

fort graves, qu'ils peuvent produire; la mort subite a été causée par certains papillomes du larynx. Mais ces tumeurs, bien enlevées, ne récidivent pas et surtout ne se généralisent pas; il faut cependant faire quelques réserves; certains papillomes sont fort difficiles à extirper; les verrues, par exemple, et les végétations génitales reparaissent presque toujours au fur et à mesure qu'on les enlève. En outre, il existe des observations indiscutables de papillomes transformés en épithéliomas. Si l'on constate ces tumeurs sur la langue, au rectum, en certains points où cette dégénérescence peut se montrer, il faut les enlever largement, soit au bistouri, soit à l'aide de certains caustiques. Mais l'opération doit être complète.

XV

DES ADÉNOMES.

Les *adénomes* sont des tumeurs dont la structure est semblable à celle des glandes.

Leur histoire se trouve liée à celle des tumeurs du sein. A. Cooper, le premier, sépara nettement ces tumeurs en deux groupes : les tumeurs mammaires chroniques ou tumeurs bénignes et les cancers. Velpeau accepta cette division, mais, pour lui, les tumeurs mammaires chroniques devinrent des tumeurs *fibrineuses*; il s'imaginait, en effet, qu'elles naissent de la fibrine épanchée des vaisseaux après les traumatismes. En 1844, Cruveilhier étudia ces tumeurs fibrineuses qu'il appelle *fibreuse*s. Lebert trouve des culs-de-sac glandulaires au milieu de ces néoplasmes, et la démonstration est si péremptoire que Velpeau débaptise ses tumeurs fibrineuses pour leur donner le nom d'*adénoïdes*. Broca s'empare du sujet, le synthétise et nous donne un tableau d'ensemble des tumeurs à structure glandulaire qui peuvent affecter, non la seule mamelle, mais les divers tissus et les divers organes; il les appelle des adénomes.

Mais tandis qu'avec Lebert, Verneuil et Broca considèrent les adénomes comme très fréquents, Virchow, Billroth, Lucke, Ranvier et Cornil les regardent comme fort rares; pour eux les tumeurs décrites sous le nom d'adénomes ne sont, en général, que des fibromes, des

myxomes, des sarcomes, des épithéliomas, des carcinomes même, dont on méconnaît la véritable structure. Ces néoplasmes, au milieu des glandes, dans la mamelle par exemple, ont la propriété de provoquer un travail spécial de prolifération: les culs-de-sac s'agrandissent, se dilatent, naissent même de toutes pièces au voisinage des anciens; mais ce développement ne saurait se faire en tissu normal; c'est dans une gangue fibreuse, myxomateuse, épithéliomateuse ou sarcomateuse que les acini nouveaux apparaissent; à telles enseignes que si on enlève le prétendu adénome, il récidive sous la forme du tissu morbide qui lui servait de support, fibrome, myxome, épithélioma ou sarcome.

Les vrais adénomes, d'après Virchow, Billroth, Coyne, Cornil et Ranvier, Malassez, seraient donc infiniment rares; on aurait cependant constaté un certain nombre d'exemples de tumeurs constituées par la multiplication et l'hypertrophie des culs-de-sac glandulaires. Cornil et Ranvier distinguent deux espèces d'adénomes: les *acineux* et les *tubuleux*; les premiers se rencontreraient dans le sein, la parotide, les glandes lacrymales accessoires de Rosenmüller, le voile du palais; leur structure serait absolument celle des lobes et des lobules des glandes en grappe. Les seconds sont constitués par des tubes parfois dilatés, bifurqués en diverticules latéraux, mais toujours tapissés par un épithélium cylindrique. Ceux-ci siègent dans l'estomac, l'intestin, l'utérus, le rectum, les fosses nasales, où on les a parfois confondus avec les myxomes. Broca, de son côté, divise ces prétendues tumeurs glandulaires en adénomes proprement dits ou *monoadénomes* et en *polyadénomes* ou adénomes *multiglandulaires*. Nous allons donner ici un bref résumé des chapitres intéressants qu'il consacre à ces néoplasmes dans son *Traité des tumeurs*.

