



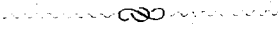
LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE  
DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE

UN CAS  
DE  
KYSTOME OVARIQUE  
SIMULANT UN MYXOME

PAR  
FAUSTO BUZZI  
ANCIEN ASSISTANT D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE  
*Médecin diplômé de la Confédération suisse*

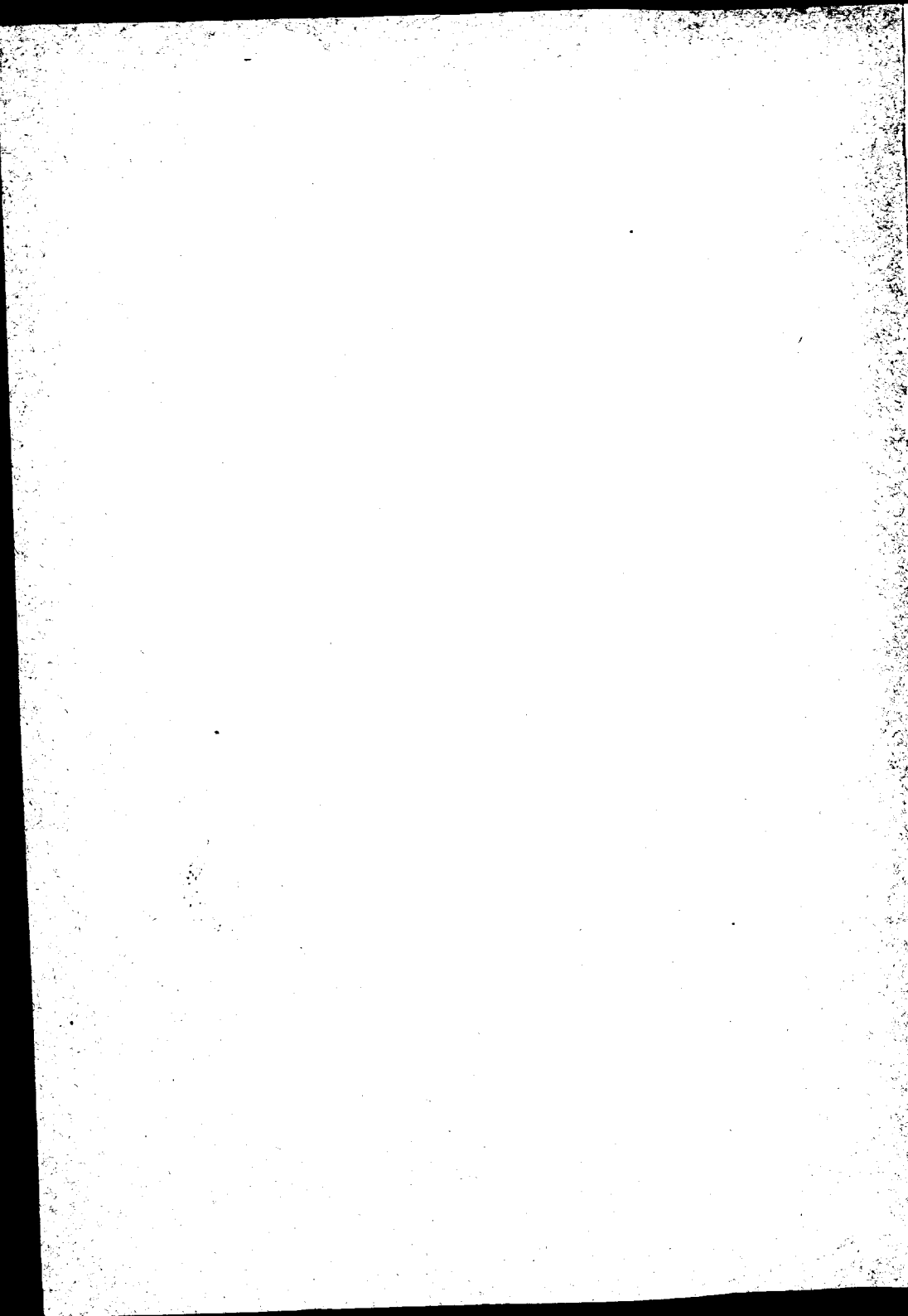


Thèse inaugurale présentée à la Faculté de Médecine de Genève  
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine.



GENÈVE  
IMPRIMERIE SCHIRA

1885



LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE

-----

UN CAS

DE

# KYSTOME OVARIQUE

SIMULANT UN MYXOME

PAR

**FAUSTO BUZZI**

ANCIEN ASSISTANT D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

*Médecin diplômé de la Confédération suisse*

-----

Dissertation inaugurale présentée à la Faculté de Médecine de Genève  
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine.

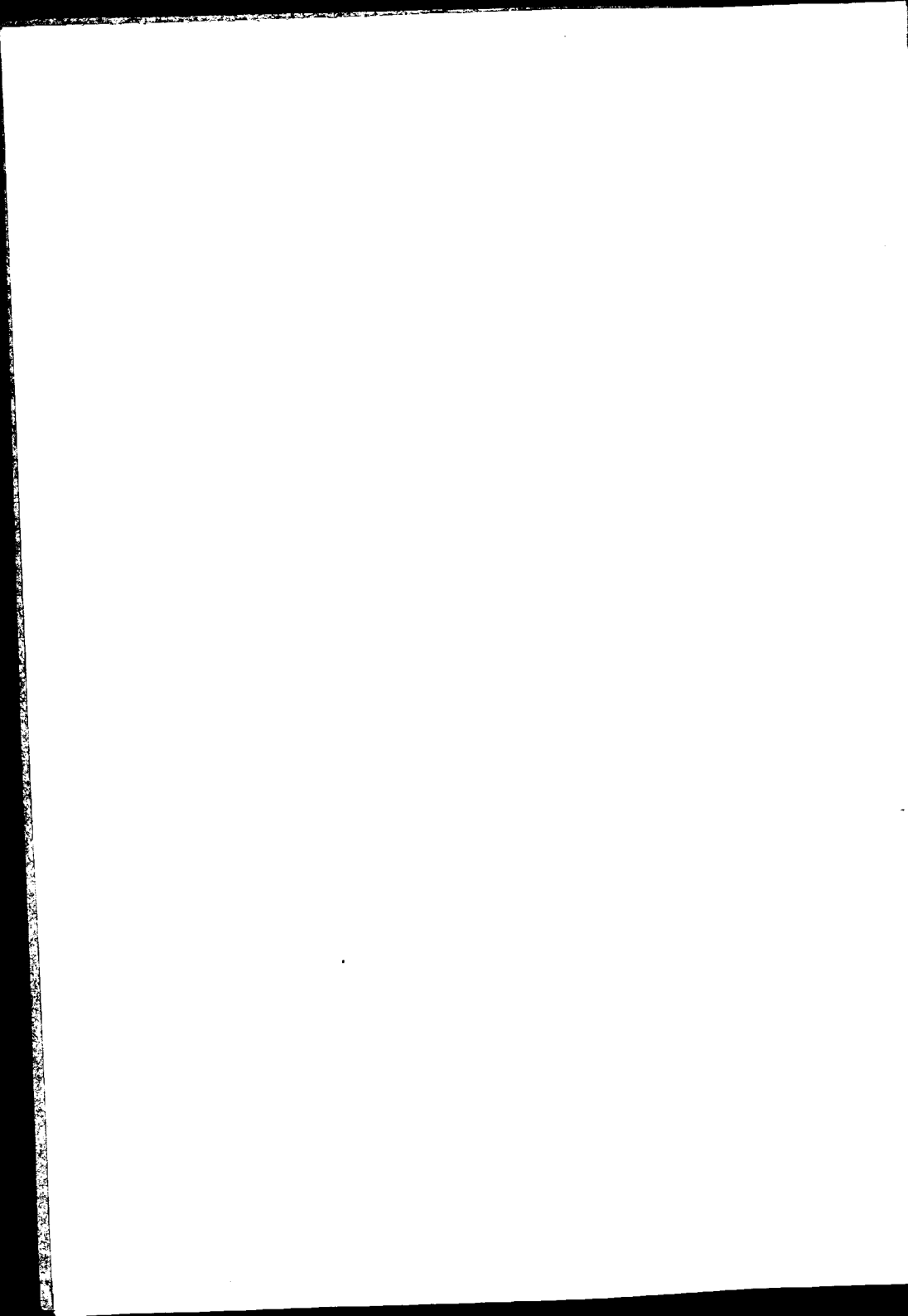
— ∞ —



GENÈVE

IMPRIMERIE SCHIRA

—  
1885



## INTRODUCTION

---

Au mois de janvier 1884 on apportait au Laboratoire d'Anatomie pathologique de l'Université de Genève une tumeur provenant d'une ovariectomie, ayant tous les caractères macroscopiques d'un myxome. Un examen microscopique rapide, ayant confirmé ce diagnostic, M. le Prof. Zahn m'a engagé à l'étudier de plus près, surtout en considération de la rareté d'une pareille tumeur dans l'ovaire, et à présenter le résultat de cette étude comme thèse de doctorat.

Je me mis à l'œuvre, mais je dus bientôt interrompre à cause de différentes circonstances tout à fait indépendantes de ma volonté.

Ce travail, repris beaucoup plus tard, est maintenant terminé. Je dois avouer que le résultat de mes recherches n'a pas été conforme à l'opinion que je m'étais faite tout d'abord sur la nature de la tumeur.

