sous le numéro 47, série G. (Les coupes ultérieures ont démontré qu'il s'agissait là d'un épithélioma kystique prolifère avec végétations intrakystiques très abondantes.

Le 12 mai au soir la température est à 38°. Le poulx bat 108 fois par minute et la respiration s'effectue 24 fois.

Deux vomissements aqueux depuis l'opération.

13 mai. Trois vomissements jaunâtres, aqueux ; aucune douleur dans le ventre. Urine 500 gr. en 24 heures.

17 matin. Ablation de moitié des sutures, premier pansement. On reporte la malade dans la salle commune. Elle tousse quelque peu et se plaint d'oppression.

18 mai. La malade va à la selle avec un lavement. La température monte le soir à 40°.

20 mai. 2^e pansement, Ablation des cinq derniers fils, réunion parfaite. On prescrit un gramme de sulfate de quinine.

28 mai. L'opérée se remonte un peu. La température oscille toujours entre 38° et 40°, Sauf le matin du 24 et du 25 où le thermomètre a marqué 37°6.

30 mai. Amaigrissement persiste, la malade se plaint inconsciemment pendant son sommeil et trouble le repos des autres malades. Un vomissement.

2 juin. Encore un vomissement. Le ventre est presque aussi volumineux qu'avant l'opération. Commencement d'eschare au sacrum et aux trochanters. Tood. extrait quinquina, champagne.

8 juin. Diarrhée persistante depuis le 6. Vomissement le matin. Cicatrice abdominale s'amincit sensiblement, surtout à sa partie supérieure. Glace. Lait. Bismuth. Poudre de viande.

16 juin. Hier soir la cicatrice distendue, réduite à une mince pellicule épidermique s'est rompue à la partie supérieure et le liquide ascitique contenu dans le ventre s'est écoulé toute la nuit, malgré l'application de collodion et de ouate sur l'ouverture.

17 juin. Le suintement par la plaie abdominale semble arrêté. La diarrhée a cessé presque complètement. La température se maintient entre 37 et 38°6. Pansement antiseptique sur l'abdomen.

28 juin Ce matin grand frisson. Température 40°4. La diarrhée a repris depuis une huitaine de jours. L'état général baisse sensiblement. Les membres inférieurs s'œdématisent.

Soir 38°9, un peu de subdelirium.

29 juin. T. matin 37, soir 39°6, ne s'alimente presque plus. Vomit lait et champagne. Bat la campagne. Diarrhée abondante.

30. Le subdelirium s'accroît, la malade s'éteint peu à peu et meurt le 3 juillet à 7 h. du matin.

AUTOPSIE LE 4 JUILLET à 10 h. du matin. Œdème des membres inférieurs, plus marqué à droite.

La cicatrice ombilicale est résistante à sa partie inférieure et perforée à sa partie supérieure où se remarquent quelques bourgeons grisâtres. Le péritoine est littéralement blindé par une épaisse couche de néoplasme de 0,005 millimètres d'épaisseur en moyenne. Péritonite généralisée adhésive soudant entre elles les anses intestinales et réduisant la cavité abdominale à deux poches contenant chacune environ deux verres de pus. Chacune de ces poches est limitée par une paroi épaisse de néoplasme. Il existe en outre une collection purulente entre la face antérieure de l'estomac et la face inférieure du lobe gauche du foie. La partie inférieure de la cavité abdominale est occupée par une masse polykystique remplissant tout le petit bassin et englobant tous les organes qui s'y trouvent. La vessie est saine, mais adhère intimement à la tumeur par sa face postérieure et ses bords. Du côté droit le tissu cellulaire péritréal présente un petit noyau néoplasique d'apparence récente.

L'utérus situé à la partie antérieure de la tumeur est reporté à droite. Il contient dans son épaisseur plusieurs fibrômes interstitiels. Sa cavité mesure 12 cent. de longueur. La masse polykystique, qui forme une espèce de fer à cheval à concavité antérieure logeant l'utérus, atteint le volume d'une tête d'adulte environ. Les poches, qui la composent, contiennent un liquide dont la consistance et la couleur varient. Le liquide, toujours épais et visqueux, présente tantôt une coloration verdâtre, bilieuse, d'autrefois il est brun chocolat. Dans une troisième poche, on trouve une

masse de la couleur et de la consistance du mastic. Des paillette de cholestérine se rencontrent presque dans toutes les variétés de liquide. Les parois de toutes ces cavités kystiques sont d'épaisseur très variable ; la plupart sont tapissées, intérieurement de végétations épithéliales. Dans l'épaisseur de la paroi de la plus grande poche, on trouve une masse dure, de consistance cartilagineuse. A la partie médiane et supérieure de la tumeur on trouve une masse volumineuse de bourgeons faisant hernie travers un orifice de la paroi et constituant très-probablement le point de départ de la généralisation.

A la face inférieure du foie, deux petits nodules dans l'épaisseur de la capsule fibreuse.

Le rein droit est sain. Sur la face antérieure du rein gauche qui est d'ailleurs dans un état de putréfaction des plus avancés s'observent trois masses bourgeonnantes aplaties, du volume chacune d'une pièce de 5 francs en argent. Le tissu rénal entier est pourri ou suppuré. Le bassinet est rempli de pus. L'uretère est fortement dilaté. L'examen histologique sera fort probablement impossible à cause de l'altération des tissus.

Rate saine, quelques nodules cancéreux à sa surface.

Thorax : Pleurésie sèche à droite ; pas de néoplasme, même sur la plèvre diaphragmatique. Poumons crépitants, aux deux sommets petites excavations tuberculeuses cicatrisées, quelques tubercules crétacés. Ganglions péri-trachéaux, normaux. Cœur petit. Ventricule droit un peu dilaté. Valvules saines. Cerveau sain.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — Dans la *tumeur épiploïque* reséquée on voit de petits lobules jaunes, d'apparence adipeuse et de petits lobules blancs rosés, devenant blancs au contact de l'alcool. Les uns sont très petits ; les autres plus volumineux ont l'apparence de lentilles à contour parfaitement limités. Dans l'intérieur de quelques-uns, apparence de cavité irrégulière. Ce paraît être de petits kystes comblés par des végétations. Des coupes minces examinées après coloration au picro-carminate, montrent que cette tumeur est constituée par de l'épithélioma kystique à cellules cylindriques dépourvues de cils vibratiles. Les kystes

volume variable sont remplis presque complètement de végétations en choux-fleurs. Ces végétations, très volumineuses, sont constituées d'une charpente conjonctive recouverte d'un épithélium cylindrique. Dans la trame de cette tumeur, s'observent des globules de matière colloïde, du tissu adipeux et de nombreux et volumineux vaisseaux sanguins.

La *tumeur ovarique*, dont les fragments ont été recueillis à l'autopsie est aussi constituée d'épithélioma kystique. Les parois des poches principales sont composées de tissu conjonctif fibreux, disposé par couches parallèles. En certains points, tissu cartilagineux.

La paroi, comme celle de la tumeur épiploïque est fréquemment atteinte de dégénérescence colloïde.

Les cavités sont toutes tapissées d'un épithélium cylindrique bas.

Dans les cavités principales font saillie plusieurs végétations peu volumineuses, mais dont chacune présente déjà la texture de l'épithélioma kystique avec végétations intra-kystiques exubérantes.

Le *petit noyau néoplasique situé à droite de la vessie*, dans le tissu cellulaire voisin, présente de petits kystes épithéliaux, les uns sans végétations intra-kystiques et pleins de substance muqueuse, les autres pourvus de végétations plus ou moins abondantes. Le stroma conjonctif fibreux contient beaucoup de cellules en dégénérescence colloïde.

Des fragments de rate examinés, contiennent de l'épithélioma séparé du tissu splénique par une coque fibreuse, épaisse et recouvert par le péritoine.

A la surface du foie, amas de fibrine et bourgeons épithéliaux pleins.

Le *rein gauche* est trop altéré pour qu'on puisse distinguer nettement quoi que ce soit.

RÉFLEXIONS. — Dans cette observation nous trouvons plusieurs particularités dignes d'être notées. D'abord l'âge

relativement jeune de la malade (29 ans). Puis l'amaigrissement rapide, le développement et la généralisation subite en un mois d'une tumeur existant probablement depuis 8 ans, l'ascite sanguinolente, tous symptômes qui devaient faire penser à une tumeur maligne.

Au point de vue anatomo-pathologique nous avons rencontré ici comme dans les observations précédentes une tumeur peu volumineuse (tête d'adulte) polykystique avec tendance végétante, adhérent intimement à tous les organes du petit bassin. Dans ce cas particulier, il existait dans l'utérus des corps fibreux interstitiels.

La tendance végétante de la tumeur s'est d'abord exercée intérieurement. Toutes les cavités kystiques se sont remplies de végétations exubérantes. Puis dans une des cavités le bourgeonnement épithélial a été assez intense pour que la paroi se soit rompue et que les végétations aient fait hernie dans l'abdomen. Peut-être faut-il faire remonter au moment où s'est effectué la rupture de ce kyste le début de la généralisation à tout le péritoine.

Il est aussi intéressant de voir que la plèvre droite, bien que malade depuis longtemps et le poumon, siège ancien de poussées tuberculeuses, n'ont pas été atteints par le néoplasme.

En résumé nous trouvons ici comme dans les deux cas précédents des tumeurs secondaires présentant les mêmes caractères que la tumeur primitive, ayant la même tendance exubérante à produire des végétations intrakystiques. Mais, contrairement à ce que nous avons rencontré dans les cas précédents, l'épithélium forme ici un revêtement disposé sur une seule couche peu épaisse et uniforme.

La dégénérescence colloïde de la tumeur primitive et des tumeurs secondaires, assez peu marquée d'ailleurs, nous semble pouvoir, conjointement avec la tendance végétante extrême de la tumeur, expliquer la généralisation de la tumeur ovarique primitive. Nous serions cependant disposés à faire jouer le principal rôle dans cette généralisation à la tendance végétante de la tumeur. L'extension du néoplasme au péritoine peut, il nous semble, s'expliquer assez bien par l'apparition dans la cavité péritonéale du volumineux bourgeon végétant primitivement intrakystique que nous avons signalé, et par la dissémination et la greffe en différents points du péritoine des éléments cellulaires ainsi devenus libres.

B. — ETUDE CRITIQUE DES OBSERVATIONS PRÉCÉDENTES

Nous étudierons d'abord en bloc nos 116 observations, nous efforçant ainsi de tirer parti de toutes celles qui manquent de détails circonstanciés.

Puis nous examinerons celles dans lesquelles les tumeurs ovariennes sont dites végétantes.

Enfin nous aborderons la partie principale de cette étude critique, celle qui a trait aux dix-sept observations dans lesquelles nous trouvons une description complète des tumeurs primitives et secondaires.

a. — OBSERVATIONS CONSIDÉRÉES EN BLOC

AGE. — Si nous considérons en bloc nos 116 observations

de kystes ovariens ayant donné lieu à des néoformations secondaires isolées ou disséminées, nous voyons que l'âge des malades a été noté 95 fois. Les kystes se sont développés 14 fois chez des femmes âgées de moins de trente ans; 56 fois chez des femmes âgées de 30 à 50 ans, et 25 fois au dessus de 50 ans. Cela nous démontre, ce qui est connu depuis longtemps déjà, que les kystes ovariens sont plus fréquents de trente à cinquante ans, c'est-à-dire pendant la seconde moitié de la vie génitale de la femme.

NATURE DE L'INTERVENTION. — Sur 116 cas nous en trouvons 97 qui ont donné lieu à une intervention chirurgicale, et 19 n'ont pas été opérés, 11 opérées sont mortes de l'opération qu'elles ont subie, de 40 heures à 15 jours après celle-ci. Dans 6 de ces cas, l'ovariotomie n'avait pu être faite complètement ou même l'on n'avait fait qu'une incision exploratrice. Dans les cinq autres cas l'ovariotomie terminée a été suivie de mort. Dans ces 11 cas les néoformations secondaires existaient au moment de l'opération.

L'ovariotomie complète a été pratiquée 73 fois.

