

## TÉRATOMES BÉNINS

**Définition.** — Sous le nom de tératome (VIRCHOW) on peut grouper toutes les tumeurs qui résultent nettement de malformations congénitales et se séparent, par conséquent, du fait même de leur origine, de toutes les autres tumeurs que nous venons d'étudier jusqu'à présent et pour lesquelles, à l'exception de quelques variétés congénitales, la néoplasie prend naissance en dehors de toute anomalie de développement.

Bien qu'elles puissent n'apparaître qu'à une époque plus ou moins éloignée de la naissance, on peut également les désigner sous le nom de *tumeurs congénitales*, attendu que, malgré leur apparition tardive, elles n'en proviennent pas moins d'une malformation qui existait déjà au moment de la naissance. Cela correspond exactement à l'idée que l'on attache à la qualification de congénitalité qu'on donne aux hernies qui, tout en se manifestant quelquefois longtemps après la naissance, sont cependant la conséquence d'une anomalie congénitale de la région herniaire intéressée.

On appelle souvent ces tératomes des tumeurs à *tissus multiples*, mais l'on risque ainsi d'établir une confusion avec toutes ces variétés de néoplasmes hétérogènes dans lesquelles, ainsi que nous avons eu déjà bien souvent l'occasion d'en citer des exemples, on voit se mélanger, en proportions extrêmement variables, les différents tissus néoplasiques, fibromateux, lipomateux, chondromateux, sarcomateux, etc, sans qu'il y ait lieu, pour expliquer ces associations, d'invoquer en aucune façon un mécanisme tératologique.

Bien que, en réalité, les tumeurs que nous allons étudier

dans ce chapitre puissent être considérées comme des monstruosité plutôt que comme des néoplasmes proprement dits, les tératomes n'en doivent pas moins conserver leur place parmi les tumeurs.

Nous avons réuni sous le titre de *tératomes bénins* les kystes dermoïdes et les kystes mucoïdes, qu'on peut considérer comme une variété muqueuse des kystes dermoïdes, ainsi



Fig. 55.  
Kyste dermoïde (CRUVEILHIER).

que les tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne, qui ne sont en réalité que des kystes dermoïdes. Nous pourrions comprendre également dans ce chapitre les odontomes, résultant d'une évolution anormale des éléments embryonnaires des dents, mais leur étude rentre plutôt dans le cadre des affections régionales et ne doit pas nous occuper.

Les kystes dermoïdes et mucoïdes viennent naturellement se ranger dans le groupe des tumeurs bénignes, puisque, en raison de leur nature pour ainsi dire accidentelle, ils ne peuvent intéresser que la région frappée par la malformation et ne montrent aucune tendance à se généraliser ou à récidiver après leur ablation.

Mais à côté des tératomes bénins, n'existe-t-il pas des téra-

tomes malins, c'est-à-dire de véritables cancers se développant à la suite d'une malformation congénitale, qui peut consister, notamment, dans la persistance anormale de débris embryonnaires, consécutivement à des anomalies de régression. C'est ainsi que, à côté des odontomes bénins, les débris embryonnaires paradentaires semblent, d'après MALASSEZ, pouvoir donner naissance à de véritables cancers épithéliaux. De même plusieurs auteurs ont, à la suite de VOLKMANN, attiré l'attention sur l'origine branchiale de certaines tumeurs malignes du cou, de structure complexe. Nous aurons l'occasion de parler de ces faits lorsque nous étudierons, dans les chapitres consacrés aux néoplasmes malins, ces tumeurs mixtes dans lesquelles on voit le cancer épithélial s'associer aux différentes néoplasies du groupe conjonctif.

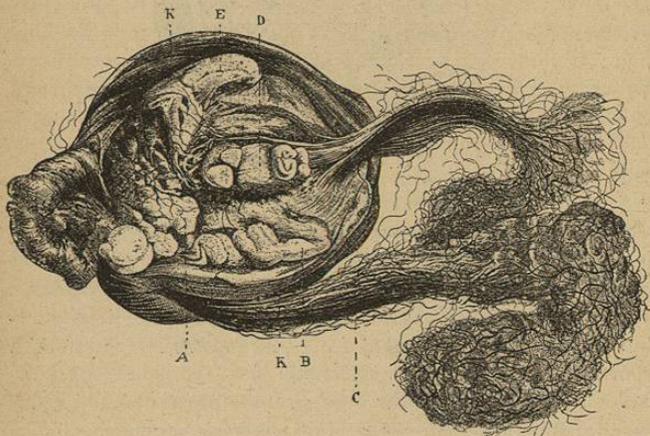


Fig. 56.

