

sente à lui seul les trois quarts de la tumeur; il est rempli d'un liquide louche et ne diffère en rien des kystes uniloculaires ordinaires, kystes prolifères, mucoïdes, dont la structure est connue depuis les travaux de Waldeyer, de Synéty, de Quénu, de Malassez. Sur le pôle supérieur de ce kyste banal se trouve une petite poche dermoïde du volume d'un gros œuf; ses parois, de tissu analogue à celui de la peau, ont sécrété, par ses glandes et ses follicules, de la matière sébacée et des poils; enfin, une masse solide coiffe ce kyste dermoïde; c'est une néoformation friable, adhérente au mésocôlon et au côlon transverse, sarcome fasciculé où le microscope a décelé l'existence d'éléments fuso-cellulaires groupés en « faisceaux » et en « tourbillon », et irrigués par des vaisseaux abondants sans parois propres et comme creusés dans la trame morbide.

De tumeurs semblables, j'en ai cherché des exemples et n'en ai pas trouvé; il est vrai que mes investigations n'ont pu être que sommaires, et je n'ai guère feuilleté, outre nos traités classiques, que les Bulletins de la Société anatomique et la thèse de Poupinel sur la « généralisation des kystes et des tumeurs épithéliales de l'ovaire ». Ce que l'on y récolte en abondance, ce sont des kystes prolifères, les épithéliomes mucoïdes de Malassez, qui ont donné naissance à des tumeurs secondaires, greffées sur le péritoine surtout, mais aussi sur la plèvre. Cette propagation est plus fréquente qu'on ne le suppose, surtout lorsque le kyste prolifère est végétant, et que ses parois renferment des masses épithéliales du type adénoïde ou du type carcinoïde. On voit, sur la

séreuse péritonéale, les greffes de productions semblables à celles qui hérissent le kyste. Plus tard, les lymphatiques en entraînent des parcelles qui envahissent la cavité thoracique, et cette seule thèse en contient une foule d'exemples convaincants.

Ce que l'on trouve encore ce sont des kystes dermoïdes de l'ovaire paraissant s'être généralisés: Fränkel a vu une tumeur pilo-sébacée de l'ovaire accompagnée de masses semblables disséminées dans le péritoine, le foie, le mésocôlon et le petit bassin; dans une autre observation l'ovaire droit, l'ovaire gauche, le ligament large, le mésentère, la séreuse qui recouvre l'iléon, le cæcum et le côlon contenaient des kystes dermoïdes, du volume d'un grain de chènevis à celui d'une noisette ou d'une noix. Babinski et Cornil, dans un autre ordre d'idées, ont montré des kystes dermoïdes de l'ovaire se transformant en un épithélioma qui, lui, se généralise en tumeurs secondaires dans le duodénum, l'épiploon, le foie, la rate et le poumon. Cette dégénérescence épithéliale d'un kyste dermoïde de l'ovaire est surtout évidente dans l'observation de Cornil; le néoplasme, au milieu duquel on trouvait des cheveux, avait envoyé ses trainées épithéliales jusque dans l'utérus.

Ce que l'on trouve enfin, ce sont des tumeurs complexes que l'on nomme encore tératoïdes; elles n'ont plus ici la même fréquence que dans le testicule ou la parotide, et Poupinel, dans sa thèse, n'en a rassemblé que quatre exemples: il en a publié un cinquième dans le Bulletin de la Société anatomique de 1883. Ces néoplasmes sont constitués par des cavités kystiques et par des parties solides enchevêtrées; les poches tapissées

d'un épithélium cylindrique, caliciforme en certains points, pavimenteux en d'autres, contiennent un liquide visqueux, jaunâtre ou grisâtre; les masses résistantes présentent, au milieu de tissu fibreux, des perles épidermiques, des nodules cartilagineux, des faisceaux musculaires et du tissu ostéoïde. Ces tumeurs sont essentiellement malignes; elles récidivent et, dans l'observation de Terrier, dans celle de Panas, dans un autre fait encore, la généralisation fut rapide; des noyaux cancéreux furent rencontrés, à l'autopsie, dans un grand nombre de viscères.

On le voit : aucune observation de ces trois groupes ne ressemble à la nôtre; il ne s'agit pas d'une tumeur tératoïde où les divers tissus se trouvent emmêlés sans limites précises, mais d'une masse néoplasique où un kyste prolifère, un kyste dermoïde et un sarcome fasciculé paraissent juxtaposés sans pénétration réciproque; le sarcome se présente avec les caractères qui lui sont propres; le petit kyste dermoïde avait sa membrane d'enveloppe distincte, et le grand kyste mucoïde ressemble à tous les kystes de son espèce. Enfin, malgré la cachexie avancée nous n'avons, au cours de l'opération, constaté aucune de ces tumeurs secondaires, de ces noyaux de généralisation observés dans la plupart des kystes malins, sur le péritoine pariétal et viscéral. Le mésocôlon et le côlon transverse étaient adhérents au sarcome, c'est vrai, mais par simple extension du foyer primitif.

Quelle pathogénie invoquer pour expliquer l'apparition, chez une femme de 63 ans, d'une tumeur com-

posée de trois parties si différentes? Il semble difficile d'indiquer ici trois processus distincts et de chercher, pour chaque tissu, un processus particulier. Or, comme tout le monde est d'accord pour reconnaître que les kystes dermoïdes sont d'origine congénitale, je serais tenté de dire qu'il doit en être de même pour le kyste mucoïde et pour le sarcome, et nous en arriverions à cette théorie de l'enclavement imaginée par Verneuil pour expliquer la formation des kystes dermoïdes si nombreux au niveau des fentes branchiales — puis qui a été étendue à peu près à toutes les régions et dont, en somme, la grande théorie de Cohnheim ne paraît être qu'une généralisation hardie.