Ainsi que le titre de ce travail l'indique, et comme on le verra à ses conclusions, le myxome a disparu pour faire place à un kystome, qui est une tumeur si fréquente dans l'ovaire. L'intérêt découlant de la rareté du cas n'existait plus. Mais en revanche la confusion que j'avais faite entre ces deux tumeurs si différentes, m'offrait l'occasion d'en rechercher les causes et de les signaler.

J'ai donc tâché de tirer profit de l'erreur même dans laquelle j'étais tombé. Et c'est pourquoi ma thèse a

pris, bien malgré moi, une allure critique et polémique en perdant le caractère purement analytique que je m'étais proposé de lui garder au commencement.

Que ces quelques considérations qui précèdent puissent me disculper du reproche que l'on serait tenté de m'adresser pour avoir débuté par une étude critique, qui serait plutôt du domaine de ceux qui ont déjà payé leur tribut au progrès de la science.

---

Avant d'aller plus loin, je sens le devoir de témoigner à cette place ma profonde reconnaissance envers M. le Prof. Zahn pour les savants et bienveillants conseils qu'il a bien voulu me prodiguer, soit pendant le cours de cette étude, soit pendant les dix-huit mois que j'ai passé sous sa direction comme Assistant d'anatomie pathologique. Qu'il veuille bien ne pas dédaigner de partager avec mes parents la dédicace de ce travail, modeste fruit de son fécond enseignement !

M. le Prof. Revilliod et M. le Dr E. Martin ont eu l'obligeance de mettre à ma disposition les renseignements concernant l'histoire clinique de la malade et la description de l'opération et des suites jusqu'à la guérison. Qu'ils reçoivent ici mes sincères remerciements.

---

Mon exposé comprendra les chapitres suivants :

- I. Histoire clinique du cas actuel ;
  - II. Examen macroscopique de la tumeur ;
  - III. Étude microscopique :
    - a) de la tumeur fraîche ;
    - b) de la tumeur conservée ;
  - IV. Autres caractères de la tumeur ;
  - V. Discussion ;
  - VI. Les myxomes ovariens de la littérature ;
  - VII. Conclusions.
-

## CHAPITRE PREMIER

### HISTOIRE CLINIQUE DU CAS ACTUEL

M<sup>me</sup> D... est née en 1845. Régée à l'âge de 16 ans, mariée en 1862. Pas d'enfants. pas de maladies proprement dites, santé délicate, tempérament bilieux et nerveux. Lutte pour l'existence : abandonnée par son mari, puis divorcée. Elle vivait avec une sœur qui meurt subitement, de là grandes tribulations.

En 1873, elle s'aperçoit que son ventre grossit peu à peu, mais elle continue à travailler et son état général reste bon jusqu'au mois d'août 1882. A cette époque, à la suite d'un très vif chagrin, son ventre augmente rapidement de volume et son état de santé s'altère. Le ventre acquiert peu à peu des proportions énormes. En février 1883, M. le Prof. Revilliod la visite et lui trouve un ventre très gros, tendu, mat, à parois minces, avec sensation de flot. Il pratique une ponction avec un trocart ordinaire et en retire 13 litres d'un liquide limpide, jaune-clair. Après l'évacuation on sent par le palper une poche molle, flasque, vide, *un peu rénitente à gauche*.

A la suite de la ponction il n'y a ni fièvre, ni autres accidents et la malade se lève deux jours après. L'état général se trouve de suite amélioré, mais bientôt le ventre grossit de nouveau, progressivement et rapidement. Au mois de septembre 1883, M. le Prof. Revilliod fait une deuxième ponction. Il sort 9 litres de liquide, plus foncé et plus épais que le précédent. Son écoulement est aussi moins facile ; la poche ne se vide pas entièrement, le bas-ventre reste un peu tendu. Le soulagement éprouvé est, cette fois, moindre qu'à la suite de

la première ponction ; néanmoins, elle peut sortir le cinquième jour après l'évacuation et vaquer à ses occupations.

Mais le liquide se reproduit rapidement ; la malade maigrit, jaunit un peu. Elle travaille plus ou moins jusqu'au 15 décembre 1883. M. le Prof. Revilliod fait une troisième ponction. Le liquide est encore plus épais, visqueux, brun-foncé, s'écoule très mal et en petite quantité.

Le 24 décembre, nouvelle ponction avec aspiration Potain. La poche met trois heures à se vider ; après complète évacuation, on sent dans le flanc gauche une tumeur molle, non fluctuante, comme greffée sur la paroi de la poche. Le liquide est encore plus épais que le précédent et remplit deux seaux.

Quatre jours après la malade se lève, mais elle est très faible, découragée, sans appétit. Elle est prise fréquemment de maux de ventre, de nausées, et tous les soirs la température monte et oscille entre  $38^{\circ},4$  et  $39^{\circ},0$ , sans frissons.

Les menstrues ont été régulières jusqu'au 7 décembre, où elles ont apparu pour la dernière fois. Le 26 décembre, deux jours après la quatrième ponction, quelques gouttes de sang seulement s'écoulent par le vagin. Rien en janvier 1884.

Le ventre se remplit assez vite. On sent toujours une tumeur molle, non fluctuante dans le côté gauche. La malade se décide à l'ovariotomie.

15 janvier. **ÉTAT ACTUEL.** Facies amaigri, coloration légèrement jaunâtre des conjonctives. Pouls entre 108 et 120. Soubresauts, grande agitation. Depuis deux ou trois jours, douleur assez vive près des fausses côtes à gauche, en un point où le ventre semble plus proéminent. Urines rares, foncées, sans albumine. Langue saburrale, anorexie. Le ventre est volumineux, bombé, ovoïde, avec une saillie plus marquée au niveau de l'hypochondre gauche. Son périmètre mesure au niveau de l'ombilic 116 cm. La hauteur de la matité, du pubis jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'appendice xyphoïde, mesure 49 cm. sur la ligne médiane. Du reste,

la matité existe aussi sur les parties latérales, sauf dans un point déclive du flanc gauche, mais sa limite supérieure remonte plus haut sur la ligne médiane que sur les côtés. La position de la malade ne fait pas changer sensiblement les limites de cette matité. Sensation de flot manifeste dans toute l'étendue de la tumeur. Pas d'œdème aux extrémités.

16 janvier. La malade est transportée en voiture à la clinique privée de M. le Prof. Julliard et M. le Dr E. Martin. Elle se plaint vivement le soir de douleurs dans l'hypochondre gauche. Pouls 120. Température 38°,8. Injection de morphine (0,01). Nuit assez calme.

17 janvier. **L'OPÉRATION**, faite par M. le Dr E. Martin, commence à deux heures après-midi, en présence de MM. les Prof. Julliard et Revilliod et de MM. les Drs Chenevière et Falquet. Injection de morphine (0,01) et éthérisation. (150 gr. d'éther pendant toute la durée de l'opération.) Pulvérisation phéniquée. Lavages à la solution forte.

Incision de 10 cm. de longueur sur la ligne médiane, depuis l'ombilic jusqu'à trois travers de doigt au-dessus du pubis. On incise la peau et le tissu cellulaire, qui est assez épais; on tombe à droite sur le bord interne du muscle droit, on l'écarte, on fait une boutonnière au péritoine, on termine l'incision en haut et en bas. La tumeur se présente immédiatement à l'ouverture. Elle est ponctionnée avec le trocart de Spencer Wells et se vide en bonne partie. Les parois du kyste sont épaisses. On décolle avec les doigts à gauche et à droite quelques adhérences assez intimes avec le péritoine pariétal. En avant et au-dessus de l'ombilic, impossible de les décoller sans continuer l'incision : aussi, la prolonge-t-on de 6 cm. en haut, avec de gros ciseaux, en contournant le côté gauche de l'ombilic. Les adhérences intimes et résistantes, placées sur la ligne médiane, sont décollées. Une bonne partie du kyste se présente à l'ouverture et peut être attirée au dehors. Mais il tient encore au niveau de l'hypochondre gauche. La main, introduite sous les fausses

côtes, perçoit une tumeur solide, adhérente au péritoine pariétal dans presque toute son étendue. Ces adhérences sont lâches et peu résistantes. On les détache et on tire au dehors le kyste avec la tumeur. Cette dernière a la grosseur d'une tête d'enfant. Le pédicule, assez épais, est séparé en trois parties par trois catguts passés à double et les trois parties sont liées séparément. Une ligature circulaire, avec un gros catgut, complète la constriction. On sectionne le pédicule à un centimètre au-dessus de cette dernière ligature.

Le péritoine pariétal, chroniquement enflammé, apparaît recouvert d'arborisations vasculaires. On procède à la toilette de la cavité abdominale. Le petit bassin et l'hypochondre gauche contiennent passablement de sang, qui est enlevé avec des éponges. Au niveau du point (situé à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic) où l'adhérence entre la paroi du kyste et le péritoine pariétal était très intime, il se produit une hémorragie assez persistante, bien vite arrêtée avec le thermocautère. Le pédicule est abandonné dans l'abdomen. On procède à la fermeture de la plaie, par six sutures profondes, comprenant le péritoine, et six sutures superficielles, toutes au catgut ; pas de drains. Le liquide extrait par la ponction mesure 13 litres, est visqueux, couleur chocolat au lait. La tumeur solide, avec la paroi du kyste, pèse 4 livres.

Pansement composé de protectrice, éponge, gaze phéniquée, ouate salicylée autour des cuisses et sous les reins ; bandes de tarlatane et par dessus une bande de caoutchouc pour exercer une compression plus efficace.