Kyste dermoïde de l'ovaire (Pozzi).

C, cheveux mêlés à de la matière sébacée; D, pièce osseuse ressemblant au bord alvéolaire avec deux incisives et une molaire.

**Siège.** — Les *kystes dermoïdes*, dans leurs variétés les plus simples, se rencontrent assez fréquemment au cou, dans le plancher de la bouche, et à la face, principalement au niveau

de la racine du nez, ainsi qu'au pourtour de l'orbite; la queue du sourcil notamment est un siège de prédilection pour ces tératomes. On en observe beaucoup plus rarement sur les membres et au niveau des parois thoraciques et abdominales.

Dans les variétés complexes des kystes dermoïdes, ainsi que nous allons le voir, on peut trouver des dents, des os et des fragments d'organes plus ou moins développés. Ce sont ces variétés qu'on voit surtout siéger dans la région sacro-coccygienne, à l'ovaire et au testicule.

Les kystes *mucoïdes* ont été décrits principalement au cou et dans le plancher de la bouche. BARD et TRÉVOUX comprennent dans ce groupe les kystes de l'ovaire, que d'autres auteurs considèrent comme des épithéliomes, malgré la bénignité de la plupart de ces tumeurs kystiques. A l'exemple de QUÉNU, nous rapprocherions plus volontiers les kystes ovariens des adénomes mammaires, mais cette question nécessite de trop longs développements pour que nous puissions la traiter sans sortir de notre cadre, qui comprend l'étude des néoplasmes communs aux différentes régions, et ne nous permet pas d'entrer dans le détail des néoplasmes propres aux divers organes.

**Anatomie pathologique.** — Au point de vue macroscopique, on peut distinguer parmi les tératomes les kystes dermoïdes proprement dits, uniloculaires ou multiloculaires, et les tumeurs dermoïdes composées à la fois de parties solides et de parties kystiques. Pour les uns et les autres, il y a lieu d'étudier la charpente formant la paroi des kystes ou les parties solides de la tumeur, et le contenu des cavités kystiques, dont la complexité varie suivant les cas.

Le *volume* de ces tératomes reste parfois presque indéfiniment très petit, à peine égal à celui d'une noisette, et, dans d'autres cas, pour les kystes dermoïdes de l'ovaire principalement, il devient notablement supérieur à celui d'une tête d'adulte.

La surface interne, souvent mamelonnée et comme verruqueuse, des poches kystiques, se montre limitée par un revêtement d'apparence épidermique plus ou moins épais et résis-

tant; fréquemment des cheveux et même des dents se montrent implantés sur cette paroi kystique.

Le contenu de certains kystes dermoïdes est constitué exclusivement par de la matière sébacée plus ou moins dense, mais il est fréquent de rencontrer, en quantités variables, des



Fig. 57.

Mâchoire rudimentaire provenant d'un kyste dermoïde, avec des dents molaires et une touffe de cheveux à l'une de ses extrémités (KELLY).

poils ou de véritables cheveux, quelquefois très longs et très abondants, le plus ordinairement de couleur claire, enroulés en touffes épaisses qui sont en quelque sorte noyées au milieu de la matière sébacée sécrétée par la paroi du kyste. De même on y trouve des dents, parmi lesquelles on peut reconnaître des canines, des incisives ou des molaires; elles sont tantôt isolées, tantôt multiples, et l'on a pu en compter jusqu'à 200 et 300

dans un même kyste dermoïde. Enfin on peut aussi y rencontrer de véritables os, d'ailleurs informes en général.