Verneuil, en effet, supposait en 1852, et démontrait en 1855, que les kystes dermoïdes de la face ont pour origine une portion du tégument cutané qui, pendant le développement embryonnaire, reste pour ainsi dire en arrière et s'enclave au milieu des autres tissus; il y conserve sa texture; ses follicules y forment des poils, et ses glandes sudoripares et surtout sébacées sécrètent leurs produits qui, s'accumulant en masse butyreuse, distendent, en un kyste, le petit sac primitif. Mais un pareil « enclavement » peut se faire en d'autres lieux qu'au niveau des fentes branchiales, et les kystes dermoïdes de l'ovaire naîtraient par un mécanisme semblable. Lannelongue ne croit-il pas qu'un accident peut déterminer l'emprisonnement d'une petite portion de feuillet corné dans les rudiments du corps de Wolff, « alors que ces derniers sont très voisins de l'ectoderme, c'est-à-dire pendant les premiers temps de la vie embryonnaire »? Il en aurait été ainsi dans notre cas où le kyste ne contenait

que des poils et de la matière sébacée. Mais dans les tératomes plus complexes renfermant des os, du cartilage, des éléments musculaires et nerveux, des épithéliums intestinaux, les masses protovertébrales et le feuillet interne participeraient, eux aussi, à l'enclavement.

Voilà pour notre kyste dermoïde; mais comment expliquer l'apparition du sarcome et du kyste mucoïde concomitant? Pour ce dernier, rien que de fort simple encore; on sait que l'épithélium germinatif qui tapisse l'ovaire s'invagine, dans cet organe, en tubes dont les uns s'étranglent pour former des follicules, tandis que les autres peuvent persister, et dans ces vestiges naîtraient les kystes prolifères. Pour le sarcome, on pourrait dire qu'il ne s'est développé que plus tard, aux dépens des tissus des kystes dermoïdes, comme il aurait fait sur des tissus normaux. N'a-t-on pas signalé justement des dégénérescences malignes des kystes dermoïdes de l'ovaire? Schröder y a trouvé du cancer, Babinski de l'épithélioma lobulé et Unverricht du sarcome. C'est encore possible. Mais il est plus rationnel d'admettre une cause commune à l'apparition des trois tumeurs, et la perturbation qui, pendant la vie embryonnaire, a incarcéré les éléments cornés et les épithéliums, origines du futur kyste dermoïde et du futur kyste prolifère, aura provoqué des inclusions particulières, genèse du futur sarcome, et nous arrivons ainsi à la théorie générale de Cohnheim sur la pathogénie des néoplasmes.

On sait que, dans l'œuf, les cellules du blastoderme se groupent d'abord en deux feuillets, un externe, ecto-

derme ou épiblaste, et un interne, endoderme ou hypoblaste; puis, entre ces deux couches, en naît une troisième qui se clive et forme la fente pleuro-péritonéale, sur les bords de laquelle apparaît l'éminence germinative, matrice des épithéliums génitaux. De ces feuillets dérivent tous les tissus : de l'ectoderme, l'épiderme, le système nerveux, les organes des sens; de l'endoderme, l'épithélium intestinal et ses glandes; du mésoderme, le squelette, les muscles et les vaisseaux. Eh bien! d'après la théorie de Cohnheim, des amas de cellules d'un des feuillets primitifs s'enkystent parfois au milieu des tissus voisins pendant la vie embryonnaire. Ces éléments, en inclusion hétérotopique, peuvent rester un long temps silencieux; puis tout à coup, à l'occasion de quelque trouble local ou général, ces cellules « enclavées » entrent en activité, se développent, et une tumeur prend naissance.

Cette explication ne nous explique pas grand'chose; seulement elle éclaire notre cas particulier : elle permet de ramener à une même cause perturbatrice les enclavements d'éléments embryonnaires qui, après soixante ans, devaient provoquer chez notre malade l'apparition d'un sarcome, d'un kyste mucoïde et d'un kyste dermoïde de l'ovaire. Voilà pourquoi nous accepterions volontiers dans ce cas une théorie pathogénique, d'ailleurs si discutable dans ses applications à toutes les régions et à tous les organes. N'oublions pas que nous sommes ici sur un terrain où les incompetents comme nous doivent d'autant moins s'avancer que les maîtres les plus incontestés en la matière n'ont pas su se mettre d'accord. Je m'arrête donc, et, de cette

conférence, je vous prie de vous rappeler surtout le fait clinique que je résume en cette courte phrase : Nous avons trouvé dans l'ovaire une tumeur complexe formée par la juxtaposition d'un gros kyste dermoïde et d'un sarcome fasciculé.

CHAPITRE X

AFFECTIONS DES MEMBRES

I

Fracture sus-condylienne du fémur et pseudarthrose consécutive.

MESSIEURS,

Avant que la femme opérée par nous d'une pseudarthrose du fémur consécutive à une fracture sus-condylienne quitte nos salles, je veux vous entretenir de ce cas, intéressant à un triple point de vue; d'abord, au cours de notre intervention, nous avons pu étudier les rapports respectifs des deux fragments osseux, ce qui nous permet d'ajouter une observation indiscutable aux exemples si controversés de « fractures dites de Boyer ». Puis, nous avons pris sur le fait le mécanisme de l'irréductibilité de la fracture; enfin, et du même coup, nous nous sommes expliqué la cause de l'absence de consolidation, de telle sorte que le remède a été facile à trouver.

Lorsque, au mois de décembre, nous avons pris le service des mains de M. Polaillon, nous y trouvions une femme de 48 ans, entrée à l'hôpital le 20 novembre