1^o MONOADÉNOMES.

Les *monadénomes* ou adénomes proprement dits ne se rencontrent que dans les glandes en grappe. Ils naissent en général d'un seul lobule si la glande en contient plusieurs, et envahissent l'organe tout entier lorsque la glande est simple. On les trouve dans la mamelle, où ils ont été d'abord observés; dans la parotide, où Lebert les a vus en 1857; dans la prostate, comme l'a montré Rokitanski,

dans les glandes labiales selon Paget, dans les glandes lacrymales selon Lebert et Chassaignac. Ils revêtent deux types différents suivant que l'hypertrophie et l'hyperplasie portent sur les culs-de-sac ou sur le stroma fibreux. Dans le premier cas, on aura les adénomes avec prédominance des acini, et dans le deuxième, les adénomes avec prédominance du stroma.

Le premier type, les *adénomes avec prédominance des acini*, sont des tumeurs arrondies, ovoïdes, légèrement bosselées, entourées d'une capsule fibreuse qui les limite et qui leur permet de glisser au milieu des tissus environnants; il existerait même dans certains cas une bourse séreuse sur laquelle ont insisté Massot et Verneuil. La consistance de l'adénome est ferme, élastique, sa couleur est d'un blanc grisâtre, parfois un peu rosé; il crie sous le scalpel et sa surface de section est grenue. On peut y trouver plusieurs lobes unis les uns aux autres par du tissu fibreux. Au microscope, on constate l'existence de culs-de-sac anciens, hypertrophiés, deux ou trois fois plus volumineux que les culs-de-sac normaux. Mais la tumeur ne doit à cette hypertrophie qu'une faible partie de son volume : la plus grande provient de l'hyperplasie, de la multiplication des culs-de-sac formés sans doute par protrusion diverticulaire apparue sur les parties latérales des acini; le néoplasme grossit ainsi par l'adjonction de ces cæcums nouveaux; il est possible que de semblables transformations s'opèrent quand des lobules voisins s'ajoutent aux premiers; ces annexions donneraient à la tumeur son apparence lobulée.

On trouve souvent des kystes dans ces tumeurs. Lebert, Verneuil et Massot ont décrit des kystes *lacunaires* développés entre les lobules ou autour du néoplasme; Coyne ne les a pas observés et Broca les croit très rares; on ne rencontrerait guère ces sortes d'hygromas que dans la bourse séreuse rétro-mammaire. D'autres se développent dans les culs-de-sac oblitérés; une sécrétion plus ou moins active distend la cavité dont les parois prolifèrent en bourgeons souvent considérables. Ce seraient les kystes *prolifères* de Paget. Quoi qu'on en ait dit, les kystes naissent de la glande elle-même; on a pu hésiter parfois, à cause du siège de la tumeur située aux limites de la masse glandulaire ou même en dehors, mais, par des dissections attentives, Verneuil et Broca ont toujours isolé un pédicule unissant à la glande ces adénomes excentriques.

Le second type, les *adénomes avec prédominance du stroma*, correspond aux tumeurs fibreuses de Cruveilhier. Ils sont durs, blancs, nacrés comme les tendons, moins friables que les précédents, criant sous le scalpel; sur une coupe ils semblent formés d'un très grand nombre de petits pelotons dont les fibres affectent une disposition concentrique et dont le centre devient légèrement saillant; lorsque le tissu est très serré, ces détails échappent et la petite tumeur paraît fibro-cartilagineuse. A peine si on rencontre çà et là quelques culs-de-sac glandulaires atrophiés; cependant, sur certains points, ils paraissent plus abondants. Les kystes et les lacunes font ici généralement défaut. Tous les degrés intermédiaires, d'ailleurs, existent entre les deux types fondamentaux qu'on vient de décrire.

