

Müller, *U. die feineren Bau u. d. formen der krankh. Geschwulste*, Berlin, 1838 (1^{re} partie seule parue). — Mandl, *De la str. intime des tumeurs, etc.*, in *Arch. gén. de méd.*, 3^e série, t. VIII, p. 313, 1840. — J. Vogel, *Icones histologicae pathol.*, Leipz., 1843. — J. Vogel, *Tumeurs*, in *Traité d'anat. path. génér.* (t. IX, de l'*Encyc. anat.*), trad. par A. J. L. Jourdan, p. 182, Paris, 1847. — Toutant, *Essai sur la classif. des tumeurs*, thèse de Paris, n^o 151, 1851. — H. Lebert, in *Physiol. path.*, 2 vol., Paris, 1845; et in *Traité d'anat. path. génér. et spéc.*, Paris, 1855-57. — Paget, *Lectures on Tumours*, London, 1851. — Schuh, *Path. u. Therap. der Pseudoplasmen*, Wien, 1854. — Follin, *Des prod. org. de format. morbide*, in *Traité élém. de path. ext.*, t. I, p. 148, 1861. — R. Virchow, *Pathol. cellulaire* (trad. fr.), Paris, 1851; et *Pathologie des tumeurs* (trad. par P. Aronsohn), 3 vol., 1867, 69 et 73. — P. Broca, *Traité des tumeurs*, t. I (tumeurs en général), Paris, 1866 (Bibliographie, p. 43). — A. Lücke (de Berne), *Allg. Chirurg. der Geschwülste*, in *Handb. der allg. u. spéc. Chirurgie*, v. Pitha u. Billroth. Bd. II, Ab. I, H. I, S. 3-100, Erlangen, 1867 (Bibliographie). — Th. Billroth, *Des tumeurs*, in *Elém. de path. chir. génér.* (trad. fr.), p. 662, Paris, 1868. — J. Paget et C. H. Moore, *Tumours in Holme's System of surgery*, 2^e éd., vol. I, p. 496, London, 1870. — Saint-Hubert Serre, *Classif. clinique des tumeurs*, th. d'agrég. en chirurgie, Montpellier, 1872. — E. Reindfleisch, *Traité d'histol. pathol.* (trad. fr. par F. Gross), p. 130, Paris, 1873.

ARTICLE II. — TUMEURS EN PARTICULIER.

Nous prévenons le lecteur que l'ordre dans lequel nous étudierons les tumeurs en particulier n'est nullement subordonné à une classification clinique, qui nous paraît actuellement impossible à formuler.

§ 1. — Des Kystes ou Kystomes.

« Les kystes, dit le professeur Broca, sont des tumeurs chroniques, constituées par des cavités closes anormales ou anormalement développées, dont les parois sont en rapport de continuité par leur surface extérieure avec les tissus vasculaires environnants, et en rapport de simple contiguïté par leur surface interne avec une substance le plus souvent liquide ou molle, rarement solide, quelquefois organisée et vivante, mais toujours indépendante de la circulation générale (1). »

Cette définition, qui exclut de la classe des kystes les tumeurs enkystées, est un peu générale et s'applique aussi aux épanchements dans les cavités séreuses, aux hydrophisies. D'ailleurs, comme le remarque le professeur Broca, la démarcation entre ces diverses lésions est « vague et arbitraire ». A la rigueur, pour établir cette distinction, on pourrait faire entrer en ligne de compte l'étendue plus con-

(1) *Traité des tumeurs*, t. II, p. 12, 1869.

sidérable de la cavité dans laquelle s'accumule le liquide des épanchements ou hydrophisies.

Pathogénie et classification. — Pour les anciens auteurs, les kystes tenaient à l'accumulation de la pituite, à l'obstruction des vaisseaux lymphatiques (Th. Warthon, Bonet, Bidloo, etc.). Plus tard ils furent considérés comme le résultat de la dilatation des cellules du tissu folliculeux (Louis, 1772); cette opinion fut combattue par Bichat, qui les faisait naître de toutes pièces dans le tissu cellulaire. J. Hunter divisait les kystes en kystes naturels et en kystes accidentels; ce sont en fait les kystes progènes et les kystes néogènes du professeur Broca.

Cruveilhier les divisa plus tard (1816) en : A, kystes préexistants, c'est-à-dire constitués par le développement d'une cavité normale préexistante; B, kystes consécutifs ou adventifs, dans lesquels la poche se forme autour de corps étrangers solides ou liquides.

D'après le même auteur, les kystes préexistants comprendraient six espèces : 1^o les kystes folliculeux sébacés ou cutanés; 2^o les kystes folliculeux muqueux; 3^o les kystes glanduleux; 4^o les kystes ovariens; 5^o les kystes synoviaux, et 6^o les kystes vasculaires.

