

nous arrêter, leur existence même étant contestée. On trouvera plus loin l'étude des tubercules sous-cutanés douloureux qui appartiennent à l'espèce des névromes spontanés. Mais qu'il s'agisse d'un vrai ou d'un faux névrome, l'indication est la même et l'importance d'un diagnostic précis s'en trouve diminuée. Si la tumeur est accessible, si elle est douloureuse, mieux vaudra intervenir. Les vrais névromes récidivent-ils ? — Un fait de Blasius et de Virchow semble le démontrer. Mais était-ce bien une tumeur nerveuse ? En tout cas, il n'y a jamais de généralisation : le névrome n'est grave que par les souffrances qu'il provoque et les troubles qu'il apporte dans la fonction des nerfs.

## VIII

## KYSTES

Les *kystes*, selon la définition de Broca, sont des tumeurs 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 *contiguïté* par leur surface interne avec la substance liquide et molle, rarement solide, quelquefois organisée et vivante, mais toujours indépendante de la circulation générale. Lorsqu'il y a rapport de continuité par la surface interne avec le contenu, la tumeur n'est plus un kyste, elle est *enkystée*. — Cette définition n'est pas encore suffisamment restrictive, puisqu'elle permettrait de faire rentrer dans la classe des kystes, les épanchements séreux, purulents ou sanguins des grandes cavités closes de l'économie, synoviales articulaires, plèvre, péricarde et vaginale. L'usage et la clinique ne veulent pas de cette assimilation.

Bien que le mot soit vieux, l'histoire des kystes est récente : elle commence en 1772 avec l'article ENKYSTÉ du *Dictionnaire de chirurgie de Louis*, pour qui la substance du kyste est préexistante à la paroi d'enkystement ; d'après Bichat, le kyste est une production accidentelle de formation nouvelle. Pour Hunter, il existe des kystes naturels qui se développent dans des cavités préexistantes, et des kystes accidentels qui se forment de toutes pièces dans l'épaisseur des tissus. Les travaux modernes ont éclairé la question ; nous

citerons les recherches de Lebert, de Gosselin, de Broca, de Verneuil, de Follin, de Waldeyer, de Malassez et Sinéty. L'article du *Traité des tumeurs* de Broca donne des kystes un remarquable tableau d'ensemble.

**Classification.** — Hunter divisait les kystes en *accidentels* et *naturels*, et Cruveilhier en *préexistants* et *non préexistants*. La classification de Broca se rapproche des précédentes et, pour lui, les kystes sont *progènes* ou *néogènes*, les premiers se développant dans des cavités à parois préexistantes, les seconds naissant de toutes pièces, contenu et contenant. Cette dernière classe s'est peu à peu restreinte, et l'on a trouvé des cavités préexistantes non soupçonnées qui expliquent l'apparition de kystes considérés comme néogènes ; certains auteurs ont devancé les recherches à venir et nié l'existence de ces kystes. Nous suivons encore la division de Broca.

## 1° KYSTES PROGÈNES

Les kystes *progènes* sont ceux qui se développent aux dépens d'une cavité préexistante ; Broca en décrit cinq variétés :

1° Les kystes formés dans une *cavité préexistante close et naturellement pleine* : certains kystes de l'ovaire, du corps thyroïde, des glomérules de Malpighi, appartiennent à cette catégorie ; 2° les kystes nés dans une *cavité préexistante close et naturellement vide* ; les hydrophisies des sacs herniaires déshabités, les hydrocèles du canal péritonéo-vaginal, les hygromas, les kystes des gaines tendineuses sont des exemples de cette variété ; 3° les kystes développés aux dépens d'une *cavité préexistante, vestige d'un organe embryonnaire incomplètement atrophie* ; les kystes des débris du corps de Wolff, de l'organe de Rosenmüller, du corps de Girdaldès, du *vas aberrans*, de l'hydatide de Morgagni correspondent à cette division, ainsi que les kystes du cou tapissés d'épithélium à cils vibratiles et qui dépendent de l'oblitération incomplète des fentes branchiales ; 4° les kystes qui ont pour origine une *cavité préexistante accidentellement close et dont les parois sécrètent normalement la substance contenue dans le kyste* ; kystes par rétention, vaste catégorie qui comprend les tannes, les kystes des paupières, des sinus maxillaires, du sac lacrymal, les kystes synoviaux, les grenouillettes, etc. ; 5° enfin, les

kystes développés dans des *cavités préexistantes, accidentellement closes et dont les parois sont privées de sécrétion normale*; certaines tumeurs kystiques des veines et des capillaires, observées surtout dans les angiomes, appartiennent à cette catégorie.