Ces tumeurs apparaissent surtout chez les jeunes : de vingt à quarante ans, elles atteignent leur plus grande fréquence. Les adénomes de la mamelle ne se trouvent que chez la femme, et les quelques observations sur lesquelles on s'appuie pour admettre leur développement chez l'homme sont douteuses. Ceux de la parotide sont des deux sexes et ceux des glandes palatines aussi. Quelques cas sembleraient prouver l'influence de l'hérédité. Leur pronostic est peu grave; ce sont des tumeurs bénignes, mais il ne faut pas oublier que fort probablement le groupe des adénomes est arbitraire et qu'il réunit, sous un nom commun, des néoplasmes différents, fibromes, épithéliomas, sarcomes, myxomes; or, si certains n'ont aucune gravité, il en est d'autres qui récidivent et se généralisent, et nous avons vu, dans le service de Broca, des tumeurs diagnostiquées adénomes et améliorées, presque guéries par la compression, qui tout à coup prenaient les allures d'un cancer et nécessitaient une intervention radicale. Aussi n'aura-t-on recours à la compression, si vantée par Broca, que chez les femmes très jeunes, et lorsqu'il s'agit évidemment d'un fibrome; l'extirpation doit être presque toujours l'opération de choix.

2^o POLYADÉNOMES.

Les *polyadénomes* ou *adénomes multiglandulaires* sont constitués par l'hypertrophie, en un point de l'organisme, d'un très grand nombre de glandules de même nature.

Leur étude est de date récente : en 1845, Fuhrer, d'Iéna, montra que certaines tumeurs du sillon naso-labial sont une hypertrophie des glandes sudoripares. En 1852, Robin publia un mémoire sur des néoplasmes semblables de la muqueuse utérine, les uns circonscrits, en forme de polypes, les autres diffus et ulcérés comme les cancers. En 1854, les recherches de Verneuil montrent que les hypertrophies des glandes sudoripares sont tantôt circonscrites, tantôt diffuses, et que, dans ce dernier cas, la tumeur a des allures de cancroïde. Broca trouve des altérations analogues dans les glandes sébacées, dans les muqueuses stomacale et intestinale, dans l'urèthre de la femme et sur la caroncule lacrymale; il systématise la question, et fait prévaloir le nom de polyadénome. Enfin viennent les travaux contemporains qui détruisent en partie ce travail de synthèse, et attribuent aux épithéliomas beaucoup des anciens polyadénomes.

Ces tumeurs se rencontrent dans les petites glandes en grappe, et surtout dans les glandes en tubes; les plus fréquentes sont celles de la peau qui se développent aux dépens des glandes sudoripares et des glandes sébacées; on en observe aussi sur les glandes lacrymales accessoires de Rosenmüller, dans la muqueuse des lèvres, du voile du palais, de l'estomac, de l'intestin grêle, au rectum, dans l'urèthre de la femme, à la vulve, sur la muqueuse utérine. Dans un cas d'Huguier, cité par Broca, on trouva sur la face dorsale d'un doigt amputé pour un épithélioma supposé, une végétation sudoripare séparée, par une aponévrose absolument intacte, de glandules sudoripares semblables à celles des téguments et développées autour du tendon et même dans l'épaisseur du périoste, c'est-à-dire en des points où les glandes sudoripares n'existent pas. La division en polyadénome des glandes en tubes et polyadénome des glandes en grappe est sans importance; il n'en est pas de même de la distinction en forme *diffuse* et en forme *circonscrite*; celle-ci absolument bénigne, celle-là présentant souvent, surtout au niveau des muqueuses, une certaine gravité; on peut dire d'une manière générale que tous les cas de forme diffuse appartiennent au genre épithélioma.