Quant aux kystes non préexistants ou consécutifs, ce sont : 1^o les kystes hématisés, 2^o les kystes purulents, 3^o les kystes développés autour des tumeurs (1), 4^o les kystes entourant un corps étranger d'origine externe, enfin 5^o ceux qui enveloppent un corps étranger d'origine interne.

Cette classification fut adoptée par A. Jamain et Nélaton (2); toujours est-il qu'elle est de beaucoup supérieure à celles de Sédillot et des auteurs du *Compendium de chirurgie*. Ces derniers, en effet, admettent, d'après la structure de la poche, deux espèces de kystes; dans les uns, la face interne de la membrane d'enveloppe présente tous les caractères d'une membrane muqueuse; dans les autres, cette même face offre l'aspect d'une membrane séreuse : les premiers seraient les kystes muqueux, les seconds les kystes séreux.

Comme nous l'avons déjà dit, le professeur Broca, admettant en principe la classification de J. Hunter, divise les kystes en : A, kystes progènes, et B, kystes néogènes. Il faut remarquer que cette division ne correspond qu'en partie à celle adoptée par Cruveilhier; ce dernier auteur, en effet, établit la relation étiologique qui peut exister entre la poche et le contenu, tandis que pour le professeur Broca, l'oppo-

(1) Ce sont là des tumeurs enkystées.

(2) *Elém. de path. chirurg.*, t. I, p. 412, 2^e édition, 1868.

sition « des mots progènes et néogènes est relative à la paroi considérée par rapport à la constitution normale de l'organe malade (1) ».

Nous adopterons ici cette dernière classification, tout en la modifiant un peu.

A. — Kystes progènes.

Le professeur Broca subdivise les kystes progènes en un certain nombre de groupes qui peuvent être rapportés à cinq types :

- 1° Kystes à cavité préexistante close et naturellement pleine;
- 2° Kystes à cavité préexistante close et naturellement vide;
- 3° Kystes à cavité préexistante provenant d'un organe embryonnaire incomplètement atrophié;
- 4° Kystes à cavité préexistante accidentellement close et naturellement douée de la propriété de sécrétion (ce sont les *kystes par rétention*);

5° Enfin, kystes à cavité préexistante accidentellement close et naturellement privée de la propriété de sécrétion (*kystes des vaisseaux sanguins et lymphatiques*).

Nous croyons que le nombre de ces subdivisions peut être diminuée, en ce sens que les deux premiers types peuvent être groupés ensemble sous le nom de *kystes d'exsudation*, et que les troisième et quatrième types peuvent être regardés comme des *kystes par rétention*. Voici donc la classification qui nous paraît la plus simple :

- | | | |
|--------------------------|---|--|
| 1° Kystes d'exsudation. | { | A cavité préexistante close et vide. |
| | | A cavité préexistante close et pleine. |
| 2° Kystes par rétention. | { | Kystes glandulaires acquis. |
| | | Kystes glandulaires embryonnaires. |
| 3° Kystes vasculaires. | | |

Ajoutons que cette classification s'inspire un peu de celles de Virchow et de A. Lücke.

1° *Kystes d'exsudation*. — Ils résultent de l'exsudation d'un liquide de consistance d'ailleurs assez variable dans une cavité close et préexistante, tantôt pleine à l'état normal, d'autres fois vide ou plutôt ne renfermant qu'une très-petite quantité de liquide.

A la première variété se rattachent les kystes développés dans les follicules clos (kystes de l'ovaire, kystes du rein, kystes du corps

(1) *Traité des tumeurs*, t. II, p. 20.

thyroïde); les kystes alvéolo-dentaires, nés dans les follicules dentaires et bien étudiés récemment; les kystes placentaires multiples ou môles hydatiques; enfin les kystes du corps pituitaire.

Dans la deuxième variété on peut ranger la plupart des kystes qui se développent dans les bourses séreuses normales ou accidentelles et dans les synoviales tendineuses (Broca). Il faut y ajouter certains kystes du cordon, les kystes des sacs herniaires (1) développés dans des cavités qui ont communiqué à un moment donné avec une grande séreuse, le péritoine (Broca).

La plupart des kystes d'exsudation devant être étudiés plus loin, à propos de la pathologie des organes qu'ils affectent, ou des régions qu'ils occupent, nous ne ferons que les signaler ici. Nous remarquerons toutefois que tous paraissent résulter d'une irritation lente, sorte d'inflammation chronique, modifiant les phénomènes endosmo-exosmotiques normaux des cavités préexistantes dans lesquelles ils prennent naissance et altérant profondément les parois mêmes de ces cavités naturelles, au moins dans la plupart des cas.