Les kystes de la quatrième variété, les kystes *par rétention*, méritent une attention spéciale. Broca remarque qu'ils se forment, non par oblitération des gros canaux excréteurs, comme on l'a dit, du moins pour la grenouillette, mais par obstruction des dernières ramifications glandulaires, des utricules principalement; pour lui, la production du kyste est d'autant plus facile que les culs-de-sac sont d'une structure plus simple; la dilatation s'observe surtout dans les glandes de la muqueuse utérine, dans les cryptes synoviales, dans les acini des glandes sublinguales, dans les culs-de-sac du sinus maxillaire décrits par Giraldès; il en est de même pour les glandules sébacées, les glandules de Meibomius, les tubes de la muqueuse gastro-intestinale.

#### 1° KYSTES NÉOGÈNES

Les kystes *néogènes*, la seconde espèce de Broca, correspondent aux kystes accidentels de Hunter. Leur membrane d'enveloppe est de formation nouvelle; elle apparaît de toutes pièces dans l'épaisseur des tissus. On en décrit deux variétés: les kystes *périgènes*, dont les parois sont formées postérieurement au contenu liquide ou solide, corps préexistants dont la présence provoque le développement de la membrane enkystante; les kystes *autogènes*, dont le contenu et le contenant naissent d'une manière simultanée dans les tissus, sans qu'aucune condition anatomique prédispose ceux-ci à cette apparition.

Les kystes *périgènes* ont pour condition nécessaire la présence d'un corps étranger, projectile, écharde, éclat de pierre qui provoque dans les tissus une irritation plastique des éléments; un tissu nouveau se forme qui enveloppe le corps étranger. L'enkystement se fait d'autant mieux que l'irritation est plus modérée; trop vive, elle irait jusqu'à l'inflammation, à la production du pus; la suppuration s'ouvrirait un passage au travers des téguments, entraînant peut-être le corps étranger avec elle. Il ne faut pas confondre ces sortes de kystes avec les tumeurs enkystées; dans ces dernières, la membrane d'enveloppe n'est qu'un épaississement du

tissu cellulaire voisin, elle sert de soutien aux vaisseaux qui se distribuent à la tumeur.

Les kystes *périgènes* peuvent contenir un corps *vivant*: les kystes à entozoaires, les kystes fœtaux en sont des exemples; les premiers, dont les kystes hydatiques représentent le type le plus important, ont une membrane d'enveloppe qui renferme le liquide où sont les vers vésiculeux. Les seconds, qu'il ne faut pas confondre avec les kystes par inclusion, renferment les embryons mal placés des grossesses extra-utérines. Les kystes *périgènes* peuvent contenir aussi un corps *solide et inerte*, balle, fil à ligature, séquestre, tubercules crétacés, concrétions pierreuses. Broca parle d'un fragment osseux resté cinquante et un ans au milieu des tissus. Enfin la membrane enveloppante se forme autour d'un corps *liquide*: les foyers sanguins, certaines collections séreuses.

Les kystes *autogènes*, nés de toutes pièces, contenant et contenu, présentent deux variétés: les kystes *séreux* et les kystes *hétérotopiques*. Les premiers, nés pendant longtemps, sont rares; mais il en existe, et développés dans des points où il ne pouvait y avoir de cavité préexistante; Robert a vu un gros kyste à contenu liquide entre les deux tables de l'omoplate; Nélaton a observé un kyste multiloculaire dans la diaphyse du fémur; certains kystes sous-péritonéaux, d'origine discutable, rentreraient dans cette catégorie avec les collections liquides des plexus choroïdes. Quant à la deuxième variété, celle des kystes *hétérotopiques*, son importance est trop grande pour que nous n'en fassions pas une description spéciale.