Les polyadénomes sont mous, friables, blanchâtres, à surface grenue; ils sont constitués par des glandes hypertrophiées, tapissées par un épithélium normal qui souvent s'accumule et distend les culs-de-sac. Dans un stade plus avancé, les glandes, très volumineuses, présentent des diverticules en doigts de gant qui les font ressembler

aux glandes en grappe; les cavités se sont multipliées par protrusion, et ce mécanisme s'observe aussi bien pour les glandes en tubes que pour les glandes en grappe; dans les glandes sébacées, on compte plusieurs centaines de culs-de-sac; les glandules utérines n'offrent pas ces diverticules latéraux, mais le tube unique qui les forme se divise et se subdivise.

Lorsque le néoplasme devient diffus, les parois se distendent, s'amincissent, s'érodent; les cellules épithéliales font irruption dans les tissus ambiants et prennent l'aspect du cancroïde le plus net; certains auteurs auraient même trouvé des globes épidermiques au fond de quelques culs-de-sac. Ils s'ulcèrent, tandis que les polyadénomes circonscrits restent stationnaires, sont presque toujours saillants, pédiculés, multiples parfois. A la peau, on les a désignés sous le nom de *tétines de rat*. Ils sont alors allongés, un peu pointus ou arrondis, du volume d'un pois, d'un haricot, d'une noisette. Mais ils peuvent avoir des dimensions beaucoup plus considérables et former des tumeurs sessiles, hémisphériques, sans changement de couleur de la peau qu'ils soulèvent; leur consistance est nulle, leur accroissement lent; ils sont indolores; aussi, dans le polyadénome sudoripare observé par Azam et dans celui décrit par Verneuil, on eut avoir affaire à de volumineux lipomes.

Les polyadénomes circonscrits des muqueuses revêtent souvent l'aspect d'un polype; parfois ils passent inaperçus; ceux de l'estomac et de l'intestin ne sont reconnus qu'à l'autopsie; peut-être quelques-uns d'entre eux ont-ils provoqué des étranglements internes. Au voile du palais, à l'utérus, au rectum, il est facile de les voir et de les atteindre; ceux de ce dernier organe ont pu être confondus avec des hémorroïdes ou un prolapsus. Dans les fosses nasales, ils sont circonscrits au début; ils récidivent quelquefois après une première ablation, et, dans un cas de Robin, les tumeurs secondaires apparues dans le sphénoïde et l'ethmoïde ont pris la forme diffuse et envahi la cavité crânienne.

D'ailleurs, une tumeur d'abord nettement circonscrite peut devenir diffuse sous l'influence d'irritations, de cautérisations intempestives, d'ablation incomplète; elle affecte un développement ou lent ou rapide, mais ne reste plus stationnaire; elle s'ulcère et sa surface se creuse ou se recouvre de végétations; d'ordinaire les ganglions ne s'engorgent pas; à cette règle il y a des exceptions assez nombreuses

et les polyadénomes diffus des muqueuses prennent parfois la marche des tumeurs essentiellement malignes; ils récidivent lorsqu'on les enlève et peut-être même se généralisent. Ces tumeurs doivent être traitées avec précaution; lorsqu'elles sont circonscrites en un point où les causes d'irritation sont rares, il faut les respecter; elles rentrent alors dans la classe des anciens *noli me tangere*, mais pour peu qu'elles soient exposées à des traumatismes fréquents, on les enlèvera en ayant soin de dépasser largement les limites du polyadénome.

XVI

DES MÉLANOMES.

Il peut se produire, dans l'organisme, une substance noire, la mélanine ou mélaïne, qui, sous forme de granules microscopiques, infiltre les éléments anatomiques et leurs interstices. Parfois le dépôt se fait dans des tissus morbides comme ceux des sarcomes, des fibromes, des épithéliomas et des carcinomes; nous avons parlé des variétés mélaniques de ces néoplasmes, et n'y reviendrons pas ici. Parfois cette pigmentation atteint des éléments normaux préexistants, et on a les *tumeurs mélaniques simples*, les *masses mélaniques* ou les *mélanomes*.