2° *Kystes par rétention*. — Ils se développent dans une cavité préexistante, close ou non, et douée de la propriété de sécrétion. Les kystes d'origine *glandulaire* peuvent naître dans des organes qui, primitivement doués de la faculté de sécrétion, en sont privés plus tard, au moins dans les conditions normales d'évolution. C'est pour cela que nous en avons fait deux classes, selon qu'ils sont acquis ou d'origine embryonnaire. Dans le premier cas ils résultent de la rétention d'une sécrétion normale; dans le second cas, la sécrétion retenue est anormale, car l'organe sécréteur devrait être totalement atrophié depuis longtemps.

a. Les kystes des *glandes embryonnaires*, *Kystes embryogéniques* (Broca), ne nous arrêteront pas longtemps; suivant les remarques de Follin, Verneuil, Broca et Giraldès, ils constituent tout un groupe naturel qu'on pourrait appeler *kystes Wolffiens* (2), et qui sera étudié plus loin, à propos des *kystes de l'épididyme* et des *kystes ovariens*.

b. Les kystes glandulaires acquis se développent le plus souvent, sinon toujours, sans provoquer de phénomènes d'inflammation, et résultent pour la plupart de l'oblitération d'un conduit excréteur. A cet égard il faut s'entendre, et noter, avec le professeur Broca,

(1) Ce sont les *kystes diverticulaires* de Lücke.

(2) Ils se développent dans les restes du corps de Wolff.

que les kystes de ce genre ont d'autant plus de tendance à se produire, que l'appareil glandulaire d'où ils naissent est des plus simples. C'est qu'en effet, l'oblitération des conduits excréteurs de glandes volumineuses, comme par exemple les glandes salivaires, ne donne pas lieu au développement de kystes, mais bien à des accidents de *réten-tion* de la sécrétion normale, accidents caractérisés par des phénomènes inflammatoires insolites.

Les kystes des follicules, et en particulier ceux des follicules disposés en bourses, sont assez fréquents et résultent bien de la dilatation de tout leur appareil glandulaire. De même les kystes des glandes simples ne sont pas rares, et il suffit de dire que les kystes des glandes sébacées en constituent le type le plus fréquent (1).

Mais, en étudiant les kystes des glandes compliquées, le professeur Broca paraît avoir démontré que ce ne sont plus les conduits excréteurs qui s'oblitérent pour former ultérieurement les kystes, mais bien les conduits en quelque sorte sécréteurs ou acinaires (Broca). Tout au plus certaines glandes, comme la glande vulvo-vaginale, pourraient-elles se transformer en kyste par l'oblitération de leur conduit excréteur.

En résumé, pour le professeur Broca, « les kystes des glandes excrétoires sont presque constamment des maladies de l'appareil de sécrétion, au lieu d'être le plus souvent, comme on l'admettait jusqu'ici, des maladies de l'appareil d'excrétion (2) ».

Remarquons que cette opinion, entièrement partagée par nous, est absolument opposée à celle du professeur Richet. Ce dernier admet en effet que la dilatation du canal d'une glande volumineuse peut donner naissance à un kyste.

Ajoutons enfin que dans une glande compliquée, la transformation kystique peut se faire simultanément en plusieurs points, de là des *kystes multiloculaires* ou *aréolaires*.

3° *Kystes vasculaires*. — Ce sont ceux qui appartiennent au cinquième type du professeur Broca; « ce type comprend les kystes développés dans la cavité des vaisseaux sanguins ou lymphatiques, entre deux oblitérations superposées (Broca) ».

Un fait important à connaître, c'est que le liquide qui distend ces kystes est le résultat d'une exhalation anormale de la membrane interne du vaisseau dilaté, et par conséquent ne peut être ni du sang ni de la lymphe (Broca).

Il résulte des recherches du professeur Broca que les kystes ar-

(1) Voyez plus loin les affections chirurgicales de la peau.

(2) *Loc. cit.*, t. II, p. 409.

tériels n'existent pas, tandis qu'on observe des kystes d'origine veineuse et capillaire. Mais il faut noter que ces dernières productions sont presque toujours consécutives à des altérations primitives, à savoir : des dilatations variqueuses pour les veines, des tumeurs érectiles pour les capillaires.

Quant aux kystes d'origine lymphatique, des observations dues à Broca tendent à faire admettre leur existence pour les vaisseaux lymphatiques. La question est plus obscure au sujet des kystes ganglionnaires, en ce sens qu'on peut considérer leur origine comme due à une exsudation anormale se produisant dans les vésicules closes qui entrent dans la structure des ganglions (Ch. Robin, etc.).