L'opération, anesthésie et pansement compris, a duré 1 h. 10 environ. La malade est portée dans son lit et réchauffée. Elle ne se réveille qu'à 6 heures, agitée, avec des nausées. A 8 heures du soir, pouls 116, temp. 38°<sub>3</sub>. Injection de morphine (0,01).

18 janvier. Nuit un peu agitée, quelques vomissements. T. 37°<sub>5</sub>. P. 106. Facies bon. Quelques nausées. Urines noirâtres. Dans la journée, la malade a encore quelques

vomissements bilieux. Vers 4 heures elle est agitée. Inj. de morphine (0,015). Elle dort jusqu'à 8 heures, se réveille angoissée, vomit de la bile. T. 39°,8. P. 124. Langue bonne, respiration normale, urines noires. Nouvelle injection de morphine (0,015).

19 janvier. Nuit meilleure, encore quelques nausées. Urines noires, langue bonne, facies idem. Vers le soir les nausées diminuent. T. 38°,5.

20 janvier. Dans l'après-midi, la malade prend quelques cuillerées de bouillon froid. La fièvre est entièrement tombée.

21 janvier. Un vomissement bilieux dans la nuit. A 3 heures, injection de morphine (0,01). Suit un abaissement de température jusqu'à 36°,7, sueurs froides, yeux cernés. Mais la langue est bonne, l'épigastre non ballonné. P. 100. Porto, glace, ammoniaque anisée, sirop de morphine.

22 janvier. Etat général bon. Deuxième pansement. Enlèvement des six sutures superficielles. Pas de traces de suppuration, pas de ballonnement du ventre. La gaze phéniquée n'est nullement tachée, un peu de liquide sanguinolent dans la première éponge recouvrant immédiatement la plaie. Pas de fièvre.

Depuis lors, l'état général n'a fait que s'améliorer. Le 26 on amène une évacuation rectale par un lavement. Le 27 on enlève le pansement ; guérison complète par première intention. Les journées sont bonnes, les nuits un peu agitées, mais pas de fièvre. A partir de février, l'appétit et le sommeil sont excellents. La malade engraisse et commence à s'asseoir dans son lit.

Actuellement la guérison persiste, la patiente ne ressent rien d'anormal dans son ventre et une simple cicatrice linéaire se trouve à la place de l'incision opératoire.

---

## CHAPITRE II

### **EXAMEN MACROSCOPIQUE DE LA TUMEUR**

Tumeur kystique très considérable de l'ovaire, composée principalement d'une grande poche ouverte et presque vide; des masses gluantes sont attachées par places à la paroi.

Extérieurement, la paroi de la tumeur est formée par le péritoine, fortement vascularisé; à sa partie supérieure se trouve la trompe de Fallope, avec les franges libres. La dite poche occupe la partie antérieure et supérieure de la pièce. Au-dessous et en arrière de la trompe, toujours à l'extérieur, on voit des proéminences circonscrites, principalement deux, grosses comme deux grandes pommes et dont la membrane se continue dans celle de la poche kystique.

A l'intérieur de celle-ci et à sa partie inférieure, il existe de même plusieurs proéminences attenant les unes aux autres et formant un paquet grand comme une tête d'homme, entourées d'une membrane commune qui passe de l'une à l'autre et qui ressemble à une séreuse. Cette membrane, qui est en même temps la surface interne de la grande poche kystique, est recouverte, par places, de masses jaunâtres ressemblant à de la fibrine dégénérée; mais elles sont fortement adhérentes et ne

se laissent pas détacher. Ailleurs il y a des épais-  
sissements circonscrits, comme de petits bourgeons  
charnus, transparents, vascularisés. Sur cette paroi  
se trouvent aussi des kystes secondaires, de la gros-  
seur d'une cerise et plus petits, renfermant une  
masse gluante, comme le grand kyste. Sur le reste  
de la paroi interne de ce dernier on voit ces mêmes  
masses jaunâtres, de la grosseur d'une lentille jus-  
qu'à celle d'une pièce d'un franc; ces plaques sont  
placées en groupes et rangées en chapelet, confluent  
les unes vers les autres et se limitent par un bord  
taillé à pic; leur aspect est jaunâtre, opaque, par  
places on y voit de rares vaisseaux. A côté se trou-  
vent d'autres excroissances plus petites qu'une tête  
d'épingle et des plus grosses, allant jusqu'à la di-  
mension d'une pièce d'un centime; celles-ci sont  
transparentes et fortement vascularisées. Les gran-  
des plaques opaques ou jaunâtres sont précisément  
ces dernières excroissances à un état plus avancé et  
dégénéré, car il y en a de toutes petites qui ont déjà  
tendance à devenir opaques par places, tantôt à la  
périphérie, tantôt au centre. Sur quelques points de  
cette même membrane interne de la grande poche  
kystique se trouvent de petites plaques calcaires.

En ouvrant la tumeur sur la paroi postérieure du  
grand kyste, on constate qu'à la périphérie elle est  
composée d'un tissu homogène, transparent, légè-  
rement jaunâtre d'aspect et consistance myxomateuse.  
Les rares vaisseaux qui s'y trouvent ne se continuent  
pas très profondément et paraissent exister surtout  
là où il y a plus de tissu conjonctif. La consis-  
tance à la périphérie est bonne, vers le centre elle

est molle. C'est une masse gluante comme du mucus. La partie postérieure et inférieure de cette tumeur est formée par un tissu de consistance plus solide qui, sous la coupe, présente un aspect spongieux, caverneux. Les petites cavités sont remplies par les mêmes masses gluantes et leurs parois sont sèches, comme recouvertes de fibrine. Il s'y trouve en même temps beaucoup de vaisseaux d'un assez grand calibre.

### CHAPITRE III

#### ÉTUDE MICROSCOPIQUE

##### a) De la tumeur fraîche

Cette étude de la tumeur a été faite en examinant des parcelles coupées avec les ciseaux, là où la consistance le permettait, ou bien en mettant directement sur la lamelle une goutte de la matière visqueuse dont elle était composée dans certaines parties, surtout vers le centre.

J'ai aussi fait dans des morceaux de la tumeur des injections interstitielles d'acide osmique et de picrocarmin, qui m'ont servi dans l'examen microscopique. Pour les autres réactions pratiquées, je renvoie le lecteur au chapitre IV.

J'ai ainsi constaté que la tumeur était constituée par une substance homogène, transparente, là sans striation, là finement striée. Les stries étaient très serrées

et contenaient dans leurs interstices des granulations très tenues et des gouttelettes graisseuses sphériques, de différente grandeur, atteignant au maximum la dimension de la moitié d'un globule rouge du sang, réunies le plus souvent en groupes, parfois confluant et formant une petite masse à bords curvilignes et refractant fortement la lumière. Par places, surtout vers le centre de la tumeur, la substance intercellulaire paraissait être uniquement composée par les fines granulations susmentionnées et par des noyaux libres. En outre, on rencontrait une grande quantité d'une substance hyaline, brillante, homogène, soit sous forme de gouttes rondes ou fusiformes, plus ou moins volumineuses, soit, le plus souvent, sous forme de bandelettes ou rubans contournés, roulés en tire-bouchon et traversant parfois, sans s'interrompre, toute la préparation. Cette substance hyaline se colorait légèrement en rosé par le picrocarmin, mais ne se troublait pas par l'acide acétique; tandis que la masse fondamentale homogène ne prenait point de coloration par le picrocarmin, mais se troublait par le passage de l'acide acétique. Cette dernière réaction n'était pas immédiate, mais exigeait quelques minutes pour se montrer : à la fin il se produisait même, à certains endroits, une très fine striation.

Au milieu de cette substance il y avait des cellules de formes très variées, dont je vais décrire les plus caractéristiques :

D'abord des petites cellules rondes, de la dimension d'un globule blanc du sang, avec un noyau central bien visible, plus rarement périphérique et un protoplasma transparent ou finement granuleux. Le



noyau et le protoplasma se coloraient par le picrocarmin, le noyau surtout très fortement. On voyait parfois de ces mêmes cellules avec deux noyaux et un étranglement, c'est-à-dire en voie de scission. Ces éléments ressemblaient à des cellules lymphoïdes.

Il y avait des cellules beaucoup plus grandes que les précédentes, globuleuses, avec ou sans prolongements, entourées d'une membrane hyaline et transparente très nette, renfermant un noyau ovalaire, central ou périphérique, avec nucléole, des vacuoles rondes et des granulations protoplasmiques comblant les espaces non occupés par les vacuoles, riches parfois en gouttelettes graisseuses, que l'acide osmique mettait bien en évidence.

Ensuite des cellules plus ou moins fusiformes, avec ou sans prolongements, ordinairement très grandes, pourvues de noyau, généralement rond ou ovalaire, de nucléole, de granulations et de gouttelettes graisseuses, ces dernières petites, toutes du même volume et ordinairement situées aux pôles. Les prolongements étaient plus ou moins longs, rectilignes, se terminant en pointe, ou curviligne, réunissant deux cellules sans changer de diamètre, transparents ou remplis eux-mêmes de gouttelettes graisseuses, se bifurquant parfois. Le noyau n'était dans quelques cas pas visible.

Puis des cellules triangulaires, étoilées, ramifiées, aussi variées que les précédentes quant au noyau, aux granulations, aux gouttelettes, aux prolongements. Mais parmi ces dernières il m'a été donné d'en observer quelques-unes, très rares, dont les prolongements très fins et délicats se ramifiaient

en un grand nombre de branches secondaires et tertiaires, pour s'anastomoser avec les cellules avoisinantes, et présentaient ainsi l'aspect de cellules nerveuses de l'écorce cérébrale.