Ces masses mélaniques ont, disent Cornil et Ranvier, des dimensions qui varient d'un grain microscopique au volume d'un œuf. Elles sont bien limitées et leurs bords tranchent nettement sur la coloration des tissus sains. Les couches périphériques sont denses et fermes, tandis que le centre ramolli ressemble à une bouillie noire au milieu de laquelle on trouve des granulations dont les plus petites sont agitées de mouvements browniens. Les éléments normaux y ont bientôt complètement disparu; dans les couches excentriques on reconnaît au contraire la structure du tissu ancien; les éléments anatomiques sont seulement infiltrés de pigment; il ne semble point y avoir néoformation cellulaire.

Dans les deux seuls cas de mélanose proprement dite que l'on connaisse, celui de Landrieux étudié par Cornil et Ranvier, et celui

de Dubreuil et Lancereaux, les masses mélaniques se sont déposées dans le tissu cellulaire, le péritoine, les reins, les mamelles et le cœur. Le pigment y infiltrait donc les éléments les plus divers, cellules conjonctives, cellules épithéliales et fibres musculaires. Les granulations pigmentaires, par leur accumulation, avaient détruit les éléments normaux. L'envahissement des corpuscules noirs gagne toujours, et tandis que les couches périphériques encore fermes empiètent sur les tissus sains, la masse centrale ramollie, dégénérée, semblable à une bouillie fluide, augmente de plus en plus. Comme la généralisation existe pour ainsi dire d'emblée, que les masses mélaniques attaquent plusieurs organes à la fois, que le processus destructeur est des plus rapides, on comprend combien grave est le pronostic de ce néoplasme. Pour beaucoup d'auteurs, le chirurgien sûr du diagnostic aurait le devoir de s'abstenir: toute intervention opératoire serait vaine.

Il est bien difficile de distinguer les masses mélaniques des sarcomes et des carcinomes mélaniques; on confondra d'autant mieux ces tumeurs que les premières sont infiniment rares et que le chirurgien ne songera guère à elles. Mais on ne prendra pas pour une pigmentation de granulations mélaniques certains tatouages faits avec des poudres noires, certaines teintes anormales dues à l'application, sur la peau privée de son épiderme, d'emplâtres ou de taffetas colorés, certaines couches brunes ou noires dues à la formation de quelque composé chimique et qui se déposent parfois sur les lèvres des abcès, les vieux trajets fistuleux, les os nécrosés; enfin certaines taches sombres, fréquentes sur les cicatrices de jambes après les ulcères. Les matières colorantes du sang et de la bile subissent des métamorphoses nombreuses; elles peuvent s'accumuler dans les tissus, mais il faudrait une grande inexpérience pour s'y laisser tromper.

On discute encore sur l'origine et la nature du pigment mélanique. Pour Cornil et Ranvier, la matière colorante du sang ne serait pour rien dans sa composition et sa production serait « le résultat d'une activité pathologique de la cellule ». Mais la plupart des auteurs, Rindfleisch, Hope-Seyler, Virchow, Nepveu, pensent que les granulations noires naissent du sang. Nepveu même, dans ses examens microscopiques, a retrouvé les corpuscules au milieu du protoplasma des leucocytes, dans le sérum sanguin et dans les urines. Lucke a été moins heureux et la question reste encore à l'étude.

XVII

DES 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, quoique fort longue, 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, péritoine, péricarde et vaginale. Mais l'usage et la clinique veulent que cette assimilation ne se fasse pas, et leur description trouvera place ailleurs.