Quelques kystes du placenta ont été considérés à tort comme des kystes vasculaires (Broca); mais il n'en est plus de même d'un certain nombre de kystes multiloculaires congénitaux, qui très-probablement proviennent de la transformation de tumeurs vasculaires développées pendant la vie intra-utérine (Cruveilhier, H. Coote, Bickersteth, Verneuil, Broca).

B. — Kystes néogènes.

Cette classe de tumeurs kystiques comprend tous les kystes « qui n'ont pas leur siège dans une cavité préexistante et dont la paroi par conséquent est de formation entièrement nouvelle » (Broca).

Ces kystes doivent être divisés en deux espèces distinctes, selon que le développement de leur paroi, toujours d'origine nouvelle, est un phénomène primitif ou consécutif. De là l'existence des kystes *autogènes* et *périgènes* (Broca).

Dans son traité, Follin n'étudie pas les kystes périgènes, ou plutôt n'en décrit qu'une variété, les *kystes hydatiques*.

1° *Kystes périgènes*. — Ces kystes ne sont autres que les kystes consécutifs ou adventifs de Cruveilhier.

Leur mode de formation constitue ce que les auteurs ont appelé le travail d'enkystement. Ils se développent, on le sait, autour d'un corps étranger, vivant ou non, solide ou liquide; or ce corps provoque autour de lui des phénomènes d'irritation assez intenses pour donner lieu à la formation d'un tissu analogue au tissu de cicatrice (Broca), c'est-à-dire contenant des éléments cellulaires et fibroplastiques. Ce tissu forme donc autour du corps étranger une véritable poche qui l'entoure complètement et le maintient ainsi isolé des parties voisines.

Dans quelques cas l'inflammation périphérique déterminée par le

corps étranger peut être trop intense, il se fait un abcès, et l'élimination du pus et du corps étranger a lieu plus ou moins tardivement.

Ajoutons qu'il ne faut pas confondre ces kystes périgènes avec les pseudo-kystes cellulaires qui parfois entourent certaines tumeurs. Dans ce dernier cas, la face interne du pseudo-kyste est en rapport vasculaire avec la partie périphérique de la tumeur, ce qui n'existe jamais dans les kystes périgènes (Broca).

Notons que cette distinction entre les kystes périgènes et les tumeurs enkystées n'est pas faite par tous les auteurs (Graveilhier, Jamain et Nélaton).

Le professeur Broca divise les kystes périgènes en trois groupes :

a. Les kystes formés autour d'un être vivant; tels sont les kystes fœtaux et les kystes à entozoaires.

b. Les kystes formés autour de corps inertes et solides (projectiles de guerre, séquestres, esquilles, sutures, etc.).

c. Enfin, les kystes formés autour d'un corps plus ou moins liquide, en général peu irritant, tel que le sang, la sérosité, le pus, etc.

Les kystes du premier groupe ne nous occuperont pas ici; les uns, les *kystes fœtaux*, ne sont que des grossesses extra-utérines (Broca); les autres, les *kystes à entozoaires*, empruntent toute leur importance aux animaux qui les font naître, et ont été décrits dans le *Manuel de pathologie et de clinique médicales* du professeur Tardieu (1).

Les kystes du deuxième groupe ont été étudiés, au moins en grande partie, à propos des *corps étrangers en général* (2); les uns naissent autour de corps venus du dehors, les autres se sont développés autour de parties qui, d'abord vivantes, ont fini par mourir et jouent le rôle de corps étrangers. Tels sont les séquestres, les esquilles, les calculs, certaines concrétions crétaées.

Remarquons que des esquilles, des séquestres, des projectiles même, enkystés au milieu de tissus venant à s'ossifier, sont dits alors *invaginés*.

Aux kystes du troisième et dernier groupe se rattachent, avons-nous dit, les kystes développés autour de collections sanguines, séreuses, purulentes, etc.

Le sang épanché hors de ses voies normales peut, dans quelques

(1) Voyez page 940.

(2) Voyez page 188.

cas, donner naissance à un kyste, une pseudo-membrane se formant autour du foyer sanguin, (*Kystes hématiques*). Cette tumeur peut persister assez longtemps et même s'accroître. Dans certains cas, le sang est résorbé et le kyste disparaît; d'autres fois, le liquide sanguin reste pur et très-peu modifié; enfin il peut être remplacé par de la sérosité sécrétée par la face interne du kyste. Le plus ordinairement la poche renferme du sang plus ou moins altéré; tantôt le liquide est couleur chocolat, café; tantôt les parties liquides sont absorbées et il reste une masse noirâtre adhérente aux parois du kyste. Enfin, on peut y trouver aussi une sérosité limpide, la matière colorante ayant presque disparu ou ne formant plus que quelques taches sur la face interne du kyste.