RAPIDITÉ D'ÉVOLUTION DES TUMEURS SECONDAIRES

Quatre opérées sont encore vivantes (obs. CXI, CXXV, CXXVI, CXXXIII). Six autres étaient encore en vie lors de la publication de leurs observations, 5 mois (CXXVIII) 9 mois (CXIX), 3 ans 1/2 (CXV, CXVI), 4 ans, (CXIII, CXIV) après l'ovariotomie. Sept opérées (ovariotomies incomplètes) présentaient déjà des tumeurs secondaires au moment de l'opération. Enfin dans huit observa-

tions (XXXIII, XLIII, XLIV, LXXXIX, CVIII, CXX, CXXII, CXXXIV), il n'est pas fait mention de la durée de la survie des malades.

Donc, de quatre-vingt-six opérées ayant survécu à l'opération, soixante et une seulement peuvent nous servir à évaluer le temps nécessaire au développement des tumeurs secondaires causes de la mort.

La mort est survenue dans ces soixante et un cas :

18 fois	de un à six mois après l'opération	
16	— de sept mois à un an	—
11	— de treize mois à deux ans	—
10	— de deux à trois ans	—
4	— quatre ans après	—
1	— cinq ans	—
1	— sept ans	—

TOTAL. 61

La production des néoformations secondaires se fait donc généralement avec une grande rapidité, en moins d'un an (34 cas sur 61), en trois ans (55 cas sur 61), après l'ovariotomie.

SIÈGE DES TUMEURS SECONDAIRES

Les productions secondaires à l'épithélioma kystique de l'ovaire peuvent se montrer en des points variables, mais c'est surtout la cavité abdominale (péritoine et viscères abdominaux) qui semble être le lieu d'élection de

ces néoformations secondaires. Le relevé de nos observations nous donne pour siège des tumeurs secondaires :

Cancer généralisé ou diffus	6	
Péritoine général	39	} 61
— pelvien seul	13	
Grand épiploon seul	3	
Péritoine intestinal	1	
Mésocolon transverse	1	
Ganglions rétropéritoneaux	4	
Pédicule	6	
Utérus	10	
Vagin	2	
Paroi abdominale	7	
Estomac	6	
Gros intestin	1	
Rectum	5	
Foie	7	
Rate	1	
Pancréas	2	
Rein	2	
Vessie	1	
Plèvre	12	
Poumon	5	
Mediastin	3	
Pas de siège mentionné	21	

Ce relevé nous semble instructif. Parmi les organes

envahis secondairement, le péritoine occupe le premier rang (61 fois sur 116). Le second rang appartient à la plèvre (12 sur 116). L'utérus ne vient qu'après ces deux séreuses (10 fois sur 116).

Nous sommes donc en droit de conclure que, dans l'immense majorité des cas, le cancer consécutif à l'épithélioma kystique de l'ovaire reste localisé au péritoine. Exceptionnellement il envahit les viscères abdominaux et la paroi abdominale.

Exceptionnellement aussi (11,30 %), il atteint la plèvre, puis le poumon et les ganglions de médiastin.

La généralisation aux autres organes (cou, tête, squelette) n'a pas été notée.

b. — KYSTES VÉGÉTANTS.

Après cet examen de nos 116 observations considérées en bloc, il nous a semblé intéressant d'étudier à part celles d'entre elles où il est fait mention de l'existence de végétations à la surface soit interne soit externe des kystes. Les observations de kystes végétants ou papillomateux que nous avons pu recueillir sont au nombre de 24, éparses, dans notre travail, du numéro 112 au numéro 144. Dans six de ces observations, les végétations ne siégeaient qu'à l'intérieur des cavités kystiques. Dans les dix-huit autres on a trouvé des végétations à la fois à la surface des kystes et dans l'intérieur de leur cavité. Dans aucun cas, les végétations externes n'existaient seules.

Vingt-trois de ces tumeurs ont donné lieu à une opéra-

tion. L'ovariotomie a pu être faite complètement, quinze fois, incomplètement quatre fois. Dans les quatre autres cas on a dû se borner à faire une incision exploratrice. Les tumeurs secondaires siégeaient

sur tout le péritoine.....	13 fois;
sur le péritoine pelvien seul..	8 —
sur l'épiploon seul.....	2 —

Dans le cas n° 130, le foie était envahi en même temps que le péritoine. Dans l'observation 136 il y avait des papillomes secondaires dans le péritoine et dans la plèvre. Dans un cas (n° 124), on n'a pu procéder à l'autopsie et reconnaître le siège précis du cancer abdominal secondaire.

Voulant savoir si les tumeurs à végétations internes seules, dans lesquelles, par conséquent, les végétations ne sont pas saillantes dans la cavité abdominale, étaient plus ou moins malignes que les tumeurs à végétations externes, nous les avons étudiées isolément. Leur petit nombre (6) nous empêche d'arriver à une conclusion bien précise.

Dans un cas (124), l'autopsie n'a pu être faite : dans les cinq autres cas les tumeurs secondaires siégeaient deux fois sur le péritoine pelvien seul, trois fois sur le péritoine général et, parmi ces trois premiers cas, une fois la généralisation s'était étendue aussi au foie, une autre fois à la plèvre.

Donc que les végétations siègent à la face interne seule des kystes ou qu'elles s'étendent à leur face externe, la totalité du péritoine peut être envahie par les tumeurs secondaires aussi fréquemment dans un cas que dans l'autre (55 % dans le cas de végétations externes, 60 % dans le cas de végétations internes).

On voit par conséquent que, pour la dissémination des tumeurs secondaires à un kyste végétant de l'ovaire, peu importe que les végétations siègent à l'intérieur seulement du kyste ou à sa face externe. La tendance végétante est le seul point important.

Mais si nous comparons les kystes végétants aux kystes non végétants, nous arrivons à des résultats plus intéressants, en apparence du moins. Sur nos 24 cas de kystes végétants nous en trouvons 8 (soit 33,33 % où les tumeurs secondaires sont limitées au péritoine pelvien. Nos 92 cas de kystes non végétants ne nous montrent que 5 fois (5,43 %) la limitation des tumeurs secondaires au péritoine du petit bassin.

De ces considérations statistiques il découlerait donc que les tumeurs secondaires aux kystes végétants ont une tendance à rester limitées au péritoine du petit bassin environ six fois plus grande que celle des tumeurs secondaires aux kystes non végétants.

Quelque nettes et précises que paraissent ces conclusions, il ne nous semble pas qu'elles doivent être acceptées.

Comparant entre elles des tumeurs végétantes et non végétantes de même nature, il nous paraît en effet difficile de ne pas admettre que la présence de végétations comporte un processus plus actif de néoformation dans la tumeur considérée et par conséquent une malignité plus grande.

D'ailleurs, dans nos statistiques, il manque presque toujours un élément capital de la question : c'est la nature histologique des végétations. Nous voyons bien les tumeurs secondaires occuper tantôt le péritoine pelvien

seul, tantôt tout le péritoine ; mais dans presque toutes les observations l'examen histologique des végétations kystiques et les tumeurs secondaires fait défaut.

Nous ne pouvons donc savoir si les végétations conjonctives, myxomateuse, sarcomateuses, épithéliales du type adénoïde ou du type carcinoïde, comportent une gravité plus grande les unes que les autres. Pourtant, c'est là le seul point important capable d'éclairer définitivement la question, et de nous montrer si les kystes papillomateux ont, ou n'ont pas, une malignité moindre que les kystes non végétants de l'ovaire.

Nous ferons remarquer d'ailleurs que parmi les quatre-vingt-douze cas que nous comptons comme non végétants se trouvent tous ceux sur lesquels nous n'avons que des renseignements insuffisants.

En définitive, d'une part, nous ne connaissons pas le plus souvent la nature histologique des végétations, d'autre part, l'absence de végétation et la nature histologique des altérations constatées ne sont pas suffisamment spécifiées. La comparaison, séduisante d'ailleurs, de nos vingt-quatre observations de kystes végétants à nos quatre-vingt-douze cas de kystes supposés non végétants, ne peut donc, dans l'état des renseignements que nous possédons, ne donner que des résultats de nulle valeur.

Pour compléter, toujours avec les réserves précédentes, l'étude des kystes ovariens papillomateux, nous avons encore recherché la rapidité avec laquelle ces tumeurs ovariens peuvent amener la mort des malades en se généralisant.

Or, parmi nos vingt-quatre observations de kystes vé

gétants, nous trouvons un cas où il n'y a pas eu d'opération (136). Cinq morts de l'opération (trois après ovariotomie incomplète, deux après ovariotomie complète) et sept cas où la durée de la survie n'a pas été notée.

Nos calculs ne peuvent donc porter que sur onze observations. Dans dix de ces cas, les tumeurs secondaires existaient au moment de l'opération.

Deux des opérées sont mortes six semaines après l'opération (124-144) et parmi ces deux décès rapides se retrouve justement le cas où il n'existait pas de tumeurs secondaires lors de l'opération (124).

Les neuf autres opérées sont encore vivantes ou étaient encore vivantes lors de la publication de leur observation. La survie qui leur est assignée n'est donc qu'un minimum. Il nous semble impossible de rien conclure de faits aussi peu précis.

Nous consignons seulement ici, à titre de renseignement, le résultat du dépouillement de ces onze observations.

Dans un cas (124), il n'existait pas des tumeurs secondaires lors de l'opération et le siège de tumeurs secondaires développées en six semaines, depuis l'opération jusqu'à la mort, n'a pu être constatée, faute d'autopsie.

Dans quatre cas (115, 116, 125, 133) les végétations secondaires constatées au moment de l'opération, siégeaient sur le péritoine pelvien seul. Trois fois, l'opérée était encore vivante trois ans et demie après l'opération. Une fois elle fut revue vivante au bout de 7 ans.

Dans cinq cas (113, 114, 119, 130, 144), le péritoine était envahi lors de l'opération. La survie fut, une fois, de sept

semaines ; au moins de six mois, une fois ; au moins de neuf mois, une fois ; au moins de quatre ans, deux fois.

Dans un seul cas (128) l'épiploon seul était le siège de tumeurs secondaires, et l'opérée vivait encore six mois après l'opération.

En résumé, la survie a dépassé trois ans et demie dans les quatre cas où le péritoine pelvien seul était envahi, et deux fois (sur cinq), lors d'envahissement de tout le péritoine.

(C.) ANALYSE DES OBSERVATIONS DÉTAILLÉES.

Si nous examinons maintenant les dix-sept observations sur les quels nous avons des détails histologiques (du n° 128 au n° 144), nous voyons de suite que les tumeurs, tant primitives que secondaires, dont étaient atteintes ces malades, peuvent être rangées d'après différents types distincts, cette division n'ayant d'ailleurs rien d'absolu.

Dans un cas, n° 129, les tumeurs secondaires à de grand kystes de l'ovaire, sont décrites comme étant constituées de sarcome.

Dans trois cas (130, 131, 132), il s'agissait de kystes prolifères de l'ovaire, sans dégénérescence aucune des parois.

Dans six cas (133, 134, 135, 141, 142, 144), les altérations, tant de tumeurs primitives que des tumeurs secondaires, revêtaient le type adénoïde.

Dans deux cas (138, 139), il y avait dégénérescence colloïde de la tumeur.

Enfin, dans cinq cas (128, 136, 137, 140, 143), il y avait dégénérescence carcinomateuse des parois kystiques et les tumeurs secondaires revêtaient le caractère carcinoïde.

TUMEURS SECONDAIRES DU TYPE SARCOMATEUX.

L'observation 129, due au professeur E. Bœckel de Strasbourg, signale l'apparition d'un sarcome généralisé trois mois après une ovariectomie double. Les kystes de l'ovaire enlevés sont donnés comme de grands kystes. Nous devons déplorer qu'ils n'aient pas été examinés microscopiquement. L'étude de leurs parois aurait peut-être fourni des renseignements intéressants.

Nous ne pouvons également que regretter l'absence d'une description histologique des tumeurs secondaires et le laconisme du diagnostic formulé! Sarcome à petites cellules rondes. La complexité des tumeurs ovariennes et de leurs tumeurs secondaires est telle, qu'une description détaillée des lésions observées sur des coupes nombreuses, nous semble toujours nécessaire à la justification du diagnostic histologique.