Je signalerai encore l'existence de cellules dont la membrane avait probablement subi une espèce de fusion, représentées par le noyau et autour de lui, groupées, des granulations et des gouttelettes graisseuses qui, comme obéissant à une attraction nucléaire, montraient, par leur disposition, la forme de la cellule, ronde ou fusiforme ou étoilée, etc. Cette transformation des cellules a dû s'effectuer sur une assez vaste échelle, à en juger par le grand nombre de ces gouttelettes susmentionnées, qui nageaient dans la substance intercellulaire et qui avaient sans doute cette origine.

Enfin je mentionnerai des cellules qui se montraient réunies ensemble par plaques, à contours polygonaux peu distincts, granuleuses ou renfermant une matière hyaline semblable à celle qui se trouvait en abondance dans la substance intercellulaire; elles étaient peut-être de nature épithéliale et, selon toute probabilité, les cellules prismatiques collées transversalement les unes aux autres, que l'on rencontrait par-ci, par-là, présentant une dégénérescence identique, étaient les mêmes cellules, vues suivant leur grand axe longitudinal.

Voilà les types principaux des cellules que j'ai rencontrées. Les plus nombreuses et le plus généralement répandues étaient les rondes et globuleuses; mais les étoilées et les fusiformes à prolongements

abondaient à certaines places et offraient à l'œil un tableau très intéressant.

Parfois autour des cellules la substance intercellulaire était moins transparente et présentait même un commencement de striation.

Dans les préparations de la périphérie se rencontraient des faisceaux de tissu conjonctif avec fibres élastiques, cellules rondes et fusiformes, et des vaisseaux sanguins. Ils faisaient évidemment partie de la charpente que l'on voyait à l'œil nu. En effet, là où la tumeur avait un aspect caverneux, ce tissu conjonctif abondait et était très riche en vaisseaux gorgés de sang. Sur cette partie, ainsi que sur la structure de la capsule de la tumeur et de la poche kystique, je me réserve de m'arrêter à propos de l'examen de la tumeur conservée.

J'ajouterai encore ici que les matières gluantes adhérentes à la grande poche kystique, ainsi que la substance visqueuse contenue dans les kystes secondaires et les petites cavités de la partie caverneuse de la tumeur, avaient la même structure que la tumeur elle-même.

Les incrustations calcaires trouvées à la surface interne de la grande poche kystique étaient entourées de cellules dégénérées, mal définies, de granulations et de gouttelettes graisseuses libres. Traitées par l'acide sulfurique ces concrétions se couvraient de bulles, évidemment d'acide carbonique, pendant qu'il apparaissait sur place des cristaux de gypse. Elles sont donc constituées par du carbonate de chaux.

### **6) De la tumeur conservée**

La tumeur a été conservée dans l'alcool : quelques morceaux avaient préalablement séjourné dans le liquide de Müller. Pour les coupes microscopiques j'ai eu recours aux imprégnations par la celloïdine.

Voici le résultat de cet examen : La tumeur présente une structure alvéolaire très manifeste. Les alvéoles sont de différente grandeur, séparées et limitées par de minces travées de tissu conjonctif composées de faisceaux ondulés, serrés, avec fibres élastiques et cellules rondes et fusiformes. Au milieu de ces faisceaux on remarque des vaisseaux sanguins, généralement de petit calibre et contenant parfois encore du sang. Par-ci par-là, on trouve, outre les vaisseaux, des petites cavités renfermant des cellules peu distinctes, avec dégénérescence hyaline ou bien de cette substance seulement. A la périphérie de ces travées de tissu conjonctif, là où elles limitent les alvéoles, on rencontre çà et là des cellules rondes ou polygonales, sans caractères bien distincts, rangées les unes à côté des autres en ligne, ou groupées, comme des cellules épithéliales. Ces cellules ont un noyau qui se colore bien par le carmin à l'alun et un protoplasma granuleux. Quelques-unes présentent la dégénérescence grasseuse. Des travées conjonctives, circonscrivant les grandes alvéoles, on voit partir, perpendiculairement à la surface d'implantation, des prolongements papilliformes plus ou moins considérables. Je m'étendrai plus loin sur la nature et la signification de ces prolongements.

Dans les espaces alvéolaires se trouvent la substance hyaline et la substance muqueuse, dont on a parlé lors de l'examen à l'état frais. La première de ces substances, se colorant légèrement par le picrocarmin, occupe surtout la partie centrale des alvéoles et présente le même aspect que dans les préparations fraîches; la seconde est homogène par places, mais le plus souvent composée de stries parallèles et de granulations ne se colorant pas, ou très légèrement, par le picrocarmin. Ces stries rayonnent du centre de l'alvéole et se dirigent perpendiculairement sur la paroi. On a ainsi souvent la figure d'une gerbe. Le contenu des alvéoles semble ainsi composé d'une réunion de prismes, dont chacun posséderait une individualité propre et aurait été sécrété par la cellule épithéliale correspondante, précisément comme cela arrive pour les prismes de l'émail dentaire. Ce qui confirmerait cette idée c'est que dans quelques alvéoles, où la coupe a passé dans une direction verticale par rapport à la précédente, on pouvait voir des figures polygonales, représentant la coupe transversale de ces prismes.

Au milieu de cette striation il y a alors les cellules si variées que nous avons vues dans les préparations fraîches. Les cellules étoilées, ramifiées, anastomosées par leurs prolongements abondent et forment des réseaux remarquables. La description donnée à la lettre *a*) de ce chapitre dispense d'entrer dans plus de détails. Je dirai seulement que quelques-unes d'entre elles ont subi une dégénérescence graisseuse plus ou moins complète, tandis que la plupart sont parfaitement bien conservées, renferment un noyau

bien visible, même sans l'aide de réactifs, parfois deux et un protoplasma granuleux, avec quelques gouttelettes hyalines. Elles montrent en somme les caractères d'une vitalité incontestable, sur laquelle je reviendrai dans le chapitre V.

Il y a en outre beaucoup de gouttelettes graisseuses, des débris de cellules et des noyaux libres.

Par places, les cellules qui tapissent la paroi montrent une forte prolifération, deviennent globuleuses, se trouvent à une distance plus grande de la paroi, comme si elles s'en étaient éloignées pour pénétrer dans l'intérieur de l'alvéole ; on trouve de ces cellules globuleuses qui ont fortement augmenté de volume et qui présentent de tout petits prolongements. On en rencontre, plus loin, des déformées, et les cellules étoilées, à prolongements anastomosés, qui leur font suite, ne sont probablement que le résultat d'une modification ultérieure. En somme on a l'impression que toutes ces formes cellulaires ne sont que les différentes phases d'une transformation des cellules de revêtement. Il arrive, mais très rarement, de rencontrer des cellules ramifiées attenant directement à la paroi par leur corps ou par leurs prolongements.

*Pas de trace de vaisseaux dans les alvéoles.*

Dans un morceau de tumeur plus consistant que tous les autres et qui avait séjourné quelque temps dans le liquide de Müller avant d'être durci dans l'alcool, le caractère épithélial de la tumeur, jusqu'ici douteux, s'est dessiné encore davantage. Les coupes de ce morceau présentent un grand nombre de kystes, correspondant aux alvéoles précédemment décrites. Ces kystes sont généralement petits, ronds ;

quelques-uns plus grands et déjà déformés par la pression et la confluence. Ils sont séparés par un tissu conjonctif provenant de la capsule de la tumeur, qui est comprise dans ces coupes. Ce tissu conjonctif est très riche en cellules rondes et fusiformes, avec peu de substance intercellulaire homogène, par places fibrillaire. Il est sillonné par un grand nombre de vaisseaux sanguins remplis de sang. Les cellules fusiformes s'aplatissent et se tassent autour des kystes, de façon à leur constituer comme une capsule différenciée. La surface interne des kystes est revêtue par un épithélium prismatique simple, composé de cellules caliciformes très allongées, ouvertes du côté de la cavité. A leur embouchure se trouvent des granulations et des gouttelettes hyalines qui paraissent en provenir. Leur noyau est refoulé vers la base ; il est petit, ovalaire et entouré d'une petite quantité de protoplasma. Vues de face, ces cellules présentent un dessin de mosaïques à figures polygonales. A leur surface d'insertion elles s'effilent et ménagent ainsi entre elles des espaces occupés par des cellules de remplacement, à grand noyau. Par places il semble aussi exister une membrane basale.

Les tout petits kystes sont presque entièrement remplis par les cellules de revêtement. Les autres ont une cavité renfermant une substance homogène ou finement striée et de la substance hyaline. La disposition de ces stries a déjà été suffisamment décrite. On voit aussi ça et là dans les kystes des bandelettes concentriques composées de cellules épithéliales à différents degrés de dégénérescence, provenant sans doute de l'épithélium de revêtement. Outre cela

on remarque encore ici, mais en moins grande quantité que dans les autres coupes, de grandes cellules rondes, fusiformes, étoilées, ramifiées, avec prolongements anastomosés et sur lesquelles il est oiseux d'insister.