Les parois de ces kystes, souvent tomenteuses et recouvertes de petites saillies, peuvent, le liquide étant évacué, donner une sensation de crépitation toute spéciale qu'on a comparée au *cri de l'étain* (Broca).

Les *épanchements traumatiques de sérosité* (1) pourraient être aussi considérés comme des kystes d'origine sanguine, telle est du moins l'opinion discutable du professeur Broca.

Enfin, les *abcès aigus* et *chroniques* (2) peuvent être jusqu'à un certain point regardés comme de véritables kystes purulents. Remarquons que toutes les tumeurs kystiques peuvent devenir purulentes par le fait de l'inflammation.

2^o *Kystes autogènes*. — Ce sont des kystes de formation nouvelle, naissant de toutes pièces, « par suite d'un travail spontané, spécial, idiopathique » (Broca).

Ces kystes sont congénitaux ou acquis, ils peuvent même dater de la période embryonnaire. Comme le fait remarquer le professeur Broca, on les considère comme autogènes parce que leur pathogénie est obscure et qu'aucune disposition anatomique spéciale ne peut rendre compte de leur développement. On conçoit donc que leur nombre, jadis élevé, se soit de plus en plus amoindri, au profit des kystes progènes.

Ces kystes se divisent en deux catégories bien distinctes (Broca) : a. Les *kystes séreux autogènes*, b. Les *kystes hétérotopiques*.

a. Les *kystes séreux autogènes* ont une paroi celluleuse ou cellulofibreuse, à structure simple, et renferment un liquide séreux. Ces kystes paraissent rares et les kystes des os, que nous étudierons plus loin, en paraissent un exemple bien net; le professeur Broca y ajoute encore

(1) Voyez p. 43.

(2) Voyez p. 2 et 10.

les kystes sous-péritonéaux du mésentère et de la paroi abdominale, et ceux des plexus choroides. Ces kystes ont-ils pour point de départ une cellule ou un noyau de cellule (Frerichs et Rokitsky)? Il est absolument impossible de se prononcer à cet égard.

Les kystes séreux péri-laryngiens et péri-trachéaux, tapissés d'épithélium à cils vibratiles, rentreraient aussi dans cette classe (Cornil et Ranvier).

b. Kystes hétérotopiques. — Ces kystes, longtemps considérés comme des kystes *périgènes* développés autour d'un fœtus ou d'un embryon plus ou moins incomplet, ont été à tort désignés sous le nom de kystes fœtaux. Ils constituent la classe des *kystes dermoïdes* de Lebert, dénomination acceptée par Cornil et Ranvier (1).

La paroi de ces kystes offre une structure analogue à celle de la peau; elle a des papilles, des glandes, des follicules pileux; d'où le nom de kystes dermoïdes. De plus, cette paroi peut présenter des verrues, des cornes, des follicules dentaires et des dents de la première et de la deuxième dentition, des plaques osseuses plus ou moins analogues aux maxillaires et offrant des alvéoles, enfin des masses de tissus cartilagineux, musculaire strié et nerveux.

Le contenu est de la matière sébacée mélangée à des poils parfois très-fins et extrêmement longs; on y trouve aussi des dents libres, des parties d'os et de cartilage.

Ces kystes, qui se développent plus particulièrement dans l'ovaire, ont été observés cependant « à tous les âges, dans presque toutes les parties du corps et dans les deux sexes (Broca) »; aussi ne peut-on admettre qu'ils soient consécutifs à des *grossesses ovariennes*. D'un autre côté, supposer que tous les kystes dermoïdes extra-ovariens résultent d'une *inclusion fœtale* est absolument inadmissible, comme le fait remarquer le professeur Broca (2); on est donc tenté d'en arriver à l'opinion de Lebert et admettre leur développement par une véritable *hétérotopie plastique*, hétérotopie qui, d'après cet auteur, pourrait se manifester après la naissance.

Toutefois, il faut convenir que les recherches de Valentin tendent à faire admettre l'origine congénitale constante de ces productions anormales, surtout si elles contiennent des dents et des os.

Mais il est un fait signalé par Verneuil et qui mérite d'attirer l'attention des observateurs, c'est le siège spécial de ces kystes dermoïdes, à la tête, au cou et au tronc. Ces divers lieux d'élection lui paraissent en rapport avec des phénomènes connus de l'évolution

(1) *Loc. cit.*, 1^{re} partie, p. 304 et 305.

(2) *Loc. cit.*, t. II, p. 132 et suivantes.

normale de l'embryon, en particulier avec l'occlusion de fentes et de cavités (*fentes branchiales*, par exemple), qui disparaissent ou plutôt doivent disparaître à un moment donné du développement. La persistance de ces fentes, leur occlusion tardive expliquent très-certainement la véritable *inclusion* de sacs cutanés dans les tissus; nous reviendrons plus tard sur ce point à propos des kystes dermoïdes de certaines régions (1), dont la pathogénie paraît parfaitement élucidée actuellement.