Examinée au microscope, sur une coupe perpendiculaire à sa surface interne, la paroi d'un kyste dermoïde montre exac-

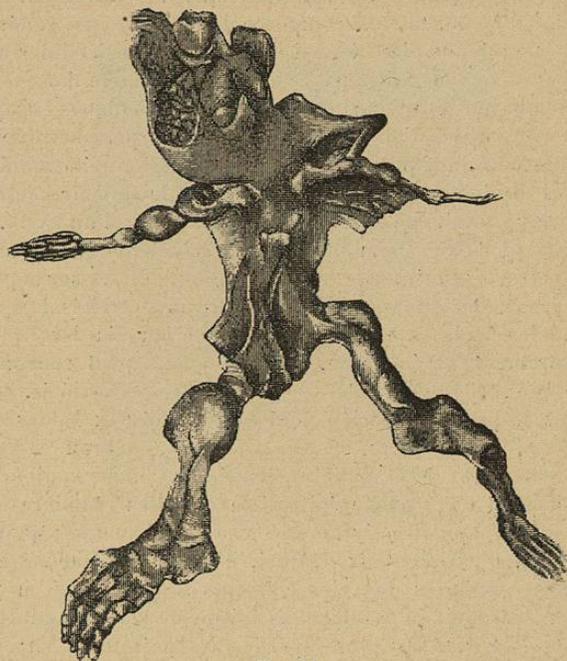


Fig. 58.

Embryon rudimentaire contenu dans un kyste dermoïde de l'ovaire. Squelette de l'embryon après dissection (grandeur naturelle) (RÉPIN).

tement la même structure que la peau, à part quelques différences qu'on observe suivant les cas et que nous signalerons plus loin. On peut toujours y distinguer deux parties, l'une périphérique ou externe, composée de tissu conjonctif et correspondant au derme de la peau, l'autre interne, constituée

par un épithélium pavimenteux stratifié et correspondant à l'épiderme.

La membrane conjonctive périphérique forme en quelque sorte la coque encapsulant le tératome et le sépare nettement des parties adjacentes, permettant ainsi une dissection ordinairement facile. Elle est composée de tissu fibreux, généralement assez dense, dans lequel on distingue des cellules aplaties parallèlement à la surface du kyste, comme dans toutes les membranes enveloppantes des tumeurs bénignes encapsulées, cette disposition du tissu conjonctif périphérique en couches concentriques résultant de la pression déterminée de dedans en dehors par l'augmentation de la tumeur centrale, ou de ses produits de sécrétion, lorsqu'il s'agit d'un kyste.

Au point de vue de la structure de la couche épithéliale et de la partie la plus interne de la couche conjonctive sur laquelle elle repose, on distingue, depuis LEBERT, trois variétés de kystes dermoïdes, mais cette division, commode pour la description, est purement schématique, attendu qu'on peut rencontrer toute une série de cas intermédiaires entre ces variétés.

Dans la première variété, qui correspond aux kystes dermoïdes les plus simples, et dans laquelle le contenu est formé uniquement par de la matière sébacée, la couche conjonctive sous-jacente à la couche épithéliale est assez régulière et la disposition papillaire s'y montre à peine ébauchée; quant à l'épithélium pavimenteux stratifié, il comprend une série de couches cellulaires dont les éléments sont de plus en plus aplatis à mesure qu'ils sont plus voisins de la surface interne du kyste et dont les plus superficielles présentent en outre une dégénérescence granulo-graisseuse comparable à ce que l'on observe dans les acini des glandes sébacées.

La structure de la paroi des kystes dermoïdes de la deuxième variété de LEBERT est déjà un peu plus compliquée, et le tissu conjonctif sous-épithélial prend une disposition papillaire qui le rend tout à fait comparable au derme de la peau; indépendamment des papilles, on y distingue également des glandes sébacées et de véritables follicules pileux. C'est dans ces kystes qu'on trouve, mélangées à la matière sébacée, des touffes de poils ou de

cheveux. La paroi kystique peut aussi former des sortes de verrues ou même des cornes, que l'on a vu, dans certains cas, venir faire saillie au dehors, entourées à leur base par la membrane kystique qui forme alors comme un calice d'où elles émergent.

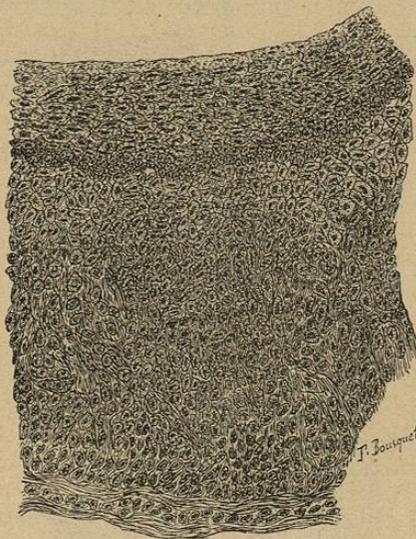


Fig. 59.