KYSTES PROLIFÈRES SIMPLES

Les kystes prolifères simples, sans dégénérescence carcinomateuse des parois, auraient été le point de départ de métastases dans les observations 130, 131, 132.

L'observation 130 manque, comme la précédente, de détails suffisamment circonstanciés. Nous y relevons pourtant ce fait important : malgré l'aspect de la tumeur qui avait fait porter par le chirurgien le pronostic fatal du cancer, l'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un simple kyste proliférant de l'ovaire. L'examen histologique des tumeurs secondaires a-t-il été fait ? il nous a été impossible de le savoir : Olstausen qui rapporte cette observation n'en fait pas mention et nous n'avons pu consulter l'ouvrage de Winckel.

L'observation 131, dont nous donnons ici la traduction littérales, a été publiée avec des détails suffisamment étendus pour qu'il nous semble difficile de mettre en doute l'absence de productions adénoïdes, carcinomes ou sarcomateuses dans les tumeurs primitives. Les tumeurs secondaires dans l'observation 131 étaient de petits kystes colloïdes et par places il existait des néoformations du type adénoïde.

Dans l'observation 132 Schleghtendal parle bien de masses gélatineuses disséminées dans tout le ventre, contenant des kystes visibles à l'œil nu, mais il ne mentionne pas l'examen histologique des parois de ces cavités ; le résultat de l'examen histologique de la tumeur primitive est seul rapporté, d'ailleurs sans aucun autre détail.

De ces trois observations, il résulterait donc que des kystes mucoïdes simples sans dégénérescence carcinomateuse, adénoïde ou sarcomateuse peuvent donner naissance à des productions métastatiques.

Ces néoformations secondaires sont-elles du même type que la tumeur primitive ?

S'il était possible de se prononcer d'après une seule

observation (131), on pourrait répondre par la négative puisque dans ce cas les tumeurs secondaires étaient des kystes colloïdes ou des productions adénoïdes.

La métastase peut elle dépasser la cavité abdominale. Dans le cas de Baumgarten où l'autopsie est rapportée avec des détails suffisants, les tumeurs secondaires ne furent pas rencontrées en dehors de l'abdomen. Dans le cas de Schlegtendal le thorax ne fut pas ouvert. Enfin l'observation 130 est absolument écourtée dans l'article d'Olshausen (Pitha et Billroth).

TUMEURS SECONDAIRES DU TYPE ADÉNOÏDE

Dans six cas la tumeur primitive et les tumeurs secondaires revêtaient le type adénoïde (obs. 133, 134, 135, 141, 142, 144).

Dans trois de ces cas l'examen histologique a été fait par M. Malassez. Nous le publions textuellement. L'observation 141 a été communiquée à la Société clinique au mois de décembre 1885 par notre collègue et ami Ménétrier. Enfin les observations 142 et 144 nous sont personnelles.

Sauf dans l'observation 141, l'âge des malades ne dépasse pas 36 ans.

L'évolution de ces tumeurs s'est faite lentement dans cinq cas; en moins de six mois dans l'observation 142.

Deux fois seulement sur six cas (n° 141, 142), il n'existait pas de végétations à la face externe de la tumeur et dans ces deux seuls cas il existait des tumeurs secondaires en dehors de la cavité abdominale.

Dans les observations 134, 141, 142, 144, il est fait mention de l'existence d'ascite.

On voit donc que ces observations, trop peu nombreuses d'ailleurs, ne nous permettent d'arriver à aucune conclusion précise. Cependant, en les examinant soigneusement, nous y trouvons différents points intéressants à signaler.

Laissons à part l'observation 134 sur laquelle nous manquons de détails.

Dans trois observations (133, 135, 144), il existait des végétations à la surface de la tumeur. Dans deux cas, (133, 135), ces végétations étaient petites et disséminées. Dans ces deux cas les tumeurs secondaires étaient limitées au péritoine pelvien. Une des opérées est morte de péritonite suppurée, l'autre est encore vivante sept ans après l'ovariotomie qu'elle a subie.

Chez la malade qui fait le sujet de l'observation 144, la tumeur était de vieille date : son existence remontait à environ huit ans. Ce n'est, selon toutes probabilités, que lors de l'usure complète de la paroi kystique sous l'influence des végétations intrakystique, que l'épithéliome kystique s'est généralisé à tout le péritoine sans dépasser celle séreuse.

Dans les deux autres observations 141, 142, il n'existait pas de végétations à la surface de la tumeur primitive. Mais nous trouvons noté dans l'observation 142, le polymorphisme des cellules, et le bourgeonnement actif des tumeurs, qui néanmoins conservent toujours le caractère de l'épithélioma.

Dans ces deux cas la généralisation a dépassé le péritoine, les plèvres ont été envahies.

Dans les observations 142 et 144, la dégénérescence colloïde de la tumeur ovarique et des tumeurs secondaires coexiste avec le bourgeonnement épithélial adénoïde. Ces observations montrent donc tout ce que nos divisions théoriques ont d'arbitraire. Entre les tumeurs secondaires du type adénoïde et les tumeurs en dégénérescence colloïde, il existe nombre de cas mixtes intermédiaires à ces deux genres de tumeurs.

KYSTES EN DÉGÉNÉRESCENCE COLLOÏDE.

Deux observations (138-139) nous montrent la dégénérescence colloïde des tumeurs ovariques primitives et des tumeurs secondaires.

Les examens histologiques dans ces observations ont été faits par M. Malassez. Dans ces deux observations il s'agit de formations épithéliales les unes kystiques, les autres épithélioïdes pleines, plus ou moins détruites par la néoformation myxomateuse ou colloïde.

Les tumeurs secondaires siégeaient en des points divers. Dans l'observation 138 le péritoine seul était atteint. Dans l'observation 139, le cancer avait envahi le vagin et le rectum, et s'était étendu au foie. La plèvre n'était envahie dans aucun de ces deux cas.

On voit que ces deux observations, à l'aide desquelles M. Malassez dans son mémoire (1880) établit pour les tumeurs secondaires aux kystes ovariques la possibilité de la dégénérescence colloïde, il y avait aussi des productions

épithéliales kystiques et épithélioïdes pleines. Ce sont donc encore des cas mixtes.

KYSTES EN DÉGÉNÉRESCENCE CARCINOÏDE.

Les cinq cas que nous avons pu rassembler dans cette thèse (n^os 128, 136, 137, 140, 143) se rapportent à des femmes d'âge très variable (13 ans 1/2, 37 ans, 44 ans, 40 ans et 64 ans). L'évolution de la maladie s'est faite rapidement dans un laps de temps variable de 6 mois à deux ans.

Il existait chaque fois dans les tumeurs primitives des productions carcinomateuses développées dans les parois kystiques.

Les tumeurs secondaires, examinées, dans tous ces cas, sauf dans l'observation 140 où l'autopsie n'a pu être faite, présentaient la structure du carcinôme. Dans l'observation 128 les tumeurs secondaires examinées par Wilson Fox avaient été constituées uniquement de cancer encéphaloïde : mais les détails de cet examen histologique n'ont pas été publiés. Dans les trois observations (136, 137, 143), les tumeurs secondaires, comme les tumeurs primitives, présentent à côté de points en dégénérescence carcinoïde, d'autres points constitués de productions épithéliales kystiques ou pleines. Dans l'observation 128 il n'est pas fait mention de l'examen des organes thoraciques pendant l'autopsie.

Dans les trois autres cas, où l'autopsie a été faite com-

plètement, les tumeurs secondaires s'étaient étendues au péritoine et à la plèvre.

d. — RÉSUMÉ

De l'analyse des observations précédentes il découle que les épithéliomas mucoïdes de l'ovaire, comme tous les épithéliomas, sont de nature maligne.

Comme tels, ils sont susceptibles de se généraliser. Mais leur malignité est relativement faible : ce qui tient peut-être à la tendance qu'ont ces épithéliomas à former des kystes. En tout cas cette malignité ne se manifeste que rarement.

La généralisation peut se rencontrer dans le cas de kyste prolifère ordinaire, mais elle est beaucoup plus fréquente lorsque dans la tumeur s'observent des productions adénoïdes, carcinomateuses ou colloïdes.

La présence de ces productions dans une tumeur ovarique ne nous semble indiquer d'ailleurs qu'une chose : c'est que cette tumeur ovarique épithéliale est en pleine activité de développement. On conçoit alors sans peine que ces tumeurs en pleine activité aient plus de tendance à se généraliser que les kystes multiloculaires ordinaires doués d'une activité moindre, et surtout que les kystes pauciloculaires ordinaires ou uniloculaires, état sénile des kystes précédents.

La vitalité des tumeurs kystiques peut se manifester par la prolifération de leurs cellules épithéliales ou par l'accroissement de leur stroma.

L'activité épithéliale se signale par la prolifération des cellules et la production de bourgeons épithéliaux plus ou moins abondants, émanés des kystes et s'enfonçant dans le stroma conjonctif de la tumeur. Ces bourgeons d'abord pleins se dilatent d'ordinaire pour former des kystes secondaires. La transformation colloïde des cellules épithéliales, résultant de leur prolifération exagérée, est aussi une preuve de l'activité épithéliale de ces tumeurs kystiques.

Le bourgeonnement du stroma conjonctif aboutit au soulèvement de l'épithélium de revêtement des kystes et à la formation de végétations conjonctives intrakystiques recouvertes d'un revêtement épithélial analogue à celui des kystes et continu avec celui-ci.

Le bourgeonnement du stroma peut coexister avec le bourgeonnement épithélial et toutes les combinaisons intermédiaires aux deux types précédents peuvent s'observer.

En somme, la présence, dans le tissu d'un kyste ovarique, d'un nombre considérable de bourgeons épithéliaux et celle de végétations dans l'intérieur des kystes signifient que cette tumeur est en pleine activité.

Ces bourgeons épithéliaux conservent d'ordinaire le type adénoïde, mais les éléments cellulaires peuvent aussi infiltrer le tissu conjonctif pour ainsi dire sans ordre. Les cellules épithéliales ne sont plus disposées comme sur la coupe d'un tube glandulaire ; elles sont éparses par groupes au milieu des alvéoles conjonctives et le tissu prend l'aspect du carcinôme.

Nous avons rapporté dans la première partie de ce travail l'opinion de MM. Malassez et de Sinéty sur la nature épithéliale des cellules dans les tumeurs d'aspect carcinomateux.

Cette disposition carcinoïde ne pourrait-elle pas être considérée comme due à l'exubérance du processus actif de bourgeonnement des kystes?

Si cela était vrai, les formations adénoïdes et carcinoïdes ne seraient que deux degrés différents et souvent coexistants du processus actif de néoformation kystique.

Les formations adénoïdes correspondraient au bourgeonnement réglé de l'épithélium kystique; les formations carcinoïdes au bourgeonnement plus actif et relativement désordonné des mêmes éléments épithéliaux.

On concevrait alors sans peine que les kystes ovariens ou l'on observe les productions d'aspect carcinoïde, doués d'une activité plus grande, s'étendent plus loin que les autres.

Quand au mode de propagation de l'épithélioma il nous paraît ressortir assez clairement de plusieurs de nos observations (CXXI, CXXII, CXXIII, CXXIV).

Dans l'observation CXXIV, il existait à la surface de la tumeur ovarienne un énorme bourgeon implanté sur la paroi interne de l'un des kystes centraux; ce bourgeon après avoir usé la paroi de plusieurs kystes et s'être ainsi rapproché de la surface finit par se faire jour dans la cavité péritonéale à travers l'enveloppe la plus externe du kyste.

1° Rupture d'un kyste à paroi mince trop distendu par son contenu, 2° usure des parois par des végétations exubérantes intrakystiques, 3° présence de végétations développées à la surface externe de la tumeur, ces trois causes isolées ou réunies peuvent expliquer l'arrivée des cellules épithéliales dans la cavité péritonéale.

L'existence de nombreux vaisseaux lymphatiques dans

les kystes de l'ovaire, démontrée par MM. Malassez et de Sinéty, suffit pour faire comprendre l'extension du néoplasme aux ganglions voisins, et de là à tout le système ganglionnaire.