Anatomie pathologique. — D'après ce qui précède, on voit combien il est difficile de tracer un tableau général de l'anatomie pathologique des kystes; aussi les a-t-on divisés en plusieurs classes, tantôt selon la texture de leur paroi: kystes séreux et muqueux (*Compendium de chirurgie*); tantôt suivant la nature de leur contenu: kystes sébacés, muqueux, séreux et colloïdes (Cornil et Ranvier); kystes séreux, muqueux, sanguins (Billroth), etc.

La variabilité du contenu, même pour des kystes d'origine commune, par exemple les kystes sanguins, doit faire rejeter, à priori, toute étude clinique basée exclusivement sur la nature des parties liquides, demi-solides ou solides que renferment les kystes.

Quant à la texture de leur paroi, nous avons vu combien elle varierait selon les divers types que nous avons examinés. Tantôt purement celluleuse et revêtue d'une simple couche de cellules épithéliales ou même endothéliales (kystes séreux), la paroi devient d'autres fois très-épaisse et offre une structure complexe comparable en tout point à celle de la peau (kystes dermoïdes). Ces différences considérables ne permettent guère une description générale et nous empêchent d'admettre que les kystes soient des aberrations glandulaires (Cornil et Ranvier), en ce sens qu'on pourrait comparer leur texture à celle de certaines glandes à vésicules closes (2).

Toutefois elles justifient une ancienne division pratique assez importante, celle des tumeurs kystiques en *kystes séreux* et *kystes dermoïdes* (Broca).

La face interne de quelques kystes, en particulier de certains kystes de l'ovaire, offre des papilles, ou des villosités disposées en grappes, en touffes. Ces papilles simples ou composées, formées de tissu conjonctif et de vaisseaux dilatés et fragiles, sont recouvertes d'épithélium parfois vibratile. Cette couche papillaire offre de petits kystes secondaires résultant soit de la transformation colloïde d'un

(1) Voir les *kystes du sourcil et du cou*.

(2) Pour plus de détails anatomo-pathologiques, voir Cornil et Ranvier, *loc. cit.*, p. 300 et suivantes.

certain nombre de cellules (Fœrster), soit de la soudure incomplète des papilles entre elles (Wilson Fox).

Ces kystes dits *prolifères* (1) appartiendraient à la classe des kystes néogènes pour Fœrster et d'autres auteurs (?). Dans tous les cas ils ne doivent pas être confondus avec les kystes *prolifères* de Follin, qui nous semblent se rapporter surtout à des épithéliômes, à des papillômes ou à des sarcômes glandulaires.

Ajoutons qu'au point de vue de l'anatomie macroscopique, les kystes peuvent être encore divisés en kystes uniloculaires ou multiloculaires, enfin en kystes aréolaires, c'est-à-dire dont la paroi interne offre des alvéoles plus ou moins nombreuses, communiquant avec la cavité centrale du kyste.

Symptômes. — Ils sont assez nettement accusés, classiques et connus depuis fort longtemps (Broca).

Les kystes forment des tumeurs en général arrondies, globuleuses, de consistance variable selon la tension du liquide ou des parties molles qu'ils renferment.

Tantôt ces tumeurs sont fluctuantes, rénitentes, et font percevoir aux doigts qui les explorent une sensation spéciale de frémissement caractéristique pour quelques-unes d'entre elles, c'est le *frémissement hydatique*, et qui serait dû aux vibrations mêmes des parois de la vésicule (Broca). Dans quelques cas, le kyste peu rempli de liquide ondule sous l'influence du moindre choc. Parfois ils sont dépressibles et gardent l'empreinte du doigt (kystes sébacés).

Les kystes multiloculaires offrent des caractères moins nets, ils peuvent être multilobés, et leur fluctuation est toujours peu accusée, en tous cas plus circonscrite, vu le volume de la tumeur.

Quelques kystes des muqueuses ou sous-cutanés renferment un liquide clair, d'où leur transparence possible.

Les kystes qui se développent dans les os amincissent ceux-ci, la lamelle osseuse qui les recouvre peut devenir dépressible sous le doigt et donner lieu à une sensation comparable à celle qu'on perçoit en touchant du parchemin (*bruit, sensation de parchemin* de Broca).

Les phénomènes locaux accompagnant les kystes sont presque toujours négatifs, et s'il survient une complication inflammatoire, elle est accidentelle le plus ordinairement.

Ils provoquent des douleurs par compression, de même ils peuvent agir, par un mécanisme analogue, sur les parties profondes, les viscères, et développent alors des phénomènes morbides spéciaux aux kystes de chaque organe et de chaque région.