Coupe transversale de la paroi d'un kyste dermoïde simple.  
(Laboratoire de la Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu).

Dans la troisième variété la complexité de la structure de la paroi devient plus grande encore, et l'on y voit apparaître les tissus les plus variés et même des organes complets, comme des dents et des os. Tantôt les dents sont implantées sur une plaque osseuse, parfois creusée de cavités comparables à des alvéoles, tantôt elles sont simplement dans un follicule dentaire enveloppé de tissu fibreux.

Les dents et les plaques osseuses sont les parties organiques que l'on observe le plus souvent dans la paroi de ces kystes;

mais on y trouve également des os allongés, du tissu cartilagineux, du tissu musculaire strié et même du tissu nerveux médullaire. CORNIL et RANVIER ont observé des cas dans lesquels

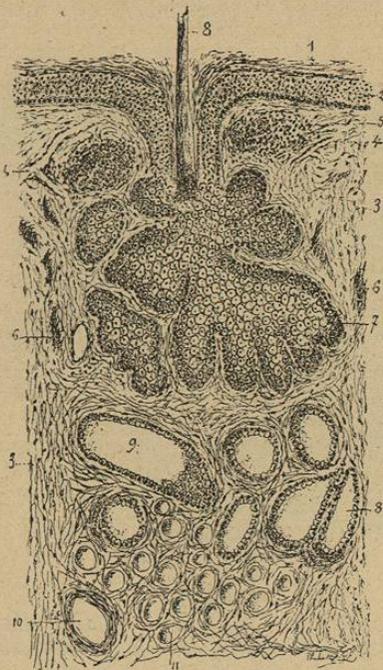


Fig. 60.

Kyste dermoïde de l'ovaire; coupe perpendiculaire à la surface interne (Pozzi).

1, Couche cornée; 2, corps de Malpighi; 3, tissu conjonctif; 7, glande sébacée; 8, glande sudoripare; 11, tissu adipeux.

le tissu nerveux, constitué par des tubes nerveux à myéline et par des cellules nerveuses, était contenu dans une poche fibreuse avoisinant les parties osseuses.

Il n'y a d'ailleurs aucune régularité dans la disposition et la

quantité relative des divers tissus qu'on peut rencontrer dans la paroi des kystes dermoïdes. Dans un même kyste on trouvera en certains endroits une paroi tout à fait superposable par sa structure à la peau normale, avec des papilles, des glandes sudoripares et sébacées, des follicules pileux et des cheveux, et, dans d'autres points, la paroi se montrera mince et dépourvue de papilles, comme dans les kystes de la première variété.

Les kystes mucoïdes, ainsi que nous l'avons dit, pourraient être appelés *dermoïdes muqueux*, car ils sont tout à fait analogues aux kystes dermoïdes proprement dits, et ils n'en diffèrent que par la structure de leur paroi qui, au lieu d'être en quelque sorte calquée sur celle de la peau, reproduit au contraire la structure d'une muqueuse; l'épithélium qui tapisse la surface interne de ces kystes, au lieu d'être pavimenteux stratifié, est donc formé de cellules prismatiques, qui, dans certains cas, se montrent pourvus de cils vibratiles. C'est ainsi qu'on a décrit des kystes périlaryngiens et pérित्रachéens, tapissés par un épithélium à cils vibratiles; on a également observé à la base de la langue des productions analogues.

Dans les tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne, dont il nous reste à parler, ainsi que dans les tératomas complexes de l'ovaire et du testicule, on trouve des kystes à paroi de muqueuse associés dans une même tumeur à d'autres kystes à paroi dermo-épidermique.

Les tumeurs de la région sacro-coccygienne peuvent être prises comme types des tumeurs dermoïdes les plus compliquées, attendu qu'on peut y rencontrer, pour ainsi dire, tous les tissus de l'organisme et même des organes suffisamment développés pour être parfaitement reconnaissables.

D'après la classification de BRAUNE, les tumeurs sacro-coccygiennes comprennent trois grandes classes, à savoir: 1<sup>o</sup> les inclusions fœtales, siégeant habituellement au-devant du sacrum et du coccyx; 2<sup>o</sup> les spina-bifida sacrés, situés à la partie postérieure du sacrum; 3<sup>o</sup> des tumeurs diverses, parmi lesquelles on a groupé, d'une façon tout à fait artificielle, les hygromas sacrés, les appendices caudiformes et tumeurs caudales, les lipomes, fibromes et cysto-fibromes, sarcomes et

cysto-sarcomes, et enfin les tumeurs à tissus multiples où l'on trouve mélangés tous les éléments des variétés précédentes <sup>1</sup>.