Les kystes résultant de la confluence de kystes plus petits sont ici moins nombreux, mais en revanche il est permis de suivre avec plus de précision le mécanisme de la disparition de la paroi interkystique. Les restes de cette paroi sont les prolongements papilliformes précédemment signalés. Ces prolongements sont souvent placés les uns vis à vis des autres. Ils sont constitués d'un axe de tissu conjonctif, où se trouvent les vaisseaux, tapissé, de chaque côté, d'épithélium, depuis la base d'insertion jusqu'à une distance plus ou moins grande du sommet. Le tissu conjonctif existe seul ici, représenté par quelques fibrilles parsemées de gouttelettes graisseuses. Les cellules épithéliales qui tapissent le prolongement sont presque toujours complètement dégénérées, de plus en plus petites et indistinctes, en se rapprochant du sommet. On remarque souvent entre deux prolongements correspondants, une trainée qui les relie, composée de débris de cellules, de granulations, de noyaux libres et de gouttelettes graisseuses. Lors de la discussion du cas, j'essayerai de tirer profit de cette disposition pour formuler le mécanisme de l'atrophie de la paroi interkystique, précédant la confluence des kystes entre eux. Ce qui prouve encore que ces prolongements papilliformes sont bien les restes de la paroi interkystique, c'est la disposition radiaire de la substance muqueuse déjà

signalée. Or, cette disposition, pour les grands kystes, se reproduit chaque fois dans les espaces compris entre deux prolongements contigus, de façon à dessiner, pour ainsi dire, les petits kystes primitifs, ayant formé, par leur confluence, le kyste plus grand.

A côté de cela il existe encore dans les coupes de ce morceau de tumeur des papilles véritables, primitives, simples ou composées, minces et pointues ou épaisses et arrondies, dont l'axe est formé de cellules connectives fusiformes très-aplaties, avec substance intercellulaire homogène et transparente. Elles sont recouvertes sur toute leur surface libre par l'épithélium caliciforme déjà mentionné, ordinairement dépourvu de toute trace de dégénérescence.

Les coupes de ce même morceau montraient la *capsule de la tumeur*, composée d'un tissu conjonctif, dont les faisceaux sont ondulés, très serrés, renfermant des fibres élastiques et des cellules, fusiformes pour la plupart. Les nombreux vaisseaux qui s'y rencontrent ont une mince paroi, un calibre considérable et un trajet tortueux. Elles renferment beaucoup de sang et indiquent que cette région est le siège d'une vive hyperémie. Ils sont aussi placés immédiatement derrière les premiers kystes. A cette place sont justement les kystes les plus petits et de formation plus récente. Il y a là ce qu'on ne peut pas encore appeler des kystes, mais plutôt des bourgeons épithéliaux. Ces bourgeons sont le résultat d'une prolifération de l'épithélium des kystes les plus périphériques, placés immédiatement sous la capsule. Les cellules, au lieu d'être caliciformes, comme dans les kystes plus âgés, ont ici une forme cubique, un

grand noyau et un protoplasma granuleux abondant, sans trace de dégénérescence. Quelques-uns de ces bourgeons épithéliaux montrent même des étranglements, comme cela se voit dans le goitre parenchymateux et dans la formation embryogénique des follicules de Graaf.

Le siège le plus actif de la prolifération épithéliale adénomateuse est donc à la périphérie de la tumeur, immédiatement au-dessous de la capsule. Dans la profondeur cette même activité de prolifération conduit peut-être à la formation des papilles.

Dans la *partie cavernuse* les coupes montraient, à côté des kystes, un nombre considérable de vaisseaux très-dilatés et gorgés de sang, qui donnaient à la tumeur, dans cette région, un véritable aspect caverneux. Dans le tissu conjonctif environnant se trouvent des vaisseaux lymphatiques de grand calibre, renfermant de la fibrine à l'état fibrillaire, parsemée de cellules lymphoïdes. Ce contenu n'est rien autre qu'un thrombus lymphatique.

La structure de la *grande poche kystique* ressemble à celle de la capsule de la tumeur. Elle comprend une couche moyenne composée de faisceaux très-serrés de tissu conjonctif, avec des cellules fusiformes. Ça et là se rencontrent des îlots où la substance intercellulaire est homogène et transparente et les cellules rondes. Cette couche moyenne est tapissée à sa face externe par le péritoine et à sa face interne par un épithélium, qui est en grande partie tombé. Cet épithélium se compose de cellules globuleuses, qui possèdent un noyau peu distinct, à

cause des nombreuses granulations et des gouttelettes graisseuses qui les remplissent.

Les vaisseaux sont encore ici grands, nombreux, remplis de sang et se trouvent dans la couche moyenne, surtout près de la surface épithéliale. Là où la surface péritonéale montre les traces d'adhérences, les vaisseaux sont aussi très nombreux. Dans la couche moyenne, immédiatement au-dessous de l'épithélium il y a des fentes du tissu conjonctif remplies par des cellules épithéliales cubiques, avec un noyau ovalaire bien distinct. C'est là assurément un résultat du caractère proliférant de l'épithélium de cette tumeur.

Je dois encore mentionner l'existence d'éminences papillaires sur la surface interne du grand kyste.

Elles sont très vascularisées, recouvertes en partie d'épithélium et, au-dessus de celui-ci, d'une masse stratifiée, composée de fibrine à l'état granuleux, de cellules rondes avec dégénérescence graisseuse très-avancée, serrées les unes contre les autres, de quelques cellules épithéliales desquamées et beaucoup de gouttelettes graisseuses libres.

C'est à la périphérie de ces masses fibrineuses, que se trouvent les dépôts calcaires, sous forme de petits grains disséminés, confluant par places. Il en a déjà été question à propos de l'examen à l'état frais.

## CHAPITRE IV

### **AUTRES CARACTÈRES DE LA TUMEUR**

Sous ce chapitre sont réunies quelques autres propriétés présentées par la tumeur, qui n'ont pas pu trouver place dans le chapitre précédent, et qui serviront à mieux la caractériser.

En mettant un morceau de la tumeur fraîche dans de l'alcool ordinaire du commerce on voyait se produire instantanément un trouble dans le liquide et il ne tardait pas à se montrer une quantité de filaments, par places réunis et enchevêtrés de façon à former des membranes. Ces filaments adhéraient à la paroi du flacon. En même temps le petit morceau se ratatinait et montrait aussi à sa surface un aspect filamenteux, au lieu de l'aspect primitif, lisse et gélatineux.

La production de ce précipité en forme de réseau, comparable à la coagulation de la fibrine, était encore plus manifeste si, au lieu de verser l'alcool sur un morceau assez consistant de la tumeur, on le versait sur un peu du liquide qui s'écoulait en abondance de la tumeur même, surtout de la partie centrale.

En répétant cette dernière expérience avec de l'acide acétique à la place de l'alcool, la précipitation était plus lente à se produire, mais elle présentait

encore la même forme filamenteuse et membraneuse. Un excès d'acide ne redissolvait pas le précipité.

Ces réactions, qui ont été déjà constatées par Virchow<sup>1</sup>, prouvent que l'on avait à faire à de la *mucine*.

Le même liquide visqueux contenait aussi de l'*albumine* dont la présence était décelée par l'acide nitrique et la chaleur.

En agitant de ce même liquide avec de l'éther, celui-ci se chargeait de *graisse*.

La chimie venait donc ainsi corroborer les données du microscope concernant la constitution de la tumeur.

Le fait suivant doit être aussi enregistré dans ce chapitre : Voyant que l'alcool changeait considérablement l'aspect de la tumeur, et désirant en conserver une partie, autant que possible avec ses caractères macroscopiques de l'état frais, le morceau traité par les injections interstitielles de picrocarmin fut mis dans un mélange d'eau distillée et d'alcool, dans la proportion de 2 à 1.

Ce liquide fut changé deux fois et à cette heure, c'est-à-dire seize mois après, la tumeur possède encore son aspect naturel de l'état frais, sauf une coloration rosée par places, due à une accumulation du carmin. C'est assurément grâce à l'action antiputride de l'acide picrique que la conservation a été possible dans une solution alcoolique aussi diluée et je crois que l'on pourrait utilement avoir recours à cette méthode de conservation pour ces espèces de tumeurs, destinées aux collections dans les musées.

<sup>1</sup> *Path. des Tum.* p. 400.

## CHAPITRE V

### DISCUSSION

Dans le cours de l'étude de la tumeur qui nous occupe, mon opinion sur sa nature, je l'avoue, a eu à traverser bien des péripéties. Après son examen à l'état frais, je croyais être en présence d'un myxome. Les cellules avec leur forme si caractéristique, la substance intercellulaire, homogène et transparente, présentant les réactions micro-chimiques de la mucine et les minces faisceaux de tissu conjonctif, *renfermant des vaisseaux sanguins*, qui sillonnaient les préparations, étaient à mon avis des raisons suffisantes pour me croire autorisé à poser le diagnostic de myxome. Je mettais les quelques cellules ayant un caractère épithélial douteux, que j'avais rencontrées çà et là, à la charge de quelques kystes, si fréquents dans l'ovaire, et qui auraient existé à côté du myxome.

Plus tard je fais des coupes sur différentes parties de la tumeur conservées dans l'alcool. Le tissu conjonctif commence à prendre la disposition particulière de travées limitant des alvéoles. Les cellules soi-disant myxomateuses n'existent que dans l'intérieur des alvéoles, au milieu de la mucine, *qui est complètement dépourvue de vaisseaux*. A la périphérie des alvéoles je trouve des cellules rondes et

polygonales dont la signification est difficile à établir, mais qui ressemblent à de l'épithélium de revêtement. En présence de ces faits, et surtout devant l'absence absolue de vaisseaux dans le tissu soi-disant myxomateux, le diagnostic de myxome commence à devenir problématique.