Les kystes *hétérotopiques* de Lebert ont une abondante synonymie: kystes *fœtaux*, kystes *dermoïdes*, kystes *par inclusion*, kystes *pileux*, toutes dénominations qui visent des variétés spéciales. Au commencement de ce siècle, des travaux vraiment scientifiques ont paru sur cette question: un mémoire de Meckel, en 1815; une étude de Lawrence, en 1858; en 1852 Lebert publie ses recherches et Verneuil en 1855; en 1858, paraît la thèse de Derocque sur les kystes pileux de l'ovaire; et depuis, l'important traité de Lannelongue.

Les kystes dermoïdes se montrent surtout dans l'ovaire, le testicule, les sourcils; mais, on peut les retrouver partout, et l'on en a vu dans la jambe, l'épiploon, le sternum, le médiastin, dans le cuir chevelu, le cartilage thyroïde, le poumon, les méninges, le

foie, l'estomac. Kolrausch montra le premier, en 1845, que ces kystes ont une paroi dont la structure se rapproche de celle de la peau; Lebert sanctionne cette découverte, et l'on sait que l'enveloppe du kyste présente, de dedans en dehors, des lames épidermiques cornées qui reposent sur un derme analogue à celui du tégument externe, avec des vaisseaux, des follicules pileux et des poils, des glandes sébacées, des glandes sudoripares et des papilles.

Le contenu est complexe : on y trouve des poils produits par les follicules, de véritables cheveux abondants, très longs, souvent de couleur claire et différents de la teinte de la chevelure du malade, en touffes au milieu de la matière sébacée; il y en a qui sont encore implantés; d'autres sont tombés, et Cruveilhier cite le cas d'une mèche abondante provenant d'un seul follicule pileux; les dents, lorsqu'il en existe, s'y rencontrent en nombre variable : 2, 5, 7, 15, 100, 500 même; les canines, les incisives, les molaires s'y développent indifféremment. On y trouve des os, en général informes. Tous ces tissus, tous ces organes sont reliés par des débris épidermiques, des matières grasses provenant des glandes sébacées, des cristaux de cholestérine, de la margarine; certaines productions morbides peuvent se développer sur la surface interne du kyste, des verrues, des condylomes, des cornes, ainsi que Forster en a vu. On y a rencontré de la matière nerveuse, des fibres à doubles contours et des cellules, du tissu cartilagineux et des muscles striés. Ces kystes ont des caractères cliniques négatifs; en général ils sont petits, mais peuvent acquérir de notables proportions. Ils sont parfois le siège d'un travail phlegmasique : la peau s'amincit, s'ulcère, et le contenu du kyste s'épanche, puis la poche se remplit de nouveau; il faut une inflammation intense pour en détruire les parois.

On connaît les idées émises sur leur pathogénie, depuis les maléfices et le mauvais œil jusqu'à l'hypothèse défendue par Meckel, qui croyait à une sorte de parthénogénèse, à une conception sans cohabitation. Il existe, comme opinions scientifiques : celle qui attribue ces productions à un kyste fœtal; celle qui invoque l'inclusion des germes; celle qui croit à l'emprisonnement dans une fente branchiale d'un petit sac cutané; enfin celle qui invoque l'hétérotopie. Nous laisserons de côté la première supposition; il y a bien les kystes fœtaux des grossesses extra-utérines, mais ils n'ont rien à faire avec les tumeurs qui nous occupent; l'embryon ou le fœtus

ne ressemble pas au magma sébacé, aux touffes de poils, aux dents, aux os informes, aux masses cartilagineuses des kystes dermoïdes; puis il ne se rencontre que chez des femmes à la puberté, et dans la moitié inférieure de la cavité abdominale, aux environs de l'ovaire.

La théorie de l'inclusion fœtale suppose que deux ovules se sont rencontrés, qu'ils se sont soudés ou que l'un a pénétré dans l'autre; emprisonné, pressé de toutes parts, il n'a pu se développer à l'aise, et n'a produit que ces amas informes d'os, de dents, de muscles, de poils et de cartilage. Cette hypothèse soulève de graves objections. Combien aurait-il fallu de germes inclus dans le kyste de Plouquet pour arriver aux 500 dents qu'on y a trouvées? 6, au moins, et avec dentitions régulières. Puis les germes sont jumeaux et aussi développés les uns que les autres; la pénétration n'est donc pas possible; l'ovule perforant détruirait l'ovule perforé. La superfétation n'est pas admissible non plus, car un germe mou ne saurait traverser les tissus plus résistants d'un embryon développé. D'ailleurs, que nous supposions le germe deux fois, trois fois, dix fois, vingt fois moins gros que l'embryon qu'il va habiter, il ne pourrait le pénétrer qu'en causant des dégâts qu'on ne rencontre point dans les kystes dermoïdes. Il faut donc accepter la théorie de la génération *hétérotopique*, qui, du reste, est plutôt l'exposé d'un fait qu'une explication pathogénique.