Bien que le mot soit vieux, l'histoire des kystes est récente; elle commence en 1772 avec l'article : *Enkysté* dans le Dictionnaire de chirurgie de Louis, pour qui la substance du kyste est préexistante à la paroi d'enkystement; d'après Bichat, au contraire, le kyste est une production accidentelle de formation entièrement 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 vivement éclairé la question; nous citerons les recherches de Lebert, de Goselin, de Broca, de Verneuil, de Follin, de Valdeyer, 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 beaucoup des précédentes et, pour lui, les kystes sont *protogènes* ou *néogènes*, les premiers se déve-

loppant dans des cavités à parois préexistantes, les seconds naissant de toutes pièces, contenu et contenant. Cette dernière classe, très nombreuses d'abord, s'est peu à peu restreinte et on a trouvé des cavités préexistantes non soupçonnées qui expliquaient l'apparition de kystes considérés comme néogènes; certains auteurs ont même avancé les recherches à venir et nié l'existence de ces kystes. C'est aller trop loin, et les kystes des os, les kystes hétérotopiques de Lebert protestent contre cette affirmation sans preuve. Dire avec Rokitanski que tout kyste se développe aux dépens d'une cavité close, cellule ou noyau, c'est jouer sur les mots, car lorsqu'on parle de cavité, il s'agit de parois formées par un tissu et non par un élément. Nous devons donc admettre la division de Broca.

1° KYSTES PROGÈNES.

Les kystes *progènes*, avons-nous dit, sont ceux qui se développent aux dépens d'une cavité préexistante; leur nombre est considérable et Broca en décrit cinq variétés principales :

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 hydrospisies 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 atrophié*; les kystes des débris du corps de Wolff, de l'organe de Rosenmüller, du corps de Giralès, 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, appartient à cette catégorie.

Les kystes de la 4^e variété, les kystes *par rétention*, méritent une attention spéciale. Broca fait remarquer 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 surtout; 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 bien étudiées par Gosselin, dans les acini des glandes sublinguales, dans les culs-de-sac du sinus maxillaire décrits par Girdès; il en est de même pour les glandules sébacées, les glandules de Meibomius, les tubes de la muqueuse gastro-intestinale.

2^o KYSTES NÉOGÈNES.

Les kystes *néogènes*, la seconde espèce de la classification 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 particulière prédispose ceux-ci à cette apparition.

Les kystes *périgènes* ont pour condition nécessaire la présence d'un corps étranger dans l'organisme, 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 abondante s'ouvrirait un passage au travers des téguments, entraînant peut-être le corps étranger avec elle. Il ne faut pas confondre d'ailleurs ces sortes de kystes avec les tumeurs enkystées; dans ces dernières, la membrane d'enveloppe n'est qu'un épaississe-

ment du tissu cellulaire voisin, elle sert de soutien aux vaisseaux qui se distribuent à la surface de 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 spéciale 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 51 ans au milieu des tissus. Enfin la membrane enveloppante se forme parfois autour d'un corps *liquide*; les foyers sanguins, certaines collections séreuses en sont des exemples; nous en avons déjà parlé et ne saurions y revenir.

Les kystes *autogènes*, nés de toutes pièces et simultanément, contenant et contenu, présentent deux variétés, les kystes *séreux* et les kystes *hétérotopiques*. Les premiers, niés pendant longtemps, sont fort rares; mais il en existe des exemples non douteux et développés dans des points où il ne pouvait y avoir de cavités préexistantes; c'est ainsi que 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 fort 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 s'adressent à des variétés que nous aurons soin de séparer. Ce n'est guère qu'au commencement de ce siècle que 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 : depuis la vulgarisation de la laparotomie cette variété a été le sujet de très importantes études.

Les kystes dermoïdes proprement dits se montrent surtout dans

l'ovaire, le testicule, les sourcils; mais, outre ces sièges d'élection, on peut les retrouver partout, et 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 1843, que ces kystes ont une paroi dont la structure se rapproche beaucoup de celle de la peau; Lebert sanctionne cette découverte et l'on sait maintenant que l'enveloppe du kyste présente, de dedans en dehors, des lames épidermiques cornées plus ou moins épaisses 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 souvent fort volumineuses, des papilles. Ce n'est pas tout : il existe parfois des dents, implantées dans la membrane enkystante ou libres dans la cavité.