L'observation CXLI, de notre collègue et ami Ménétrier, montre que les cellules épithéliales tombées dans la cavité péritonéale sont vivantes ainsi que le prouvent les phénomènes de multiplication de noyau et de segmentation observées dans ces cellules.

Ces cellules vivantes se greffent en différents points du péritoine et y forment ces plaques néoplasiques qui, fournissant elles-mêmes de nouveaux éléments infectants, pourront arriver à recouvrir toute la séreuse.

Une fois implantées en un point elles pénètrent dans la profondeur soit en se propageant de proche en proche, soit en suivant la voie des vaisseaux. D'où les noyaux d'épithélioma observés dans le foie, l'estomac, le pancréas, et les autres viscères.

Au niveau du diaphragme les cellules suivent, pour atteindre la plèvre, les interstices conjonctifs et probablement les espaces lymphatiques démontrés par les travaux de Ludwig et Recklinghausen et les recherches micrographiques de M. le professeur Ranvier. Ces cellules végètent dans la cavité pleurale, s'y sèment de nouveau et vont s'implanter en différents points de la paroi.

Nos trois observations CXLI, CXLII, et CXLIII démontrent ce mode de propagation à travers le diaphragme.

Dans les observations CXLII, et CXLIII, il existait sur les deux faces du diaphragme des plaques cancéreuses situées les unes vis à vis des autres.

Dans l'observation CXLIII, il y avait aussi des tumeurs secondaires sur la plèvre costale gauche, mais la tumeur de la plèvre diaphragmatique était manifestement plus ancienne, par suite de son volume plus considérable et de sa structure kystique plus avancée.

Enfin, l'observation CXLI est encore plus concluante.

Notre collègue Ménétrier a été assez heureux pour suivre la marche du cancer du péritoine jusqu'à la plèvre à travers le diaphragme. Il lui a été, toutefois, impossible de déterminer exactement la voie suivie par les cellules épithéliales dans leur trajet à travers le muscle.

Nous ne croyons pouvoir mieux faire en terminant ces considérations que de citer textuellement la fin de l'observation de Ménétrier, nous associant complètement à l'opinion émise par notre collègue :

« On conçoit ainsi, comment une lésion primitivement locale a pu se propager par greffes successives et envahir enfin des organes aussi éloignés de son point de départ, se conduisant à la manière des parasites végétaux; mais ici le parasite est un élément constituant de l'organisme, une cellule épithéliale, douée, on ne sait pourquoi, de véritables propriétés infectantes. »

CHAPITRE III

TUMEURS MIXTES DE L'OVAIRE

A côté des observations d'épithéliomas kystiques mucoïdes de l'ovaire, suivis de généralisation, nous croyons devoir placer les quatre observations suivantes. Elles ont trait à une variété encore mal connue de tumeurs complexes de l'ovaire.

On observe quelque fois, exceptionnellement il est vrai dans les tumeurs ovariennes, à côté de loges franchement mucoïdes, d'autres loges manifestement de nature dermoïde.

La portion dermoïde forme tantôt la masse principale de la tumeur, tantôt seulement, une partie accessoire de la masse totale.

Quelquefois même, ainsi que le montre l'observation CXLVIII, ce ne sont plus deux loges distinctes de la même tumeur qui présentent une structure si différente; ce sont deux portions d'une même cavité qui possèdent côte

à côté, l'une, une structure rappelant celles des muqueuses, l'autre une structure dermoïde.

Il existe dans les registres du laboratoire d'histologie du Collège de France, plusieurs observations ayant trait à des tumeurs de ce genre. Nous en rapportons une qui nous est personnelle.

Ces tumeurs complexes sont susceptibles de donner naissance à des tumeurs secondaires. Les quatre observations suivantes en font foi.

Il est intéressant de rapprocher ces tumeurs, de l'ovaire de certaines tumeurs mixtes du testicule, dont l'étude a été faite par le professeur Verneuil, en 1855 et 1878 (*Archives générales de Médecine*), et par MM. Cornil et Berger en 1885 (voir *Archives de physiologie* 1885. Note sur un cas d'inclusion scrotale). — Cette comparaison fait ressortir l'analogie qui existe entre les glandes génitales dans les deux sexes.

M. Cornil et Berger résument dans leur travail les cas analogues à celui qu'ils rapportent avec détail.

En se reportant à ce mémoire on verra que, pour le testicule, les cas de tumeurs mixtes sont assez nombreux.

OBSERVATION CXLV. — Cette malade fut opérée deux fois par M. Terrier.

La première partie de son histoire, recueillie par notre collègue et ami Hartmann a été déjà publiée dans l'*Union médicale* (numéro du 23 mars 1884). Nous la reproduisons ici d'après ce journal. La deuxième partie nous est personnelle.

HOPITAL BICHAT. — Service de M. le D^r F. Terrier.

Tumeur ovarique polykystique. — Péritonite chronique. — Pleurésie double. — Ovariectomie. Guérison. Récidive mortelle. — Observation recueillie par H. Hartmann et G. Poupinel, internes du service (1883-1885).

Danguillecourt, Marie, âgée de 19 ans, boursière, est envoyée par M. le professeur Cornil, pour se faire opérer d'une tumeur du ventre.

Elle entre, le 9 mai 1883, à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, n° 27. Cette malade raconte que depuis deux ou trois mois, elle sentait une tumeur arrondie, roulant sous le doigt, grosse comme une noix, indolente, dans la fosse iliaque gauche. Cette tumeur avait augmenté peu à peu et avait atteint le volume d'un œuf lorsque, le 19 avril 1883; D... fut prise brusquement d'anorexie, de vomissements, de diarrhée et de douleurs de ventre, accidents qui l'obligèrent à s'aliter. Le lendemain, elle se fit admettre dans le service de M. Cornil à la Pitié; un mois après, elle est transférée dans celui de M. Terrier.

Comme antécédents, rien de bien important à noter. Régliée à 14 ans sans accidents, menstruation régulière depuis cette époque. Depuis un an, leucorrhée assez abondante. A 12 ans, elle a eu un abcès froid de la base du cou, qui a laissé une cicatrice blanche, irrégulière. Sa mère est morte à 43 ans d'une maladie assez longue avec toux et diarrhée (tuberculose?); elle a encore son père et huit frères et sœurs en bonne santé.

ETAT ACTUEL. — L'abdomen est anormalement développé, à peu près symétrique. Circonférence ombilicale 81 centimètres. Pas d'altération de la peau. Météorisme abdominal. A la palpation on constate l'existence d'une tumeur arrondie, lisse, régulière, rénitante, offrant une fluctuation obscure, occupant la fosse iliaque gauche et l'hypogastre. La pression est douloureuse à ce niveau. Au toucher l'utérus est remonté et, à droite, le cul de sac postérieur a disparu : il est douloureux au toucher. Pas de troubles de la miction ni de la défécation. Rien au cœur ni aux poumons. Nœvus pileux de la joue gauche, un autre nœvus se voit

à la partie postérieure de la face interne de la cuisse gauche. Etat anémique très marqué. Diagnostic : Kyste probablement dermoïde de l'ovaire gauche.

Traitement : Glace et eau de Vichy.

Le 20 mai. Le ventre est toujours tendu ; il est très douloureux spontanément et à la pression ; de temps à autre vomissements porracés.

Le 23. Diarrhée assez abondante.

Le 26. Les vomissements qui se reproduisaient presque constamment à l'occasion des repas, ont été définitivement arrêtés par l'usage d'une solution de morphine au 1/50, dont la malade prenait quatre gouttes avant chaque repas. L'appétit revient un peu ; les douleurs du ventre diminuent. Les urines rares, 400 grammes par 24 heures, ne contiennent ni sucre, ni albumine. L'état général reste toujours mauvais.

Le 5 juin. La diarrhée a reparu à divers reprises ; l'état général semble cependant s'améliorer un peu. Quelques jours après la malade demande à passer un certain temps à la campagne et sort le 12 juin 1883.

Chez elle, la santé est un peu revenue ; elle s'était remise à manger, à se lever de temps en temps, lorsque vers les premiers jours de juillet elle fut prise d'un rhume. En toussant elle constata un jour l'existence d'une hernie inguinale droite. Malgré son rhume elle se maintenait à peu près bien, lorsque le 14 juillet elle retomba malade, fut prise d'étouffements, de vomissements, glaireux, de douleurs de ventre. Depuis cette époque elle n'est jamais restée plus de deux jours sans avoir des vomissements ; en même temps elle avait une diarrhée presque continuelle. Vers le 10 septembre le ventre, qui avait grossi jusqu'à là graduellement, se mit à augmenter de volume plus rapidement. La tuméfaction envahit la moitié supérieure de l'abdomen ; gêne respiratoire, palpitations ; à certains moments sensation d'étouffement.

La malade rentre salle Chassaignac lit n° 5 le 25 septembre 1883. A son entrée on constate que le ventre est développé irrégulièrement, présentant des bosselures saillantes au niveau de la

fosse iliaque gauche et de la partie latérale droite des régions épigastrique, ombilicale et de l'hypochondre droit. La peau est lisse sans dilatation veineuse appréciable, la cicatrice ombilicale un peu dépliée. A la percussion matité complète de la fosse iliaque gauche et de toute la moitié droite du ventre. La matité s'arrête à un travers de doigt à gauche de l'ombilic et plus haut empiète un peu sur la partie gauche du ventre. Supérieurement, la matité se distingue de celle du foie par suite de l'interposition d'une zone étroite de sonorité, située immédiatement au niveau du rebord des fausses côtes et au dessous. Immédiatement au dessus, on trouve la matité hépatique qui remonte dans une étendue de trois travers de doigt, s'arrêtant à deux travers au dessous du mamelon. Sonorité à la partie la plus postérieure du flanc droit. Sonorité du flanc gauche ; une zone sonore s'avance obliquement en pointe de la partie gauche du ventre vers l'ombilic.

Au palper on trouve une masse dure, arrondie, du volume d'une tête de fœtus à terme, occupant la fosse iliaque gauche, la moitié gauche de la région hypogastrique, dépassant même un peu la ligne médiane. Au dessus et à droite, on sent une deuxième tumeur volumineuse arrondie, bilobée, élastique, occupant toute la moitié droite du ventre. Cette tumeur s'étend même à gauche de la ligne médiane dans une étendue de quatre travers de doigt, mais il semble qu'à ce niveau, pour y arriver, il faille déprimer une couche de liquide.

Par la percussion on détermine une sensation de flot qui se transmet très nettement dans la plus grande partie du ventre, excepté au niveau de la tumeur de la fosse iliaque gauche ; celle-ci paraît contenir plus de parties solides que le reste de la masse morbide qui semble nettement polykystique.

La circonférence ombilicale mesure 82 centimètres ; de l'ombilic à l'épine iliaque antéro supérieure gauche 19 centimètres, à l'épine iliaque antéro supérieure droite 17 centimètres. De l'appendice xyphoïde à l'ombilic 18 centimètres ; de l'ombilic au pubis 18 centimètres.

Au toucher vaginal, le col est petit, bas, un peu sensible, presque immobile ; on ne trouve rien dans les culs de sac.

Petite hernie inguinale droite, descendant jusque dans la grande lèvre. Les règles n'ont pas paru depuis 4 mois. Leucorrhée. Pas de troubles de la miction ni de la défécation. Diarrhée.

La malade, qui depuis trois mois se plaint d'une petite toux sèche, est toujours gênée pour respirer; d'autant que les grandes inspirations et la toux provoquent souvent des douleurs abdominales assez vives. A l'examen du thorax, on constate à droite tous les signes d'un épanchement pleural moyen (matité, disparition des vibrations thoraciques, souffle doux à la base, frottements à la partie supérieure, œgophonie vers l'angle de l'omoplate). Souffle anémique à la base du cœur. De temps à autres, vomissements alimentaires et glaireux. Amaigrissement, pâleur très marquée, anémie profonde; un peu de cyanose au niveau des ongles.

Le 3 octobre. Œdème de la vulve. Toujours de la diarrhée et de la gêne respiratoire. La plèvre gauche est prise à son tour (frottements, un peu de souffle à la base). La quantité des urines en 24 heures est de 500 grammes; il n'y a ni sucre ni albumine; 18 grammes 30 d'urée par litre, soit par jour 9 grammes 15.