(1) Cornil et Ranvier, *loc. cit.*, p. 309 et suivantes.

Ces tumeurs s'accroissent plus ou moins vite selon leur nature et aussi selon le sujet sur lequel elles se développent (Broca). En général, les kystes à parois minces et à contenu liquide sont ceux qui prennent les proportions les plus considérables.

Quelquefois les kystes peuvent diminuer de volume, et même guérir s'ils ne sont pas trop gros (Broca).

Les kystes peuvent s'enflammer soit spontanément, soit à la suite d'un traumatisme; dans ce cas, ils peuvent guérir, et c'est le plus souvent à la suite de l'ouverture et de la suppuration de leur paroi, phénomènes qui amènent trop souvent des accidents très-graves. Parfois aussi, cette inflammation peut donner lieu à une véritable fistule plus ou moins étendue, conduisant dans une cavité anfractueuse, recouverte de bourgeons charnus et donnant lieu à une suppuration interminable.

Quoi qu'il en soit, les accidents septicémiques ne sont pas rares à la suite de cette suppuration de la cavité des kystes volumineux.

La rupture des kystes, autre accident souvent très-grave, a lieu soit par distension, soit par suite d'un traumatisme. Elle peut se faire à l'extérieur, à la surface des muqueuses, dans les séreuses même.

Diagnostic. — Il comprend la résolution de deux questions : 1° reconnaître le kyste; 2° en déterminer le siège et l'origine (Broca).

Nous ne pouvons nous occuper que de la première question, la seconde dépendant de la région, de l'organe qu'occupe le kyste. Ajoutons que les kystes profonds, inaccessibles aux moyens d'investigations ordinaires, échappent à toute étude.

La transparence d'une tumeur doit faire penser à un kyste contenant de la sérosité. La fluctuation est un autre signe important, mais non absolu. De plus, cette fluctuation peut manquer, les parois de la poche étant trop distendues; et d'ailleurs des tumeurs solides (fibromes, lipômes, carcinômes) peuvent être fluctuantes. Dans tous ces cas, un coup de trocart explorateur, une ponction aspiratrice peut éclairer le diagnostic et est parfois nécessaire (Broca, Billroth, etc.).

Les kystes multiloculaires ont des caractères encore moins nets : aussi que d'erreurs de diagnostic n'a-t-on pas faites à propos d'eux !

Quant aux tumeurs kystiques multiples et sous-cutanées, elles offrent une consistance molle qui les rapproche des lipômes et des angiômes tumeurs avec lesquelles on peut parfaitement les confondre. Leur siège et leur développement influent alors beaucoup sur le diagnostic du chirurgien.

Le *Pronostic* est aussi variable que possible, il n'y a pas lieu d'y insister.

Traitement (1). — Il est curatif ou palliatif. Nous ne dirons que quelques mots de ce dernier mode thérapeutique qui consiste à vider périodiquement la cavité du kyste en le ponctionnant.

Le traitement curatif des kystes peut se diviser en trois classes, selon le but qu'on se propose (Broca) :

1° Les moyens qui ont pour but de faire *résorber* le contenu du kyste; ce sont la compression, les applications résolutives, enfin les topiques irritants, comme les vésicatoires, les applications iodées.

2° Les moyens qui ont pour but d'*oblitérer* la poche kystique. A ceux-ci se rapportent les injections irritantes et surtout iodées, l'écrasement, l'incision simple ou sous-cutanée, le séton, le drainage simple ou combiné aux injections iodées, l'excision partielle, la cautérisation linéaire ou en nappe. Ce dernier moyen n'est guère applicable qu'aux kystes du cuir chevelu.

3° La *destruction* de la tumeur peut se faire soit par le caustique, soit par l'instrument tranchant. C'est l'extirpation.

Le traitement des tumeurs polykystiques est plus difficile à formuler, et l'extirpation, si elle est possible, est encore ce qu'il y a de mieux à faire.