Le contenu est très 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 très variable, 2, 5, 7, 15, 100, 500 même; les canines, les incisives, les molaires s'y développent indifféremment. On y trouve enfin 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 d'ailleurs se développer sur la surface interne du kyste, des verrues, des condylomes, des cornes, ainsi que Forster en a vu. Cornil et Ranvier y ont rencontré de la matière nerveuse, des fibres à doubles contours et des cellules. Des masses de tissu cartilagineux et des muscles striés sont notés dans plusieurs observations.

Ces kystes n'ont guère que des caractères cliniques négatifs : ils sont souvent congénitaux et apparaissent dès les premiers temps de la vie; en général ils sont petits, mais peuvent acquérir de notables proportions. Ils sont parfois le siège d'un travail phlegmasique : la peau s'amine, s'ulcère et le contenu du kyste s'épanche à l'extérieur, puis la poche se remplit de nouveau; il faut une inflammation très intense pour en détruire les parois; les injections irritantes n'y suf-

fisent pas et, dans l'immense majorité des cas, on n'a d'autre ressource que l'extirpation. Les kystes profonds qui peuvent s'ouvrir dans l'intestin, le vagin, la vessie, laissant après la première débâcle une fistule intarissable, ne sont guère reconnus que par la ponction; on les distingue ainsi des autres variétés des kystes ovariens.

On connaît toutes les idées bizarres 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 : mais il n'existe guère que quatre 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, et nous nous en sommes déjà expliqué à propos des kystes péri-gènes : ils n'ont rien à faire dans 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, dans les environs de l'ovaire et de ses annexes.

La théorie de l'inclusion fœtale suppose que deux germes, 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 bien graves objections. Combien aurait-il fallu de germes inclus dans le kyste de Ploucquet pour arriver aux 500 dents qu'on y a trouvées? six, 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 supposons 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 énormes qu'on ne rencontre point dans les cas de 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.

Quant à la troisième hypothèse, émise par Verneuil, celle de l'inclusion d'un sac cutané au milieu des tissus, elle n'est plus discutée depuis longtemps : 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'interrompront point : les kystes si fréquents de la queue du sourcil n'ont évidemment pas d'autre origine. Ces derniers ont parfois un contenu huileux. A. Broca et Vassaux en ont rassemblé 29 cas incontestables; 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 caséux deviendrait huileux par transformation directe de son contenu ».

Les récentes expériences de Masse éclairent d'un jour nouveau la pathogénie des kystes dermoïdes : il introduit avec précaution dans le ventre de jeunes rats blancs des segments de membres inférieurs, des lambeaux de peau enlevés à des nouveau-nés de même espèce; au bout de deux mois, lorsqu'on ouvre la cavité péritonéale, on trouve que ces organes et ces tissus se sont greffés sur la séreuse et se sont transformés en kystes reproduisant de tous points la structure des tumeurs dermoïdes. Ne faut-il pas en conclure, en étendant et généralisant ainsi 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'un traumatisme, d'une cause souvent inconnue, ils prennent un développement rapide et constituent de véritables tumeurs?

DEUXIÈME PARTIE

AFFECTIONS DES TISSUS ET DES ORGANES.

CHAPITRE PREMIER

AFFECTIONS CHIRURGICALES DE LA PEAU.

Nous connaissons déjà 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 et souvent très intenses qui peuvent succéder à l'application de certaines substances irritantes maniées souvent en chirurgie, solutions fortes d'acide phénique ou de sublimé corrosif, emplâtres de diachylon, etc., leur intérêt est très 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 longtemps avec un érysipèle.

I

FURONCLE.

Le *clou* ou *furoncle* est une inflammation circonscrite de la peau