Le 4. Vésicatoire à la base droite.

Le 10. La malade se sent mieux. Les vomissements se sont définitivement arrêtés à la suite d'ingestion de pilules d'extrait thébaïque de 2 centigrammes une demi-heure avant chacun des principaux repas. La cyanose des ongles a disparu. Aujourd'hui douleurs assez vives au niveau de la partie supérieure gauche du ventre, au niveau de la zone sonore qui s'avancait en pointe vers l'ombilic et paraissait correspondre à une anse intestinale adhérente. La température, qui le matin est normale, monte le soir à 38° 4.

Le 12 elle s'élève à 39°.

Le 13 — 38,3, 38,2.

Le 14 — 37,7, 37,5. Le ventre offre toujours le même aspect, mais ses dimensions ont un peu augmenté. La circonférence ombilicale est de 89 centimètres, de l'ombilic au pubis 18 c., à l'appendice xyphoïde 20 c., à l'épine iliaque antéro supérieure

gauche 18 c., à l'épine iliaque antéro supérieure droite 20 c. La zone sonore, qu'on avait trouvée à gauche de l'ombilic, a disparu; matité à ce niveau. Il y a toujours de l'épanchement dans les deux plèvres, surtout à droite.

Le 15 — 37° 9 le matin, 38° 2 le soir.

Le 16. — OVARIOTOMIE par M. F. Terrier, assisté de MM. Berger, J. Championnière et Richelot, Incision médiane étendue de l'ombilic à 6 centimètres du pubis. Plusieurs pinces sont placées sur des vaisseaux assez abondants. On arrive ainsi au tissu cellulaire sous-péritonéal qui saigne beaucoup. A l'ouverture du péritoine s'écoule un peu de sérosité ascitique teintée de sang par suite de la déchirure du grand épiploon qui adhère à la fois au kyste et à la paroi. On débride en bas avec des ciseaux mousses. Le grand épiploon très adhérent à la masse polykystique est détaché et l'on y place deux pinces en T; une poche kystique qu'on voit à la partie inférieure est ponctionnée, c'est à peine s'il sort quelques gouttes de liquide.

L'orifice de la ponction est obturé avec une petite éponge. L'incision est agrandie vers le haut avec des ciseaux, en passant directement à travers l'ombilic jusqu'à 10 cent. de celui-ci. La tumeur est enclavée et immobile; dans les tentatives d'extraction, un kyste à parois minces se rompt. On place sur l'épiploon adhérent de nouvelles pinces en T. Le liquide du kyste rompu est épongé, puis évacué à l'aide de l'aspirateur et de la canule du trocart. Ne pouvant extraire par en haut la tumeur qui remonte jusqu'au diaphragme, M. Terrier va à la recherche du pédicule; celui-ci se trouve à droite et en bas de la première masse ponctionnée sans succès. Deux pinces courbes sont placées successivement et à une certaine distance l'une de l'autre sur ce pédicule que l'on sectionne entre les deux pinces. La tumeur peut alors être attirée en bas et au dehors par sa partie inférieure. On sectionne encore quelques adhérences épiploïques et deux brides qui unissaient la tumeur à la face postérieure de l'utérus. Trois ligatures en soie et en chaîne sont placées sur le pédicule; trois ligatures au catgut sur l'épiploon qui est largement réséqué;

deux ligatures au catgut sur les brides* qui unissaient l'utérus à la tumeur. Toilette minutieuse et répétée du péritoine. Suture des parois avec 12 fils profonds et 4 fils superficiels. Pansement de Lister complet. L'opération a duré cinquante minutes. Les anses intestinales étaient vascularisées mais ne présentaient pas d'adhérences importantes à la tumeur.

EXAMEN DE LA TUMEUR. — La partie solide pèse 6,320 grammes. Elle est formée de plusieurs lobes, dont deux principaux, un du volume d'une tête d'adulte, un autre encore plus volumineux et, dans l'angle de ces 2 lobes, un autre plus petit du volume et de la forme d'une rate. A la partie postéro supérieure de la grosse tumeur existe une cavité kystique. Toutes ces tumeurs sont encapsulées; la capsule qui les entoure offre un aspect fibreux, est épaisse, résistante et se décortique facilement.

Quant au tissu morbide lui-même, il se présente avec un aspect extérieur lobulé, les lobules atteignant quelquefois le volume d'un œuf. A la coupe il semble constitué par un stroma fibreux circonscrivant des aréoles de dimensions variables. La tumeur est en somme formée d'une foule de petites cavités kystiques : les unes du volume d'un pois et au-dessus; les autres, plus petites, à peine visibles à l'œil nu; les cavités les plus volumineuses sont généralement superficielles. Toutes contiennent un liquide quelquefois un peu jaunâtre, d'autrefois blanc-grisâtre, toujours visqueux, présentant le plus souvent l'aspect et la consistance du mucus nasal. La trame fibreuse donne à l'ensemble de la masse morbide une consistance assez ferme, par places mêmes cartilagineuse. La coloration générale de ces tumeurs est jaune par places ou blanc-grisâtre; la plus grosse est rouge, et sur cette teinte rouge se détache un piqueté rouge foncé comme hémorragique. Sur les portions d'épiploon réséqué on trouve, principalement le long des vaisseaux, de petites granulations grisâtres, un peu plus larges qu'une tête d'épingle.

L'examen histologique de la tumeur a été fait par M. Malassez, qui nous a remis la note suivante : « Les cavités kystiques présentent un revêtement épithélial comparable à celui des mu-

queuses : cylindrique calicoïforme, etc , et il est des points où il est pavimenteux, mais sans couche cornée. Dans les parties solides, outre le tissu fibreux ordinaire on rencontre les tissus les plus divers ; perles épidermiques, nodules cartilagineux, dont quelques-uns calcifiés, tissu ostéïde, lobules adipeux, faisceaux musculaires, etc. Bref, c'est une tumeur comparable aux tumeurs mixtes du testicule et qui forme comme un intermédiaire entre les kystes dermoïdes et les kystes mucoïdes. »

Le 16 soir 37° 6. 136 puls. 38 respirations. Deux vomissements porracés dans la journée. La malade se trouve mieux qu'avant l'opération. Glace, Champagne.

Le 17. Matin, 38°4. Pouls 128. Resp. 36. Le soir 38°2. Pouls 122. Respir. 34. Quelques douleurs abdominales légères. Demi piqûre de morphine ; glaces, Champagne.

Le 18. Matin 38°3. P. 124. R. 36. Le soir 38°6, P. 132, R. 36. Emission gazeuse par l'anus. Deux demi piqûres de morphine dans la journée. Glace, Champagne.

Le 19. Matin 38°5. P. 122. R. 32. Soir 38,5. P. 122. R. 30. Une piqûre de morphine. Quatre verres de lait. Champagne.

Le 20. Matin 38°5. P. 122. R. 32. La malade urine seule. Pansement. On enlève 6 fils profonds et 3 superficiels. Le soir 38°4. P. 116. R. 32.

Le 21. Matin 38°4. P. 110. R. 28. Soir 37°4. P. 118. R. 31. Rétention d'urine. Lait, potages, œufs.

Le 22. Matin. 37°4. P. 110 R. 30. Pansement. On enlève les six fils profonds et le fil superficiel qui restaient. Va bien. Toute la plaie est réunie. La malade a très bon appétit, mange du fîet, des potages. Soir 37°5.

Le 23. 36°6. 37°4. Appétit exagéré.

Le 24. 37°3. 37°4. Le soir ne se sent pas très bien. Petite indigestion.

Le 25. 37°7. 37°8.

Le 26. 37°1. 38°1.

Le 27. 37°4. 38°1. La malade se plaint d'insomnie. Avant l'opération elle ne pouvait dormir, dit-elle, à cause des douleurs abdo-

minales et des sensations d'étouffement qu'elle éprouvait. Aujourd'hui que douleurs et étouffements sont passés elle ne dort pas plus. Cauchemars. Sueurs nocturnes depuis l'opération. L'appétit, très vif il y a quelques jours, commence à diminuer; ce qu'on lui donne lui semble moins bon. Le manger l'étouffe, dit-elle. Aujourd'hui elle a un peu mal à la gorge et accuse de plus des douleurs au niveau de la partie latérale droite du cou.

Le 28. 37°7. 38°1.

Le 29. 37°9. 38°4.

Le 30. 37°6. 38°5.

Le 31. 37°5. 38°7.

Le 1^{er} novembre. 37°6. 38°4. La malade mange un peu. Cependant elle reste très maigre, très anémiée. Crampes d'estomac. Toujours un peu de douleur à la base du cou et à droite. Au niveau de la clavicule et de la région clavipectorale, réseau veineux abondant qui n'existe pas du côté opposé. A la palpation on constate sous la partie inférieure du sternomastoïdien du même côté une masse du volume d'un œuf de pigeon, dure, douloureuse, située au devant et au dehors du paquet vasculo-nerveux du cou. Les épanchements pleuraux se sont résorbés. On entend des frottements des deux côtés; à la base droite frottement parcheminé typique. Douleurs au niveau de la fosse iliaque gauche spontanée et à la pression. La leucorrhée que la malade avait avant l'opération a augmenté depuis celle-ci. Vésicatoire sur la fosse iliaque gauche. A partir de ce moment la température est toujours la même. 37°5, matin. Soir 38°5.

Le 4. Les sueurs nocturnes persistant toujours on donne tous les jours une granule d'atropine; formation probable d'un abcès au niveau du pédicule (tuméfaction douloureuse à son niveau)

Le 13. Ouverture spontanée d'un abcès sur la ligne médiane à un travers de doigt au dessous de l'ombilic. Un drain de 12 cent. environ est placé dans la cavité de l'abcès. Le lendemain, la température du soir reste à 37°5.

Le 15. 37°. 37°3. A partir de ce moment la température a toujours été à peu près normale.

Le 19. La vascularisation de la région clavipectorale droite a envahi le moignon de l'épaule ; le membre supérieur correspondant est un peu œdématisé. Dans l'aisselle on sent un cordon dur, douloureux. Phlegmatia de la veine axillaire.

Le 11 décembre. Depuis un mois l'état général s'est beaucoup amélioré. Le caractère a changé, est devenu gai ; le malade renaît. Il y a encore un peu de douleur à la pression du sommet de l'aisselle, mais la vascularisation a diminué ; l'œdème du membre a disparu. Un nouvel abcès en voie de formation, un peu à droite de la partie supérieure de la cicatrice, est ouvert aujourd'hui par une ponction au bistouri.

Le 13. L'abcès s'ouvre spontanément au niveau de la cicatrice, un peu à droite de l'incision faite l'avant-veille.

Le 25. Depuis huit jours la malade se promène. Poids 42 kilos 500.

Le 3 janvier 1884. L'abcès supérieur est fermé depuis quelque temps. Celui qui vient du pédicule est en voie de cicatrisation. Suppression du drain.

Le 20. Le ventre est souple et indolent dans sa totalité. Encore de la submatité à la base des deux poumons. Quelques frottements.

Le 22. Exeat. Poids 52 kilog.

Le 22 février 1884. Mlle D. revient nous voir ; elle est très notablement engraisée et pèse 56 kilogr., son état général est excellent ; les règles sont revenues le 1^{er} février et le 2 mars. Elles ont duré cinq jours sans déterminer des troubles locaux ou généraux.

Le trajet du tube placé dans l'abcès qui s'était développé au niveau du pédicule est complètement cicatrisé.

La cicatrice de la section abdominale est brunâtre et un peu saillante ; elle présente 16 c. 1/2 de long. dont 5 c. 1/2 au-dessus de l'ombilic. Déprimée à sa partie inférieure, au point où s'est ouvert l'abcès profond, la cicatrice est saillante partout ailleurs. Il y a un peu d'éventration au dessous de la cicatrice ombilicale. Au niveau de l'épaule droite, il existe encore un réseau veineux

assez développé qui indique la persistance d'une certaine difficulté de la circulation du côté des veines axillaire et sous clavière. Parfois même Mlle D. ressent encore quelques douleurs, quelques élancements sur le trajet des nerfs et des vaisseaux du bras, au niveau du creux axillaire.

Il persiste à droite une hernie épiploïque inguinale, non réductible.