Enfin, sur un morceau de tumeur traité par le liquide de Müller, je finis par trouver que ces alvéoles sont des kystes véritables, tapissés par un épithélium. Je trouve, en outre, que cet épithélium a un caractère proliférant très accentué, avec tendance à la formation de bourgeons épithéliaux et de nouveaux petits kystes. Je trouve de véritables papilles à la surface interne de ces kystes et des formations papillaires secondaires, dues à l'atrophie de la paroi de séparation entre les kystes et à leur confluence. Je trouve que ces kystes renferment un contenu muqueux et hyalin, *sans aucune trace de vaisseaux*, parsemé des cellules soi-disant myxomateuses. Je rapproche de tout ceci la grande poche kystique et j'en conclus que le diagnostic de myxome n'est plus soutenable et que j'ai à faire à un kystome.

Mais alors d'où proviennent ces cellules ramifiées et anastomosées qui se trouvent à l'intérieur des kystes? Sont-elles des cellules du tissu conjonctif immigrées ou des cellules épithéliales modifiées et détachées de la paroi? Dans l'examen des nombreuses coupes pratiquées je n'ai rien rencontré qui puisse me faire pencher pour la première alternative. Le tissu conjonctif a un aspect normal : c'est à peine si à quelques endroits il est le siège d'un travail de

prolifération appréciable, et, en tout cas, nulle part il ne m'a été donné de surprendre les traces de cette migration supposée. Je ne puis être complètement affirmatif dans la réponse à la seconde supposition. Je ferai remarquer cependant que l'épithélium de revêtement des kystes est presque partout le siège d'une prolifération très active. On peut voir ces cellules devenir rondes et augmenter de volume; puis on les rencontre avec de petits prolongements, plus éloignées de la paroi et plus loin, vers l'intérieur des kystes, se présentent les ramifiées et anastomosées. Leur aspect montre bien que ce sont des cellules de même nature, particulièrement leur noyau, qui prend toujours le même degré de coloration par le carmin à l'alun, et le protoplasma qui se maintient incolore et montre de fines gouttelettes toujours semblables. Ces chaînes de cellules partant de l'épithélium de revêtement des kystes pour aboutir vers leur centre, composées d'éléments de forme différente, mais possédant les mêmes autres caractères, rendent très probable la seconde hypothèse qui leur attribue une origine épithéliale.

Malgré l'apparence extraordinaire de ce résultat, un fait tiré de l'histologie normale vient le corroborer. Je veux parler de ce qui se passe dans l'organe adamantin du follicule dentaire. En effet cet organe, en entier d'origine épithéliale, se compose, à une période de son développement, de trois couches : une couche épithéliale externe de cellules polygonales extrêmement aplaties et difficiles à voir; une couche interne de cellules cylindriques volumineuses, caractéristiques et destinées à élaborer l'émail dentaire :

les *cellules adamantoblastes*, de Magitot; et, entre ces deux, la couche moyenne. Dans celle-ci on trouve de grandes cellules étoilées, ramifiées, à prolongements anastomosés et possédant un noyau facile à observer, même sans le secours de réactifs. Dans les mailles du réseau, formé par ces cellules anastomosées, se trouve une substance donnant franchement les réactions de la mucine. Ce tissu a été pris jadis par les histologistes pour du tissu myxomateux de provenance connective, mais il est maintenant positivement démontré, grâce aux recherches de His, Waldeyer et surtout de Gustaf Amell <sup>1</sup>, que nous avons à faire là à une formation d'origine épithéliale. J'ai eu occasion de voir dans le Laboratoire d'Histologie normale de cette Université, dirigé par M. le Prof. Eternod, quelques préparations de follicules dentaires, où cette disposition est admirablement représentée. La ressemblance avec la disposition qui nous occupe est frappante.

Je dois également à l'obligeance de M. le Prof. Eternod — ce dont je lui suis très reconnaissant — la communication du fait suivant, encore inédit. Il a trouvé un kyste du maxillaire inférieur, assurément d'origine dentaire. Dans ce kyste il y avait une substance muqueuse et ces mêmes éléments que l'on retrouve normalement dans la couche moyenne de l'organe de l'émail, sans qu'il y eût trace d'élaboration dentaire.

Ces faits me semblent concorder pleinement avec ce que j'ai observé et plaider en faveur de la provenance épithéliale des cellules soi-disant myxomateuses.

<sup>1</sup> *Biolog. Untersuch.* II Jahrg. 1882 Stockholm.

Considérées comme telles, ces cellules ne me paraissent pas être toutes le résultat d'une desquamation ou d'une dégénérescence de l'épithélium de revêtement des kystes. Nous avons vu, au contraire, qu'elles sont le produit d'une prolifération très active de l'épithélium préexistant : leur aspect montre bien, du reste, qu'elles continuent à vivre et à se développer. Et la production des prolongements anastomosés est-elle peut-être une fatalité des conditions de nutrition auxquelles ces cellules se trouvent soumises.

Malgré la vitalité reconnue de ces cellules, je ne puis pas considérer le contenu kystique comme ayant la valeur et la signification d'un tissu proprement dit, le défaut absolu de vaisseaux étant incompatible avec l'idée que nous nous faisons du tissu myxomateux. Aussi je considère la mucine et la substance hyaline comme des matières de sécrétion et de dégénérescence ayant avec les cellules qu'elles renferment tout au plus des rapports de nutrition, mais non ces rapports intimes de vitalité qui s'observent entre les cellules et la substance intercellulaire d'un tissu véritable.

Je me laisserais entraîner trop loin si je voulais donner cours aux considérations que cette tumeur m'inspire sur cette question et spécialement sur les rapports existant entre la substance hyaline et la mucine et entre ces deux substances et les cellules qui les produisent. Mes coupes sont, à ce point de vue, particulièrement instructives; mais cela formera peut-être l'objet d'un travail successif, ne voulant pas dépasser les limites de celui-ci.

J'insisterai, au contraire, sur un point qui le touche plus directement. Je veux parler du mécanisme de la disparition de la paroi de séparation entre les kystes et de leur confluence. L'examen microscopique nous montre que ce processus a lieu de la façon suivante. Prenons deux kystes contigus, dont la paroi de séparation est encore intacte. Cette paroi se trouve soumise à deux pressions latérales, dues à la distension des kystes ; ces pressions iront presque toujours en croissant, car l'augmentation de volume des kystes est la règle. Le résultat de ces deux pressions se traduira par une compression de la paroi interkystique. Par ce fait, cette dernière s'amincit, l'épithélium s'aplatit, les fibrilles et les cellules connectives se serrent, se tassent et les vaisseaux, étant eux-mêmes comprimés, apporteront en quantité toujours moindre les matériaux de nutrition. Or, cette nutrition diminuant toujours, il arrivera un moment où la vitalité et la vie des éléments s'en ressentiront. C'est alors que nous verrons les cellules épithéliales se troubler, devenir très granuleuses, puis des gouttelettes graisseuses apparaître et se substituer peu à peu au protoplasma et finalement tomber et se désagréger. Rien d'étonnant que l'épithélium en souffre en premier lieu : c'est même là un fait très naturel puisqu'il est le plus éloigné de l'arbre nutritif.

Plus tard, c'est le tour du tissu conjonctif, qui subit, comme l'épithélium, la dégénérescence graisseuse et se désagrège. Ainsi se fait l'atrophie de la paroi interkystique et la confluence des kystes. Dans mes coupes on peut surprendre ce processus à toutes ses phases.

La discussion à laquelle nous venons d'assister nous a donc montré que la tumeur en question doit être rangée parmi les *kystomes myxoïdes*. Je dis *kystome* parce qu'elle montre, à côté du processus kystique, un processus adénomateux ou de prolifération épithéliale bénigne considérable. Ainsi, tandis que dans les kystes ovariens ordinaires la partie proliférante ou adénomateuse occupe une place exiguë à la partie inférieure du néoplasme, le kyste jouant un rôle prépondérant, — dans notre cas le processus adénomateux s'est montré avec des proportions extraordinairement considérables. Il en a même imposé un moment pour une tumeur existant à côté du kyste. Je dis, en outre, *myxoïde* et non pas *myxomateux*, parce que ce kystome renferme de la mucine en abondance, mais nullement du tissu myxomateux. Enfin, pour être plus précis, j'ajouterai que c'est un kystome myxoïde *simulant un myxome*, à cause de ses particularités histologiques et macroscopiques qui le font facilement confondre avec cette dernière espèce de tumeur.

Ces conclusions étaient déjà arrêtées lorsque j'ai vu, signalés par Cornil et Ranvier<sup>1</sup>, ces kystomes ovariens possédant des caractères histologiques pouvant simuler le myxome.

<sup>1</sup> Hist. path. 2<sup>me</sup> édit. tom. II, fasc. II, page 690. Paris 1884.

## CHAPITRE VI

### LES MYXOMES OVARIQUES DE LA LITTÉRATURE

Frappé de la grande facilité avec laquelle on peut se tromper en présence de pareilles tumeurs, je me suis demandé si les cas décrits comme myxomes ovariens, n'étaient pas, par hasard, des kystomes myxoïdes pareils à celui qui nous occupe.

Il ne faut pas remonter bien loin dans la littérature scientifique pour trouver des descriptions de myxomes. Cette tumeur n'est montée au rang d'unité pathologique que le jour où Virchow<sup>1</sup> eut reconnu le type véritable du tissu muqueux.