CALBET, dans les divers travaux très importants qu'il a publiés sur les affections congénitales de la région sacro-coccygienne, répartit ces affections en deux groupes.

« Le premier comprend toutes les productions qui résultent d'une anomalie de développement de cette région. Cette anomalie, qui est ordinairement due à un arrêt de développement, est plus ou moins grave et va depuis les simples difformités (dépressions, fistules congénitales et kystes dermoïdes simples, d'une part, appendices caudiformes de l'autre), jusqu'aux véritables monstruosité (spina-bifida à forme de myélo-cystocèle) ».

Le second groupe renferme les néoplasmes formés de masses polykystiques et de tissus multiples, décrits sous les noms de sarcomes, cysto-sarcomes, hygromas, fibromes, chondromes, ostéomes, myomes, lipomes, angiomes, etc. ainsi que les tumeurs dans lesquelles on rencontre des membres supplémentaires ou des organes fœtaux, tels que intestins, bronches, poumons, etc.

On voit d'après ces énumérations combien la question des tumeurs sacro-coccygiennes est complexe. Ce n'est pas ici qu'elle doit être traitée, et nous devons nous borner à indiquer brièvement les principaux caractères des tératomes que nous avons pris comme exemples des tumeurs dermoïdes dont la structure atteint la complexité la plus grande et qui sont composées à la fois de parties solides et de parties kystiques.

C'est dans ces tératomes qu'on a pu rencontrer à peu près toutes les pièces du squelette, depuis les phalanges jusqu'à la clavicule et l'os iliaque, y compris les os de la tête et de la face, notamment les maxillaires (KLEINWÄCHTER), des poumons à l'état embryonnaire (BUZZI) et tous les tissus mésoblastiques nécessaires à la formation de l'appareil broncho-pulmonaire (KIENER), des fragments d'intestin tout à fait semblables à l'intestin nor-

<sup>1</sup> S. DUPLAY. Les tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne. *Arch. gén. de méd.*, t. XII, 1868.

mal (MIDDELDORFF, CAZIN), une vessie et un rein, un testicule (SIMMONDS), un globe oculaire à la sixième semaine de son développement (KÜMMEL), une bouche et une langue rudimentaires (KLEINWÄCHTER), des paupières garnies de cils, une lèvre supérieure, un maxillaire supérieur rudimentaire et une petite cavité buccale contenant une langue (LEON).

Nous avons eu l'occasion de pratiquer l'examen histologique de deux tumeurs sacro-coccygiennes enlevées par Broca.

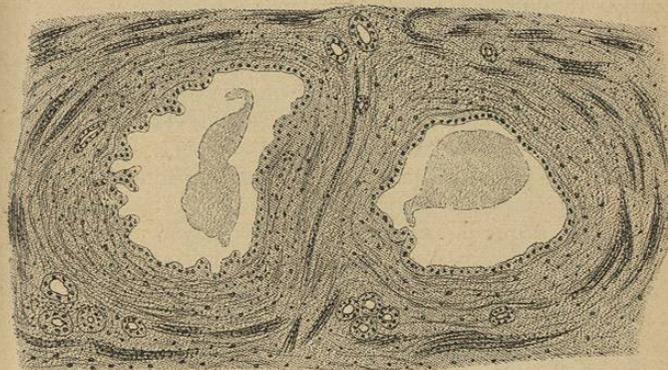


Fig. 61.

Tumeur congénitale de la région sacro-coccygienne. Kystes tapissés par un épithélium cilié. Faible grossissement. (Laboratoire de la Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu).

Dans un cas, il s'agissait d'une tumeur polykystique dont la charpente était constituée par du tissu conjonctif présentant des aspects variés suivant les points considérés. Dans certaines parties de la tumeur, le tissu conjonctif renferme en effet, sur nos préparations, très peu d'éléments cellulaires, tandis que dans d'autres parties on observe un très grand nombre de cellules rondes, qui pourraient donner l'impression d'une infiltration sarcomateuse, si l'on n'apercevait pas çà et là, au milieu de ces amas cellulaires, des vaisseaux nettement différenciés.