Monsieur Terrier fait suivre la publication de cette observation des réflexions suivantes :

Cette observation est intéressante à plus d'un titre ; en effet, au début, alors que la tumeur offrait un petit volume, qu'elle était assez régulièrement arrondie et paraissait incluse dans le ligament large, on pensa à l'existence d'un kyste dermoïde, sans toutefois y attacher grande importance, une ponction exploratrice étant absolument nécessaire pour vérifier cette hypothèse. Ultérieurement quand la malade revint dans le service, l'existence clinique d'une tumeur polykystique était incontestable, si bien qu'il parut inutile d'y faire la moindre ponction.

Un autre point à signaler est l'accroissement rapide de cette néoformation et son retentissement sur l'état général : aménorrhée, amaigrissement, troubles digestifs intenses (diarrhée et vomissement, enfin l'apparition d'un double épanchement pleurétique d'où l'anhélation, etc.). Faut-il établir une relation entre cet état grave et la nature un peu spéciale de la tumeur ? Le fait est possible. Quoi qu'il en soit, malgré le double épanchement quelque peu amélioré par un traitement rationnel (vésicatoires et diurétiques), l'opération fut pratiquée et l'anes-

thésie fut parfaitement maintenue pendant près d'une heure par notre collègue et ami le D^r P. Berger, sans menaces d'asphyxie.

Cette opération fut pénible, vu les adhérences et surtout à cause du volume énorme de la masse polykystique, si bien qu'on dut utiliser un procédé tout particulier pour l'enlever (suit une appréciation du procédé opératoire).

Les suites de l'opération ont été bonnes; toutefois les digestions restèrent difficiles et la convalescence fut entravée par des accidents sérieux: apparition d'une phlegmatie alba dolens des veines du cou et de l'aisselle; formation d'un abcès dans la paroi et au niveau du pédicule, c'est à dire à droite.

La phlegmatia résultait évidemment de l'état général grave de la malade, quant à l'abcès, il nous paraît aussi tenir à la même cause et quelques faits analogues que nous avons pu observer plaident en faveur de cette interprétation.

Actuellement Mlle D, est parfaitement bien portante et comme on l'a vu les fonctions utéro-ovariennes ont reparu.

Quelques semaines plus tard, en avril 1884, Danguillecourt entra à l'hôpital pour une arthrite de l'épaule droite (tuméfaction, douleurs, etc.). Elle était à ce moment atteinte d'une blennorrhagie des plus caractérisées, urèthrite et vaginite. Cette arthrite, diagnostiquée de nature blennorrhagique nécessita un séjour de deux mois 1/2 à l'hôpital. A sa sortie D... avait encore l'épaule très roide mais non tuméfiée.

La fosse iliaque droite et le creux épigastrique étaient encore fort douloureux en ce moment (sensibilité à la pression de la ceinture abdominale et du corset). Sensation de barre à l'estomac.

La menstruation revenue la première fois le 2 février, puis le 2 mars est assez irrégulière. L'écoulement menstruel est très abondant lors du retard dans l'apparition des règles ; celles-ci sont très douloureuses lorsqu'elles apparaissent prématurément.

En octobre 1884, à l'occasion d'une marche forcée, la malade souffre un peu plus du côté droit et découvre l'existence d'une tumeur dans le flanc droit.

En décembre 1884, nouvel abcès au niveau du pédicule de l'ovariotomie antérieure.

En février 1885, D... est prise de vomissements alimentaires pendant 4 ou 5 jours. Son ventre grossit suffisamment pour qu'elle ne puisse plus mettre sa ceinture. Elle revient voir M. Terrier qui constate l'existence de masses dures dans l'abdomen surtout à gauche. L'épaule droite est raide, le deltoïde très notablement atrophie ainsi que les muscles du bras.

Du commencement de février 85 à la fin de mars de la même année, l'abdomen augmente peu à peu de volume et la malade constate l'existence d'une tumeur au niveau de l'ancienne fistule, au tiers inférieur environ de la cicatrice. — Vomissements, douleurs de reins et dans les jambes.

A la fin de mars 1885, l'abdomen se développe très rapidement et il apparaît des ganglions dans les deux aînes, La hernie épiploïque inguinale droite non réductible, dont le malade ne se préoccupait plus, durcit et augmente de volume. Amaigrissement, troubles dyspeptiques, douleurs abdominales. Elle rentre à l'hôpital le 30 avril 1885, absolument défaits, réclamant une nouvelle opération.

Depuis son entrée jusqu'au 1^{er} juin environ, M^{lle} D... se trouvait beaucoup mieux, s'alimentait bien, sans vomir, sans grandes douleurs. Dernières règles, le 22 mai, en retard de cinq jours, peu abondantes.

Le 1^{er} juin, vive contrariété : a cru qu'on ne l'opérait pas ; est immédiatement reprise de vomissements continuels et de fièvre, étouffements, fortes douleurs dans les deux côtés de la poitrine

et dans le creux épigastrique. Diarrhée pendant trois jours. Température monte deux fois le 7 et le 11 au-dessus de 38°, rien d'appréciable du côté du thorax.

15 juin 1885. — *État actuel.* Cicatrice de 24°, ombilic légèrement saillant; à l'extrémité inférieure de la cicatrice trace de l'ouverture du dernier abcès; à 5 centimètres au-dessus, masse irrégulière, mollassée, adhérente à la peau, du volume d'une grosse noix, bosselée. Ventre symétrique. Pas de dilatation veineuse, pas d'œdème de la paroi abdominale ni de la vulve. Polyadénite inguinale bilatérale; une masse indurée, du volume d'un gros œuf de poule, occupe la partie supérieure de la grande lèvre droite et remonte jusqu'à l'anneau inguinal.

La palpation révèle l'existence, dans l'abdomen, de deux masses dures, occupant tout le côté droit de l'abdomen. La supérieure, très mobile transversalement, occupe l'hypochondre droit et déborde quelque peu la ligne médiane. L'hypochondre droit est très douloureux à son niveau. L'abdomen est sonore depuis l'appendice xyphoïde, jusqu'à la mi-distance de cet appendice à l'ombilic (limite supérieure de la cicatrice). Matité et fluctuation dans tout le reste de l'abdomen. Au toucher vaginal, l'utérus, remonté derrière le pubis, paraît immobilisé. Le cul-de-sac antérieur est libre; les parois du vagin ne sont plus souples et à travers elles on sent des bosselures mal définies, occupant les culs-de-sac latéraux et le cul-de-sac postérieur.

La mensuration donne : circonférence ombilicale 90°. Distance de l'ombilic à l'appendice xyphoïde, 20; au pubis, 17; à l'épine iliaque antéro-supérieure droite, 19; à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, 20.

Cédant aux instances réitérées de la malade, M. Terrier se décide à l'opérer.

Deuxième opération, le 16 juin 1885, par M. Terrier, assisté de MM. J. Championnière et Berger.

Incision médiane sur l'ancienne cicatrice, traversant la petite tumeur qui se trouve adhérente à la paroi à ce niveau. L'ouverture du péritoine, laisse écouler environ 5 litres de liquide ascitique, sanguinolent.

Tout le péritoine pariétal est blindé par une épaisse plaque néoplasique; l'épiploon est infiltré de granulations cancéreuses et l'intestin est recouvert d'un semis granuleux de même nature. Une tumeur, du volume d'une tête d'enfant à terme, se trouve dans le flanc droit. Elle est développée dans le mésentère, fait saillie à droite en soulevant son feuillet droit et est adhérente au bord fixe de l'intestin grêle; on peut néanmoins l'enlever en la pédiculisant tant bien que mal. Ligature avec un fort fil de soie et section de la tumeur au dessus de ce fil. Cette section ouvre deux poches kystiques, l'une pleine de liquide visqueux brunâtre l'autre de liquide visqueux lactescent. Le petit bassin est entièrement occupé par une masse polykystique adhérente de toutes parts. Toilette minutieuse du péritoine et suture avec 10 fils profonds et 6 superficiels. Pansement de Lister complet. L'opération a duré 32 m.

La malade, dans un état déplorable avant l'opération, est extrêmement abattue après celle-ci et meurt à 7 heures du soir.

Examen de la tumeur. La tumeur mésentérique est immédiatement portée au laboratoire d'histologie du Collège de France, et classée sous le n° 53, Série G. Elle est constituée par une masse mollassse sarcomateuse, entourée d'une coque blanchâtre fibreuse. Cette coque est composée en un point de plusieurs feuillets, et l'on peut constater très facilement que le feuillet le plus superficiel s'est d'abord rompu, distendu qu'il était par son contenu. Par cet orifice, a fait saillie une masse également encapsulée. Puis la coque de cette masse ainsi herniée, s'est elle-même rompue et a donné issue à des bourgeons exubérants, qui ont, selon toute probabilité, été le point de départ des hémorrhagies accusées par la coloration du liquide ascitique. Aussitôt apportée au laboratoire, à 2 heures après-midi, elle est soumise à l'examen de M. Malassez. Sectionnée, elle se trouve composée d'une infinité de kystes à contenu visqueux, de couleur variable et de volume très différent, toujours très-petits. Ce tissu d'aspect aréolaire est gris-rougeâtre par place, un peu plus jaunâtre en d'autres, et

présente en certains points des arêtes dures, comme osseuses. Certains fragments sont mis dans l'alcool; d'autres comprenant des aiguilles osseuses, sont mis à décalcifier dans l'acide picrique.

Raclée immédiatement, la tumeur présente ces particularités intéressantes: Sa paroi externe est tapissée de cellules plates ou cylindriques, très basses, sans cils vibratiles, tandis que le raclage des cavités kystiques a détaché de leur parois de nombreuses cellules caliciformes, cylindriques sans cils vibratiles et cylindriques à cils vibratiles. Les cils sont encore animés de vibrations très rapides. Les cellules sont en voie de dégénérescence graisseuse

AUTOPSIE LE 18 JUIN A 10 H. du matin 39 heures post-mortem. La putréfaction est déjà très avancée, surtout pour les organes abdominaux. A l'ouverture de l'abdomen, nous trouvons dans le flanc droit une petite quantité de liquide sanguinolent, altéré. Les intestins ne sont ni congestionnés, ni adhérents. En somme pas de péritonite. La paroi abdominale est tapissée d'une vraie cuirasse cancéreuse. Le cancer a d'ailleurs envahi tout le péritoine; surface du foie (rien dans le tissu hépatique lui-même) ligament falciforme, épiploon, mésentère, péritoine pariétal, rien n'a échappé Le grand épiploon est fixé par des adhérences cancéreuses vers l'anneau inguinal gauche. Au niveau du pédicule de la tumeur mésentérique enlevée il s'est produit un léger suintement sanguin, bien que le fil de soie soit encore à sa place. Tous les ganglions lymphatiques de l'abdomen sont envahis par le cancer. Il existe d'énormes masses cancéreuses ganglionnaires le long des vaisseaux iliaques droits et gauches. A droite où cette chaîne ganglionnaire est la plus volumineuse, elle s'est frayée un passage hors de l'abdomen à travers l'anneau inguinal distendu par une hernie intestinale ou épiploïque antérieure. La tumeur sortie ainsi de l'abdomen et descendue jusque dans la grande lèvre droite, a le volume d'un gros œuf. Le petit bassin est occupé par une masse solide où il est d'abord assez difficile de s'orienter; on distingue cependant sur la ligne médiane (ou à peu près) l'utérus; à gauche de l'utérus une masse kystique du volume d'un œuf adhérente de toutes parts au petit

bassin. Cette masse comprend plusieurs kystes à contenu variable; trois d'entre eux sont manifestement hémorragiques et remplis de caillots.

Il est impossible de reconnaître l'ovaire ou la trompe au milieu de ce chaos. A droite de l'utérus il existe aussi une masse informe, dure en certains points, liquide en d'autres, et où il est impossible de rien distinguer.

L'utérus est recouvert de noyaux néoplasiques, mais ces noyaux sont limités au seul péritoine, le tissu utérin est absolument normal.

La rate présente deux petits grains calcaires dans son épaisseur. Le rein gauche se décortique facilement, il est gros et gras, nullement atrophié. Le rein droit, qui se décortique également bien, est petit et ratatiné; l'atrophie porte surtout sur la substance corticale. L'état de putréfaction avancée des deux reins rend impossible tout examen histologique.