BIBLIOGRAPHIE. — Louis, *Enkysté*, in *Dict. de Chirurgie*, Paris, 1772, p. 293. — Bichat, *Anat. générale*, Paris, an X, t. I, p. 107. — J. Hunter, *Anat. générale*, in *Œuvres complètes*, trad. fr., 1844, t. I, p. 634. — Meckel, *Ueber regelwidrige Haar-und Zahn, bildungen*, in *Meckel's Arch.*, t. I, p. 519, 1815. — Bricheau, *Dictionnaire en 60 volumes (An. path.)*, t. XXVII, p. 11, 1818. — Percy et Laurent, *Dictionnaire en 60 volumes (Thérapeutique)*, id., p. 44. — Cruveilhier, *Essai sur l'anatomie pathologique*, t. I, p. 202, Paris, 1818. — A. Cooper, *Mém. sur les tum. enkystées*, in *Œuvres complètes* (tr. franc.), p. 589, Paris, 1837. — Cesar Hawkins, *On serous oraqueous Encysted tumours*, in *Lond. méd. Gaz.*, vol. XXVIII, p. 843, 1841. — Sédillot, *Des kystes envisagés sous le point de vue, etc.*, thèse de concours pour Strasbourg, 1841. — Velpeau, *Recherches anatomiques, physiologiques et pathologiques sur les cavités closes, etc.*, in *Ann. de la chir. française et étrang.*, t. VII, p. 151, 1843. — Marjolin, *Kystes*, in *Dict. en 30 volumes*, t. XVII, p. 354, 1846. — Frerichs, *Ueber Gallert oder colloidgeschwülste*, Göttingen, 1847. — Paget, *Lect. on Surg. Pathol.*, vol. II, p. 26, London, 1853. — Abeille, *Traité des hydropisies et des kystes, etc.*, Paris, 1852. — Lebert, *Des kystes dermoïdes et de l'hétérotopie plastique en général*, in *Mémoires de la Société de biologie*, 1^{re} série, t. IV, p. 203, 273, 1852. — Lebert, *Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale*, t. I, p. 233, 1857. — Cruveilhier, *Traité d'anatomie pathologique générale*, t. III, p. 330, Paris, 1856. — Verneuil, *Mém. sur*

(1) Voyez Malgaigne, *Manuel de méd. op.*, 8^e édit., par L. Le Fort, p. 129, 1^{re} partie, 1874.

Inclusion scrotale, etc., in *Arch. gén. de méd.*, 5^e série, t. VI, p. 302, 1855. — Id., *Rech. sur les kystes de l'organe de Wolff, etc.*, in *Mém. de la Soc. de chir.*, t. IV, p. 58, 84, 1857. — A. Lucke, *Die Cystengeschwülste*, in *Hand. d. allg. spec. chir.*, v. Pitha u. Billroth, Bd II, A. I, H. 1 et 2, s. 101-130 (Bibliog.), Erlangen, 1867-69. — Virchow, *Path. des tumeurs*, tr. franc., t. I, p. 209 et suiv., Paris, 1867. — Billroth, *Kystes, etc.*, in *Elém. de path. chir. générale* (trad. fr.), p. 690, Paris, 1868. — Broca, *Kystes*, in *Traité des tumeurs*, t. II, p. 12, Paris, 1869. — Cornil et Ranvier, *Kystes*, in *Manuel d'histol. path.*, 1^{re} partie, p. 300, Paris, 1869. — J. Paget et C.-H. Moore, *Cystic Tumours*, in *A System of Surgery*, by Th. Holmes, vol. I, p. 505, 2^e éd., London, 1870.

§ 2. — Lipômes.

On donne ce nom aux tumeurs formées par le développement anormal et circonscrit du tissu adipeux (*Comp. de chirurgie*) : aussi Cruveilhier propose-t-il de les appeler *adipomes*. Pendant longtemps ces tumeurs ont été confondues avec les kystes dermoïdes, et on les décrivait sous les noms d'athéromes, de loupes, de mélicéris, de stéatomes. Littré le premier distingua le lipôme des autres productions morbides et lui donna son nom (1709).

Anatomie pathologique (1). — La structure du lipôme est celle du tissu cellulo-adipeux; on y trouve donc des vésicules résultant de l'accumulation de la graisse dans les cellules plasmatiques, vésicules plus ou moins réunies en lobules et en lobes, et séparées par du tissu conjonctif et des vaisseaux. Toutefois, dans le lipôme, les vésicules adipeuses sont plus grosses (Verneuil) que normalement, et leur réunion forme des lobules souvent plus accusés que dans le tissu cellulo-adipeux ordinaire (Ranvier et Cornil).

Les lipômes offrent un certain nombre d'espèces qui sont :

1° Les *lipômes purs*, formés par du tissu cellulo-adipeux et peu de tissu conjonctif;

2° Les *lipômes myxomateux*, dans lesquels les vésicules adipeuses sont séparées par du tissu muqueux;

3° Les *lipômes fibreux* (*Tumeurs adipo-fibreuses* de Cruveilhier); dans ces tumeurs, les éléments conjonctifs sont devenus très-abondants et tendent à étouffer le tissu cellulo-adipeux;

Enfin 4° les *lipômes érectiles*, qui sont caractérisés par un développement anormal des vaisseaux. L'existence de cette dernière espèce est contestée par quelques auteurs qui renvoient son étude à l'examen des angiômes ou tumeurs érectiles (Broca).

(1) Voyez Cornil et Ranvier, *loc. cit.*, p. 65.