Pour ce qui concerne le myxome ovarien, aucun des grands ouvrages didactiques ne le mentionne, pas même Virchow dans sa *Pathologie des tumeurs*. D'autres auteurs plus modernes le nomment à peine, sans en donner des descriptions, comme Olshausen, par exemple. Cet auteur dit<sup>2</sup> que les fibromes, les sarcomes et les *myxomes* ovariens sont rares, *surtout les derniers*.

Les seuls cas que j'ai pu rassembler sont au nombre de quatre, dont un de Beigel, deux de Beinlich et un de Hjelt; en voici la description :

<sup>1</sup> Virch. Arch. 1857 tome XI, page 286. Path. cell. page 403.

<sup>2</sup> Handb. der allg. u. spec. chir. IV Bd. VI Lief. pag. 35. Stuttgart 1877.

### Cas de Beigel <sup>1</sup>

Le traducteur, page 478, dit avoir examiné une tumeur ovarienne extraordinairement intéressante, extirpée par Baker Brown, dans laquelle se trouvaient des kystes secondaires et tertiaires et sur leurs parois des corps polypeux pendus et pédiculisés. L'examen microscopique a démontré que ces corps avaient la composition des myxomes décrits par Virchow. Leur texture est formée par les membranes moyenne et interne du kyste, tapissé à l'intérieur par un épithélium cylindrique.

### Premier cas de Beinlich <sup>2</sup>

Madame K..., 50 ans, mariée à 22 ans, saine auparavant, menstrues jusqu'au mois d'octobre 1873. Elle remarqua depuis le mois de décembre, même année, une augmentation du volume du ventre, surtout du côté droit, accompagné d'amaigrissement; dysurie dans les derniers quinze jours. Pas d'autres troubles. Entrée le 9 juillet 1874, fort amaigrissement, facies souffrant. L'abdomen est occupé par une tumeur bosselée, saillante, présentant à un endroit une fluctuation peu distincte. Périmètre maximal : 141 cm. Hauteur de l'abdomen, 54 cm. L'ombilic est à 45 cm.  $\frac{1}{2}$  au-dessus de la symphyse. Peu de mobilité de la tumeur. Dans l'hypochondre droit il y a les intestins, seulement dans une zone de la grandeur d'une paume de main. La tumeur n'est pas accessible par le vagin. Agrandissement et

<sup>1</sup> Diagn. Path. u. Ther. der Frauenkrank. Dr G. Hewitt's, traduction allemande du Dr Beigel, Erlangen, 1869.

<sup>2</sup> Charité Annalen I Jahrg. 1874, Berlin, 1876. Dr Beinlich. Zur Casuistik der Ovarialtumoren mit besonderer Berücksichtigung zweier Fälle von Myxocysten, verbunden mit myxomatöser Entartung des Bauchfells.

déviation à droite de l'utérus. Opération le 24 juillet (Dr Beinlich). L'incision, longue de 11 cm. sur la ligne blanche, pénètre à travers le péritoine épaissi, rempli de masses colloïdes, dans le kyste, dont les parois sont très minces. Il en sort une substance jaunâtre, colloïde, très visqueuse, qu'on est obligé de tirer avec les mains, comme un cordon. Le kyste se déchire à plusieurs endroits et le contenu tombe en partie dans la cavité péritonéale. Le péritoine apparaît recouvert de masses colloïdes qui lui sont intimement adhérentes. Suivent des détails opératoires. Le kyste, provenant de l'ovaire droit, est multiloculaire; mais les parois intermédiaires sont très fragiles. Le contenu colloïde vidé pèse 23 livres : le poids de la tumeur, avec les restes attenants du contenu, est de 2 livres  $\frac{1}{4}$ . C'est une poche kystique, mince, sur laquelle se trouvent d'autres kystes plus petits et des masses gélatineuses. A son extrémité inférieure existe un kyste non ouvert, gros comme une pomme. Le Prof. Salkowski, qui en examina le contenu, y trouva de la mucine en prépondérance, avec une moindre quantité d'albuminâtes alcalins et rien autre de remarquable. La femme meurt trois jours après. Le protocole des autopsies du Dr Jürgens contient entre autre : Le péritoine pariétal et viscéral est recouvert de masses colloïdes hémorragiques, en partie fibrineuses et de taches livides. Au milieu des fausses membranes, surtout entre le foie, la rate et le diaphragme, on trouve de grosses masses colloïdes, colorées en jaune-soufre, adhérentes au feuillet viscéral du péritoine et comme renfermées dans des kystes. Utérus gros; ovaire droit manque : le gauche est transformé en une tumeur grosse comme une noix, de consistance molle et élastique. A l'ouverture c'est un kyste contenant une masse athéromateuse molle, avec des cheveux; ses parois sont minces et lisses. *Diagn. anat.* — Peritonitis fibrinopurulenta hemorrh. universalis et chron. fibrosa. — Cystis dermoides ovarii sinistri. — Nephritis et hepatitis parenchymatosa — Atelect. pulm. lob. inf. — Edema pulm. — Degen. fusca et adiposa myocard. — Monsieur le Prof. Virchow a caractérisé

dans son cours les préparations provenant de cette autopsie, comme atteintes d'une dégénérescence myxomateuse du péri-toine.

### Deuxième cas de Beïnlich <sup>1</sup>

Femme d'un facteur de poste, âgée de 26 ans. Depuis l'âge de 14 ans ses menstrues sont régulières, douloureuses les derniers temps. Accouchée avec difficultés en novembre 1872, suites de couches normales. En mai 1874 elle accouche de nouveau et sans accidents. Seulement pendant cette dernière grossesse elle a ressenti des douleurs au sacrum et du côté gauche et éprouvé de ce même côté la sensation d'une tumeur dure, pendant que la tête de l'enfant se trouvait à droite. Depuis cet accouchement, les règles n'ont plus reparu, mais, à partir de cette époque, la tumeur augmente rapidement, surtout la dernière semaine précédent son entrée à la Charité, le 14 octobre 1874. On constate à ce moment de l'anémie avec amaigrissement et un faciès souffrant. Le ventre est occupé par une tumeur colossale, saillante, fluctuante à peu d'endroits et seulement dans quelques directions. Les parois abdominales sont minces, facilement mobiles sur la tumeur. La percussion donne partout un son mat, à droite et en arrière seulement, tympanique et élevé. Le diaphragme se trouve dans le 3<sup>me</sup> espace intercostal. Choc cardiaque sous la 3<sup>me</sup> côte, en dehors de la ligne mammaire. Périmètre maximal de l'abdomen 106 cm. Omphalique à 23 cm. de la symphyse et 50 cm. de l'appendice xyphoïde. Col complètement dirigé en arrière. Utérus long de 8,7 cm. Tumeur indistinctement sensible par le vagin. Opération le 1<sup>er</sup> novembre (Dr Martin). La tumeur pèse une livre, a une seule loge et des parois très minces. La substance colloïde vidée pèse 30 livres. La malade meurt le 4<sup>me</sup> jour après

<sup>1</sup> Loc. cit.

l'opération et le protocole des autopsies du Dr Jürgens contient à ce propos les renseignements suivants : La surface du péritoine est partout recouverte de masses gélatineuses, qui se laissent en partie détacher et en partie lui restent adhérentes. Elles sont apparemment formées de petits kystes. Ces masses sont surtout considérables autour du foie et de la rate. La trompe et l'ovaire gauche sont intimement reliés à l'utérus et enlevés en partie. La plus grande portion de l'ovaire droit est transformée en une masse grosse comme un pruneau, noduleuse, hémorrhagique. Dans l'excavation vésico-utérine, ainsi que sur la paroi antérieure de l'abdomen il y a des masses gélatineuses, en partie fraîches, en partie hémorrhagiques. A l'extrémité inférieure des côtes gauches se trouve un œdème gélatineux ressemblant aux masses gélatineuses sus-mentionnées. *Diagn. aut.* — Peritonitis gelatinosa. — Extirpatio ovarii sinistri. — Tumor ovarii dextr. hemorrhag.

### Cas de Hjelt <sup>1</sup>

La tumeur pèse 30 *skaulpfund* et est composée de deux parties réunies. L'une contenant une grande cavité qui s'est affaissée, lisse à l'extérieur et libre de toute adhérence. Sur un côté se trouve la trompe de Fallope, longue de 44 cm. <sup>1</sup>/<sub>2</sub> et large de 4,5 cm. A l'intérieur de ce sac se montrent de grosses veines tortueuses et quelques cordons saillants. Cette surface interne est recouverte par un épithélium pavimenteux, presque complètement détaché. Dans cette cavité se trouvent deux formations solides, dont le tissu est composé de travées, les unes minces et les autres plus grosses, s'entrecroisant dans tous les sens; entre les mailles se trouve incluse une masse grisâtre, rougeâtre, vis-

<sup>1</sup> Myxoma ovarii med. adenoidbildung. Finsk. lek. sällsk. handl. T. 12. p. 269, relaté par Dahl dans le Jahresb. 1871. 1er vol. p. 181.

queuse, mucilagineuse. L'autre partie forme la moitié inférieure de la tumeur, suivant directement le pédicule. Elle se compose de trois grosses bosses, séparées entre elles, du côté extérieur du kyste, par trois faibles sillons. Sur le côté externe de cette partie on voit une quantité de kystes transparents, avec dégénérescence colloïde. La composition grossière de ces kystes est la même que celle du kyste décrit précédemment.