Les plèvres sont envahies par le cancer. Des noyaux cancéreux s'observent sur la face convexe du diaphragme dans les deux plèvres diaphragmatiques. La plèvre droite paraît prise dans son entier.

Le poumon droit resserré dans cette coque pleurale épaisse est tout ratatiné. Il existe un épanchement sanguinolent d'environ 1/2 litre enkysté au sommet du poumon droit. Le poumon gauche est congestionné surtout à sa base.

Le cœur est plein de caillots fibrineux et sain en apparence.

Recherchant alors l'état de l'*articulation scapulo humérale* droite et des organes contenus dans le creux de l'aisselle nous trouvons de nombreux ganglions axillaires développés, du volume d'un haricot, d'une lentille; aucun ne paraît suppuré. Les vaisseaux sanguins (artère et veine axillaires, veines humérales) sont parfaitement perméables au sang. La synoviale articulaire est épaissie; il existe quelques fongosités sur le trajet du tendon du biceps et à la partie inférieure et postérieure du bourrelet fibro cartilagineux se trouve une masse jaunâtre d'aspect adipeux. (L'examen histologique a démontré que c'était un amas de fibrine). Les cartilages sont absolument détruits. Les surfaces articulaires déformées et

presque planes sont recouvertes d'une couche de fongosités bourgeonnantes d'épaisseur variable.

La tumeur de la grande lèvre droite a l'aspect de toutes les autres masses kystiques. Elle est composée d'un tissu d'aspect aréolaire, les aréoles formant des cavités mal limitées, pleines de bourgeon grisâtre et laissant écouler un suc lactescent.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — Le raclage des pièces anatomiques recueillies à l'autopsie ne peut fournir aucun renseignement précis les préparations ainsi obtenues sont pleines de bactéries de la putréfaction. Les cellules épithéliales sont altérées; leur protoplasma a disparu, il ne reste plus que les noyaux.

De nombreuses coupes faites sur des fragments variés de la tumeur méésentérique montrent que cette tumeur est de nature épithéliale, et sur des coupes faites par M. Malassez lui-même et examinées par lui, il est de toute évidence que cette tumeur comprend toutes les variétés de tissu. On y trouve des masses épithéliales disséminées dans le stroma conjonctif et formées d'épithélium pavimenteux simple; dans d'autres les cellules pavimenteuses sont crénelées comme celle du corps muqueux de Malpighi. Dans un même kyste on trouve souvent un revêtement épithélial variable formé en certains points de cellules à cils vibratiles, en d'autres de cellules cylindriques sans cils vibratiles, de cellules caliciformes, de cellules cubiques, presque plates. Dans le tissu conjonctif on trouve des bulbes pileux en voie de formation, (sur une de nos coupes il existe un poil parfaitement développé) des glandes sebacées, des cellules adipeuses. En certains points s'observent des nodules cartilagineux (cartilage embryonnaire, cartilage adulte) des lamelles osseuses (tissu compacte, tissu spongieux, moelle des os), des cellules musculaires lisses, enfin M. Malassez a observé dans certaines coupes des éléments qu'il croit être des cellules nerveuses; mais il réserve ce point pour des recherches ultérieures.

La tumeur méésentérique présente aussi des particularités intéressantes pour l'étude du développement des kystes secondaires. On voit en effet en plusieurs points et sur plusieurs de ces coupes, des bourgeons épithéliaux pleins se continuant avec le revêtement

épithélial d'une cavité kystique partir du bord de cette cavité et plonger dans le tissu cellulaire voisin. Les cellules qui occupent le centre de ces bourgeons épithéliaux sont légèrement altérées, et les cellules périphériques se groupent en revêtement.

En aucun point nous n'avons trouvé l'aspect du carcinome. Aucun des fragments examinés ne faisait, il est vrai, partie de ce bourgeon exubérant saillant à la surface de la tumeur et qui peut-être regardé comme le point de départ probable de la généralisation.

Les autres tumeurs recueillies 39 heures après la mort étaient toutes plus ou moins putréfiées. Les tumeurs pleurales seules ont subi peu d'altération. Les coupes provenant des tumeurs intra-abdominales altérées ne se colorent que très imparfaitement. Leur examen est très difficile.

Le noyau cancéreux sous péritonéal, développé au niveau de la cicatrice de la première laparotomie, présente à la coupe un nombre considérable de cellules embryonnaires. Ces cellules sont tellement nombreuses qu'on croirait avoir affaire à un bourgeon charnu si en certains points on ne rencontrait de grosses travées conjonctives formant des alvéoles. Dans ces alvéoles se trouvent comprises de grosses cellules épithélioïdes. Le tissu présente donc ici la structure du carcinome.

La tumeur formée par le grand épiploon épaissi est constituée d'éléments cellulaires compris dans une trame conjonctive. Les éléments cellulaires sont presque tous embryonnaires. De loin en loin seulement on rencontre quelques nids de cellules ayant le caractère épithélioïde. Ces cellules sont supportées par une trame. Le réseau qui constitue cette trame est composé en certains points de faisceaux de tissu conjonctif adulte. Mais, en d'autres points, il devient très délié et fin et l'on croirait avoir sous les yeux une coupe de lymphadénome. — Les nombreux vaisseaux de cette tumeur sont pour la plupart adultes et ne présentent, par conséquent, pas d'éléments embryonnaires dans leur paroi. Le néoplasme enveloppe les lobules graisseux de l'épiploon et semble même les envahir à leur périphérie. En résumé, d'après cette description et d'après ce que nous savons de la struc-

ture des autres tumeurs, nous pouvons dire que celle-ci est probablement constituée de carcinôme.

A la surface de la tumeur de la grande lèvre droite on trouve une enveloppe conjonctive parcourue par de nombreux vaisseaux. Dans la masse de la tumeur se trouvent des tissus d'aspect différent. Sur quelques points il existe de petites cellules rondes serrées les unes contre les autres entre lesquelles on découvre un réseau conjonctif très fin : cela rappelle la structure d'un ganglion lymphatique. Ailleurs on voit des faisceaux de tissu conjonctif lâche dans les interstices desquels se trouvent des cellules d'aspect variables ayant pour la plupart subi la dégénérescence granulo-graisseuse. Mais la plus grande partie de la coupe est occupée par des travées de tissu conjonctif formant des alvéoles irrégulières remplies de matières caséuse. Etant donné l'état de putréfaction très avancée de cette tumeur, nous ne pouvons guère être bien affirmatifs sur sa nature. Il nous semble néanmoins très probable qu'il s'agit ici d'un ganglion envahi par le carcinôme dont les éléments ont subi rapidement la dégénérescence caséuse.

Les nodules de la *plèvre diaphragmatique*, heureusement beaucoup moins altérés que les tumeurs précédentes, nous ont permis de déterminer exactement leur nature. Ils présentent tous les caractères du carcinôme. En aucun point on ne trouve de tubes épithéliaux.

Des fragments du *poumon droit* examinés ont fait reconnaître autour du tissu pulmonaire une enveloppe pleurale épaisse, infiltrée de tissu embryonnaire. Le tissu pulmonaire sous-jacent à la plèvre est lui-même fortement enflammé et présente les lésions de la pneumonie interstitielle. Pas d'épithélioma.

La *surface articulaire humérale* a été examinée après décalcification par l'acide picrique. La masse jaunâtre, d'aspect adipeux à l'état frais, est constituée par de la fibrine. La presque totalité du cartilage diarthrodial est remplacée par du tissu fibreux ancien (inflammation chronique) avec cellules plates fusiformes groupées par place. L'humérus est atteint d'ostéite raréfiante peu active,

la moelle est grasseuse et non embryonnaire. Il n'y a pas trace d'épithélioma dans cette articulation. Il s'agit évidemment d'une arthrite chronique très probablement non tuberculeuse. Les lésions observées sont plutôt celles qu'on rencontre dans l'arthrite sèche.

Réflexions. Aux réflexions dont M. Terrier faisait suivre la publication de la première partie de cette observation, et que nous avons reproduites plus haut, nous ajouterons les suivantes qui nous sont inspirées par le deuxième acte de la maladie Danguillecourt et par l'examen histologique des nombreuses pièces recueillies après la deuxième opération et à l'autopsie.

A peine considérée comme guérie après la première opération, Danguillecourt fut reprise d'accidents divers, abcès, etc.

Il est assez intéressant de voir survenir chez cette femme une arthrite de l'épaule, de nature blennorrhagique, bientôt arthrite chronique, et l'on conçoit qu'on aurait peut être pu rattacher cette arthrite à l'envahissement général par le néoplasme.

L'amélioration rapide de l'état général survenant après la première opération semblait indiquer un temps d'arrêt dans l'évolution de la maladie ; mais la récurrence et la généralisation n'ont pas tardé à s'accuser. Dans ce cas comme dans beaucoup des précédents il y avait de l'ascite sanguinolente, de la pleurésie hémorrhagique, des adhérences.

La tumeur ovarique primitive était de nature épithéliale mixte, intermédiaire aux kystes dermoïdes et aux

kystes mucoïdes. Les tumeurs secondaires sont de deux types différents. La plupart sont constituées de carcinôme. Une seule, la plus intéressante sans contredit, présentait la même nature épithéliale mixte que celle de la tumeur primitive. Cette tumeur secondaire mésentérique présente ce champignon végétant faisant hernie à l'extérieur comme dans l'observation n° 144.

On voit que cette variété de tumeur kystique de l'ovaire, analogue aux tumeurs mixtes du testicule, est de nature maligne. La récidive et la généralisation se font à courte échéance. La récidive peut se faire dans d'autres organes avec le même caractère de tumeur mixte, renfermant toutes les variétés de tissu ou sous forme de carcinôme, ainsi que cela a eu lieu dans le cas actuel pour l'épiploon, les plèvres, etc.

Ceci semble bien en rapport avec la nature complexe de la tumeur et explique suffisamment, croyons-nous, la place que lui assigne M. Malassez, place intermédiaire aux kystes mucoïdes et aux kystes dermoïdes.

OBS. CXLVI. — PANAS. (*Bull. soc. chirurgie* 1874, p. 324). — Femme opérée d'un kyste multiloculaire proliférant à contenu gélatineux avec une loge remplie de magma mélicérique, de cristaux de cholestérine et de poils.

Opérée en 1871. En 1873, dix-huit mois après l'opération, amaigrissement extrêmement rapide. Dégénérescence cancéreuse des ganglions inguinaux, ilio-lombaires, axillaires, cervicaux. La peau elle-même est envahie ainsi que les deux mamelles, l'omoplate, les deux clavicules et divers points de la colonne vertébrale.

OBS. CXLVII. — SPENCER WELLS. *Edit. angl. p. 104.* — Incision exploratrice. Veuve de 51 ans. Tumeur abdominale avec ascite datant de 12 ans. Opération le 3 août 1858. Noyau cancéreux dans la paroi abdominale sous les fausses côtes droites. Utérus et ovaires fusionnés. Mort dix jours après l'opération. Autopsie. Ascite. Tumeur de la paroi examinée par le D^r Junker est composée de tissu conjonctif fibrillaire et de grosses cellules oblongues nucléées en dégénérescence graisseuse avancée. Tumeur formée par les ovaires fusionnés fut examinée par Wilson Fox. Dégénération kystique ordinaire. Peu de portions solides. Grandes bandes de dégénérescence graisseuse. Formation dermoïde (kyste sébacé et pilifère) limitée à une petite portion de la tumeur et à un ou deux kystes. Dans ce point, grande abondance de matière sébacée.

Obs. CXLVIII. — Dans les registres du laboratoire d'Histologie du collège de France nous avons trouvé série C, n^o 55 la description suivante d'une pièce apportée au laboratoire par M. Leroux, le 5 novembre 1877.

La pièce considérée comme composée d'un kyste dermoïde de l'ovaire droit et d'un myxome de l'ovaire gauche avec tumeurs secondaires, provenait de l'autopsie d'une femme de 34 ans, dont la maladie remontait à 15 mois environ. Voici la description macroscopique de la pièce.