La troisième hypothèse, émise par Verneuil, celle de l'inclusion d'un sac cutané au milieu des tissus, n'est plus discutée : tout le monde admet qu'au niveau de la face et du cou, une fente branchiale peut se refermer sur un diverticule cutané qui continuera à vivre avec ses glandes dont les fonctions ne s'interrompent point : les kystes si fréquents de la queue du sourcil n'ont pas d'autre origine. Ces derniers ont parfois un contenu huileux. A. Broca et Vassaux en ont rassemblé 29 cas; cette huile paraît fournie par les glandes sébacées de la paroi et peut-être aussi par dégénérescence des cellules épithéliales dont les granulations graisseuses seraient mises en liberté, « de telle sorte qu'un kyste primitivement caséeux deviendrait huileux par transformation directe de son contenu ».

Les expériences de Masse éclairent la pathogénie des kystes dermoïdes : il introduit dans le ventre de jeunes rats des segments de membres, des lambeaux de peau enlevés à des nouveau-nés de même espèce; au bout de deux mois ces organes et ces tissus se

sont greffés sur la séreuse et se sont transformés en kystes reproduisant la structure des tumeurs dermoïdes. Ne faut-il pas en conclure, en généralisant la théorie de Verneuil, que les kystes dermoïdes sont dus au déplacement, à l'inclusion, à la greffe de certains éléments anatomiques, à la transplantation de tissus qui peuvent rester silencieux pendant un certain temps; puis tout à coup, sous l'influence d'une cause souvent inconnue, ils prennent un développement rapide et constituent de véritables tumeurs?

C'est ici qu'apparaît la théorie de Conheim, sur laquelle nous avons insisté ailleurs. D'après lui, des éléments de l'un des trois feuillets du blastoderme peuvent, pendant la vie intra-utérine, pénétrer dans un feuillet voisin, y sommeiller, puis se développer tout à coup, s'accroître, parfois à l'occasion d'un traumatisme qui éveille l'activité des éléments anatomiques : une de ces tumeurs *complexes*, à contenu bizarre, prend naissance. Cette pathogénie explique bien l'apparition des néoplasmes qui nous occupent, mais Conheim l'a peut-être trop généralisée en l'appliquant à toutes les tumeurs.

## DEUXIÈME PARTIE

### AFFECTIONS DES TISSUS ET DES ORGANES

#### CHAPITRE PREMIER

##### AFFECTIONS CHIRURGICALES DE LA PEAU

Nous connaissons les traumatismes de la peau, *coupures, piqûres, plaies contuses et contusions*; nous avons étudié les lésions que provoque l'action de la chaleur et du froid, *brûlures et gelures*, et, à propos des complications des plaies, l'*érysipèle* a eu son tour. Avant de parler de certaines inflammations circonscrites, le *furoncle* et l'*anthrax*, peut-être pourrions-nous dire quelques mots des *érythèmes*, affections caractérisées par une rougeur simple de la peau, mais nous passerons outre, d'abord parce que la plupart sont du domaine de la pathologie interne, ensuite parce que nous connaissons déjà les érythèmes chirurgicaux, *engelures, coups de soleil, brûlure au premier degré*. Quant aux rougeurs diffuses qui peuvent succéder à l'application de substances irritantes maniées en chirurgie, solutions d'acide phénique ou de sublimé, iodoforme, leur intérêt est médiocre, et il suffit de les signaler; l'absence de fièvre et de réaction générale, la diffusion de la rougeur que ne limite aucun bourrelet marginal, ne permettront pas de les confondre avec un érysipèle.

#### I

##### FURONCLE

Le *clou* ou *furoncle* est une inflammation circonscrite de la peau, dont le siège originel semble être l'appareil pilo-sébacé; il se caractérise par une tumeur acuminée qui s'ulcère pour donner issue à une masse jaunâtre, nommée *bourbillon*.