A l'examen microscopique on voit que le tissu solide se compose en grande partie d'une substance fondamentale pâle et d'une immense quantité de cellules avec prédominance de la forme ronde, contenant un pâle noyau. Une partie cependant est composée de cellules cylindriques. Par-ci, par-là, on voit en même temps un tissu de construction finement aréolaire ou réticulaire, avec accumulation de cellules à prolongements bifurqués. On trouve, en outre, de minces vaisseaux sanguins ramifiés, avec noyaux sur les bords, croisant le tissu fondamental solide; puis des formations papillaires élégamment arrangées, dont la paroi est formée de cellules cylindriques placées horizontalement et, au milieu de ces papilles, des cellules plates ressemblant à de l'épithélium pavimenteux. Dans la masse myxomateuse, gélatineuse, ce sont des cellules en majorité rondes, ovales ou polygonales, à un ou plusieurs noyaux, en partie des cellules extrêmement pâles, avec un contenu colloïde, dont les noyaux apparaissent indistinctement ou sont refoulés de côté; en outre, une immense quantité de gouttelettes graisseuses. Dans cette partie du tissu myxomateux qui avait un aspect plus transparent, et probablement de date plus récente, on rencontre de grandes cellules fusiformes avec prolongements très longs et bifurqués, et des cellules à un seul noyau, pointues et pâles.

De ces quatre cas le dernier seulement, c'est-à-dire celui de Hjelt, contient assez de détails histologiques pour permettre de se prononcer sur sa nature. Je

dirai davantage : ce cas ressemble tellement au mien, qu'à la lecture de sa description, on croirait avoir sous les yeux mes préparations mêmes. La grande poche kystique placée à la partie supérieure, la tumeur bosselée située inférieurement, du côté du pédicule, les kystes, l'épithélium, les papilles, les cellules à prolongements ramifiés, la trame fondamentale contenant les vaisseaux, tout, en un mot, fait croire qu'ils s'agissait probablement ici d'un kystome myxoïde pareil au mien et que l'observateur a été induit en erreur, comme je l'avais été moi-même d'abord, en le présentant comme myxome.

Le cas de Beigel, malgré sa parcimonie de détails histologiques, peut aussi être interprété de la même façon. Ici le tissu myxomateux aurait été trouvé dans des corps polypeux pendus aux parois des kystes. Ces corps polypeux avaient aussi la même structure que les kystes, et particulièrement un revêtement de cellules épithéliales cylindriques.

Les deux cas relatés par Beinlich sont encore plus incomplets au point de vue qui nous intéresse spécialement. L'histologie pathologique n'y est pas même indiquée, tandis que l'on s'est surtout attaché à démontrer le lien existant entre la tumeur ovarienne qui avait nécessité la laparotomie et la dégénérescence myxomateuse du péritoine, pour conclure à la métastase du myxome ovarique. Je ne veux pas contester cette dernière thèse : mais il s'agit de voir si le myxome ovarique existait réellement. Dans les deux cas, la tumeur ovarique est un kyste à contenu colloïde avec des masses gélatineuses. Le second cas surtout, qui porte comme cachet un diagnostic

aussi sibyllin que celui de *peritonitis gelatinosa*, est absolument à mettre de côté. Le premier a bien pour lui l'autorité de Virchow, qui aurait diagnostiqué une dégénérescence myxomateuse du péritoine. Mais, tout en acceptant cette donnée, il resterait encore à démontrer que la tumeur enlevée fut aussi un myxome ou renfermât un véritable tissu myxomateux. En l'absence d'une description histologo-pathologique de la tumeur enlevée, je ne puis croire à sa nature myxomateuse par le seul fait que le péritoine présentait une dégénérescence de cette nature.

En somme, les quatre cas relatés de prétendus myxomes ovariens, ont en commun la forme kystique. Les kystes sont revêtus par un épithélium dans les deux cas où l'on parle de leur structure. Dans aucun il est dit expressément que le tissu myxomateux existait à côté des kystes, dans le tissu conjonctif interstitiel, où se trouvent aussi les vaisseaux. Je ne crois donc pas trop m'aventurer en considérant comme douteux les quatre cas de myxomes ovariens susmentionnés et en disant que je suis enclin à les retenir pour des kystomes.

Peut-être certains cas décrits comme *myxomes kystiques*, *kysto-myxomes*, *myxo-kystes* et *myxodénomes* rentrent-ils dans la catégorie des kystomes myxoides comparables à celui qui a servi de sujet à ce travail.

## CHAPITRE VII

### CONCLUSIONS

I. — La tumeur que je viens d'analyser appartient à la classe des *kystomes myxoïdes*.

II. — Grâce à une modification spéciale des cellules épithéliales, il est facile de faire une confusion entre ces espèces de tumeurs et les myxomes.

III. — L'absence de vaisseaux est le critérium qui distingue ces faux myxomes des myxomes véritables.

IV. — Les cellules épithéliales de revêtement de certains kystes peuvent être détachées de la paroi et continuer à vivre au milieu du contenu kystique.

V. — Les cas jusqu'à présent décrits comme myxomes ovariens sont probablement des kystomes myxoïdes, semblables au cas actuel.

VI. — Dans le kystome ovarien, la confluence des kystes entre eux se fait par atrophie de la paroi interkystique. Cette atrophie commence par un trouble trophique se traduisant par la dégénérescence grasseuse de l'épithélium, suivie de sa chute, puis de la dégénérescence grasseuse du tissu conjonctif et de sa désagrégation.

VII. — Dans le kystome ovarique, le siège de la plus active prolifération se trouve à la périphérie de la partie adénomateuse du kystome, immédiatement sous la capsule.

VIII. — Cette prolifération se fait dans l'épithélium des jeunes kystes et produit des bourgeons épithéliaux qui se segmentent et forment ainsi de nouveaux jeunes kystes.



*La Faculté de Médecine, après avoir pris connaissance de cette thèse, en autorise l'impression, sans émettre par là d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.*

Le Doyen de la Faculté :

H.-J. GOSSE.

*Genève, 11 juin 1885.*

## EXPLICATION DE LA PLANCHE

---

Fig. 1. — Elle représente les variétés principales des cellules observées dans la tumeur fraîche.

Fig. 2. — Elle montre la structure alvéolaire de la tumeur conservée (petit grossissement).

Fig. 3. — La même à un très fort grossissement. On y voit les prolongements papilliformes, l'accumulation cellulaire sur les bords des alvéoles, la structure de la mucine et de la substance hyaline, les cellules soi-disant myxomateuses, etc.

Fig. 4. — Ces dernières cellules et leur réseau, à un fort grossissement.

Fig. 5. — Elle reproduit la région proliférante de la tumeur, avec sa capsule, les bourgeons épithéliaux, les jeunes kystes, les papilles véritables et les nombreux vaisseaux sanguins. Le tissu conjonctif, pour plus de clarté, a été laissé en blanc.

Fig. 6. — Elle représente schématiquement trois cellules caliciformes, vues à un fort grossissement : on y remarque aussi les cellules de remplacement.



UN CAS DE KYSTOME OVARIQUE SIMULANT UN MYXOME.

Fig. I

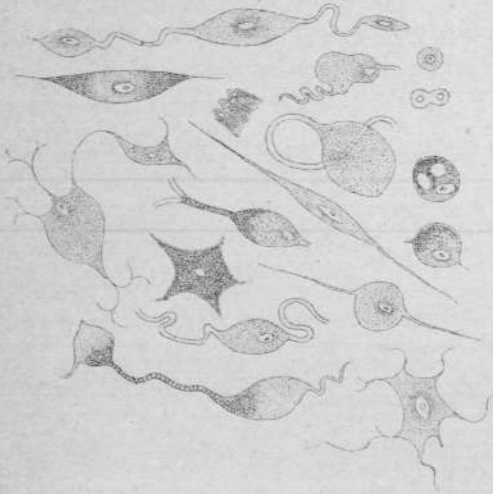


Fig. II

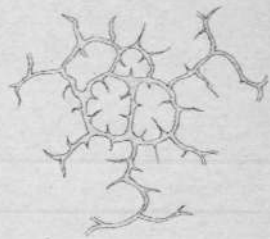


Fig. IV



Fig. III

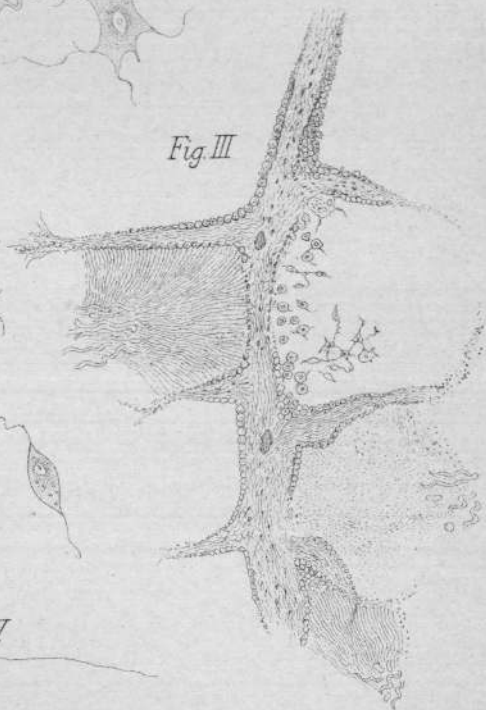


Fig. V

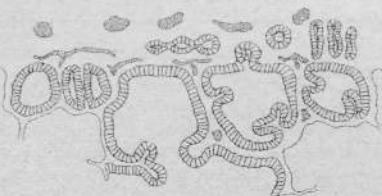


Fig. VI



11012