L'ovaire droit est occupé par un kyste dermoïde du volume d'une pomme. La paroi de ce kyste d'épaisseur variable (plus d'un centimètre dans le point le plus épais), présente un aspect myxomateux et contient dans son épaisseur de petits kystes analogues à ceux que l'on trouve dans l'ovaire gauche. A la face interne du kyste existe une petite tumeur à contenu sébacé présentant quelques poils implantés à sa surface.

L'ovaire gauche présente l'aspect d'une masse gélatineuse polykystique (myxôme) plus petite que l'ovaire droit. Il existait des

tumeurs secondaires sur le péritoine : Noyaux sur la vessie et l'utérus. Masse ganglionnaire pelvienne volumineuse ayant la même apparence myxomateuse que l'ovaire gauche. Il existait aussi quelques noyaux semblables dans le foie.

L'examen histologique montre les particularités suivantes : A côté de cavités d'aspect mucoïdes, tapissées d'épithélium pavimenteux, cylindrique, à cils vibratiles se trouvent des points manifestement dermoïdes où l'on remarque des glandes sébacées avec le poil auquel elles sont annexées, des glandes sudoripares. En certains endroits il existe du tissu cartilagineux ; en d'autres endroits on rencontre du myxôme.

Les tumeurs secondaires n'ont malheureusement pu être examinées. »

Dans ces trois dernières observations, l'examen histologique des tumeurs secondaires n'a malheureusement pas été fait ou bien nous paraît insuffisant (147).

Il eût été pourtant singulièrement intéressant de savoir si les tumeurs secondaires reproduisent dans ce cas la tumeur primitive sous tous ses aspects ou seulement sous l'un de ceux-ci.

Nous ne pouvons rien conclure d'un si petit nombre d'observations. Nous nous proposons d'ailleurs de continuer ultérieurement nos recherches et d'approfondir s'il se peut ce sujet intéressant.

CHAPITRE IV

GÉNÉRALISATION DES KYSTES DERMOÏDES

Nous annexerons aussi à notre travail à titre de document les quatre observations suivantes :

Les deux premières, auxquelles font allusion MM. Corni¹ et Ravier dans la deuxième édition de leur manuel d'histologie pathologique, ont été communiquées par Babin²ski à la Société anatomique en mai 1883. Elles tendraient à prouver que les kystes dermoïdes peuvent devenir le point de départ d'épithélioma, susceptibles lui-même de s'étendre à l'utérus, à l'épiploon, au duodénum, au foie, à la rate, au poumon. Ces deux observations se rapprochent donc quelque peu des quatre observations précédentes.

Quant à nos deux dernières observations dues à Fraenkel et dont nous donnons ici la traduction *in extenso* elles

tendraient à démontrer la possibilité pour les kystes dermoïdes de donner naissance à des productions secondaires de nature dermoïde.

OBS. CXLIX. — BABINSKI. *Bull. Soc. anat.*, mai 1883. — Deux cas d'épithélioma pavimenteux ayant vraisemblablement pour point de départ un kyste dermoïde de l'ovaire.

Femme 69 ans. Epithélioma pavimenteux du duodénum, de l'épiploon, de l'ovaire, du foie, de la rate et du poumon droit.

Conclusions. — Il est plus probable que ce kyste qui était tapissé par de l'épithélium pavimenteux, était un kyste dermoïde et que c'est aux dépens du revêtement épithélial de ce kyste que l'épithélioma de l'ovaire et consécutivement l'épithélioma des autres organes se sont développés.

Le kyste dermoïde aurait donc subi une dégénérescence épithéliomateuse à la manière des épithélioma normaux; tels que l'épithélioma des muqueuses et de l'épiderme.

OBS. CL. — 2^e cas communiqué par M. le professeur Cornil. — Epithélioma des ovaires et du corps de l'utérus.

Ici, comme dans l'observation précédente, aucun des organes revêtus à l'état normal par de l'épithélioma pavimenteux n'était malade. Les ovaires seuls et la partie supérieure de l'utérus étaient dégénérés. Un kyste dermoïde affirmait sa présence par l'existence de cheveux et à ce point de vue ce cas est plus net que le précédent. L'interprétation, invoquée dans la 1^{re} observation est ici, d'après nous, encore plus plausible. Le kyste dermoïde paraît bien avoir été le point de départ de l'épithélioma.

OBS. CLI. — *Kystes dermoïdes* de l'ovaire avec productions dermoïdes (avec cheveux) dans le péritoïne.

D^r FRAENKEL in *Wiener Med. Wolkenschrift* n^{os} 28, 29, 30, 1883.

Femme 37 ans. Début 2 ans. Opérée le 9 décembre 1882. Kyste dermoïde de l'ovaire gauche. Tumeurs dermoïdes de l'épiploon et du péritoine : cheveux poussant librement dans la cavité péritonéale, tumeurs kystiques sessiles ou pédiculées. L'ovaire droit également kystique fut enlevé. Péritonite aiguë, mort le lendemain.

Autopsie. — Masses dermoïdes contenant, quelques-unes des cheveux, le plus grand nombre seulement de la graisse, disséminées sur tout le péritoine, le foie, le méso-colon, les intestins, etc. Masses sébacées et chevelues, libres dans le petit bassin. La tumeur ovarique, contient des cheveux et de la matière sébacée.

La face interne du kyste a l'aspect épidermique, ou muqueux suivant les places, elle est soulevée par des tumeurs pleines de matière sébacée ou formées de tissu fibreux assez dense.

Examen microscopique. — Péritonite chronique généralisée. Les tumeurs épiploïques, composées d'un stroma conjonctif lâche, très vasculaire, contiennent de nombreux follicules pileux mal développés.

Dans aucune des tumeurs ovariques ou autres on ne trouva autre chose que des follicules pileux. Aucune glande sébacée, aucune autre particularité intéressante.

OBS. CLII. *Fraenkel (loc cit)*, F. 41 ans. Tumeur développée en 15 ans, opérée le 21 mai 1881. Kyste dermoïde de l'ovaire droit avec végétation dermoïdes analogues dans le mésentère. Mort de péritonite aiguë le 23 mai. Autopsie par le D^r Kollisko. Nombreux kystes dermoïdes à contenu mélicérique de la grosseur d'un grain de chènevis à celui d'une noisette sur le péritoine du petit bassin et le revêtement péritonéal de l'iléon, du cœcum et du colon. Kystes dermoïdes du volume d'une noix dans le cul de sac de Douglas. Kystes analogues de l'ovaire gauche et de la face postérieure du ligament large droit.

Passant en revue les cas publiés jusqu'ici de coexistence de plusieurs kystes dermoïdes, Fraenkel envisage les deux hypothèses : coexistence de kystes d'origine contemporaine (inclusion fœtale) ou généralisation à tout le péritoine d'une kyste dermoïde de l'ovaire (par invasion dans le péritoine des éléments dermoïdes (?) à la suite d'une rupture du kyste). Sans se prononcer catégoriquement, il penche plutôt pour la seconde hypothèse, s'appuyant sur l'existence de péritonite chronique dans les deux cas.

Un grand nombre de faits expérimentaux viennent d'ailleurs donner leur appui à l'hypothèse de la généralisation de ces tumeurs par greffe des éléments dermoïdes qui les constituaient.

Les nombreuses expériences du professeur Masse (de Bordeaux) (Kystes de l'Iris chez Masson, 1885), de Dooremaal en Hollande, de Hosch en Suisse, de Goldzieher, Schweninger, Humbold et Berthod en Allemagne, de Gallenga et Goella en Italie ont démontré qu'on peut à volonté faire développer par greffe chez les animaux des kystes, des tumeurs perlées et même des tumeurs dermoïdes de l'Iris, en tout semblables à celles que nous observons chez l'homme.

Le professeur Masse de Bordeaux a aussi expérimenté sur le péritoine des animaux et est parvenu à provoquer le développement de tumeurs dermoïdes dans cette séreuse en y introduisant des fragments de peau et même des segments de membres d'un animal de même espèce. Il ne serait donc pas impossible qu'un kyste dermoïde de l'ovaire soit devenu, par la rupture d'une de ses poches et l'arri-

vée du contenu de cette poche dans le péritoine, le point de départ de tumeurs dermoïdes secondaires.

CONCLUSIONS

- 1° Que les tumeurs dermoïdes secondaires peuvent donner naissance à des tumeurs secondaires.
- 2° Que cette généralisation de l'épithélioma peut se faire dans le cas de kystes profonds simples.
- 3° Qu'elle paraît, jusqu'à ce jour, être plus fréquente lorsqu'il existe dans les parois des kystes des productions épithéliales du type adénoïde, des productions carcinomateuses.
- 4° Que les tumeurs secondaires siègent de préférence sur le péritoine où elles semblent rester localisées dans le cas de tumeurs du type adénoïde.
- 5° Que néanmoins ces néoplasmes secondaires peuvent s'étendre à la plèvre surtout lorsque la prolifération du bourgeonnement des éléments épithéliaux est intense ou que ces éléments épithéliaux infiltrent le tissu conjonctif du stroma de la tumeur au point de donner l'impression du tissu carcinomateux.

CONCLUSIONS

De l'ensemble de notre travail, il nous paraît résulter que :

1° Les épithéliomas kystiques multiloculaires de l'ovaire peuvent donner naissance à des tumeurs secondaires ;

2° Que cette généralisation de l'épithélioma peut se faire dans le cas de kystes prolifères simples ;

3° Qu'elle paraît, jusqu'à ce jour, être plus fréquente lorsqu'il existe dans les parois des kystes des productions épithéliales du type adénoïde, des productions carcinoïdes, ou lorsque la tumeur est en dégénérescence colloïde.

4° Que les tumeurs secondaires siègent de préférence sur le péritoine où elles semblent rester localisés dans le cas de tumeurs du type adénoïde.

5° Que néanmoins ces néoformations secondaires peuvent s'étendre à la plèvre surtout lorsque la prolifération ou le bourgeonnement des éléments épithéliaux est intense ou que ces éléments épithéliaux infiltrent le tissu conjonctif du stroma de la tumeur au point de donner l'impression du tissu carcinomateux.

6° Entre les kystes mucoïdes de l'ovaire et les kystes dermoïdes doit prendre place tout une série de tumeurs complexes réunissant en proportion variable dans leur structure les caractères de ces deux ordres de tumeurs.

7° Ces tumeurs mixtes de l'ovaire sont susceptibles de se généraliser rapidement.

8° Les kystes dermoïde eux-mêmes peuvent être le point de départ de tumeurs secondaires.

9° Ces néoformations secondaires peuvent revêtir les caractères de l'épithélioma pavimenteux ou être de véritables productions dermoïdes.

10° Cliniquement on pourra soupçonner la nature maligne d'un kyste ovarique par la réunion des symptômes suivants : amaigrissement et cachexie rapide, développement rapide de la tumeur ; ascite, surtout si celle-ci est sanguinolente, adhérences de la tumeur au petit bassin, apparition de pleurésie ou de phlegmatia.

Vu et permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

Vu, le Président de thèse,
T. TRÉLAT.

Vu : *Le Doyen*,
BÉCLARD.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	5
PREMIÈRE PARTIE.....	11
DEUXIÈME PARTIE.....	21
CHAPITRE I ^{er} . — Récidive sur l'ovaire du côté opposé.....	24
CHAPITRE II. — A. Observations.....	32
B. Etude critique des observations.....	113
(a) Observations considérées en bloc.....	113
(b) Kystes végétants.....	117
(c) Observations avec examen histologique.....	122
(d) Résumé.....	129
CHAPITRE III. — Tumeurs mixtes de l'ovaire.....	134
CHAPITRE IV. — Généralisation des kystes dermoïdes.....	159
CONCLUSIONS.....	164

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 1

Première partie 1

Deuxième partie 1

CHAPITRE I. — Description des kystes 1

CHAPITRE II. — A. Observations 1

B. Étude critique des observations 1

(a) Observations considérées en elles-mêmes 1

(b) Kystes récents 1

(c) Observations concernant l'histologie 1

(d) Résumé 1

CHAPITRE III. — Tumeurs mixtes de l'ovaire 1

CHAPITRE IV. — Généralisation des kystes dermoïdes 1

CONCLUSION 1

