mier groupe peuvent prendre les caractères du quatrième, quoique ce fait se présente rarement. Pour donner lieu à ces transformations, bien des causes peuvent agir soit sur l'état constitutionnel, soit sur la tumeur elle-même. Il en est des tumeurs comme des inflammations chroniques : des causes diverses peuvent exercer leur influence sur ces derniers processus, au point que la marche prenne le caractère aigu et infectieux, par exemple une scrofulose qui au début était caractérisée principalement par l'hyperplasie des ganglions lymphatiques, peut par la suite devenir une disposition aux processus suppuratifs et ulcératifs avec fièvre, marasme, etc. Les anomalies constitutionnelles qui donnent lieu par elles-mêmes à des processus inflammatoires chroniques se rapprochent beaucoup des maladies à tumeurs; dans l'inflammation chronique il y a également des cas où la maladie disparaît, pour ainsi dire, avec la lésion locale, d'autres où des processus homologues (néoplasies inflammatoires avec leurs diverses métamorphoses) se montrent sur le corps tantôt ici, tantôt là.

Je vous ferai encore une seule remarque, c'est que nous ne nous occuperons que des tumeurs qui se localisent, au moins au début de la maladie, dans les parties du corps qui rentrent dans le domaine de la chirurgie. Cette restriction n'est pas aussi importante qu'elle le semble; on peut même dire qu'on ne peut bien étudier la marche spéciale des maladies à tumeurs que lorsque la localisation se fait d'abord dans les parties dont l'atteinte ne met pas directement la vie en danger; car les phénomènes qu'on observe, par exemple, dans les tumeurs du foie, de l'estomac, du cerveau, n'appartiennent pas en propre à ces tumeurs, mais dépendent des troubles que subissent ces organes dans leurs fonctions respectives. Si chaque cas de typhus était accompagné d'hémorrhagie mortelle ou de perforation de l'intestin, nous n'aurions pas une idée complète de ce processus morbide, parce qu'il serait toujours troublé dans sa marche. Nous donnerons parfois des indications sur la fréquence relative des localisations primitives des tumeurs dans les organes intérieurs, cependant nous ne pourrons pas entrer dans des détails sur la symptomatologie de ces organes malades; ce sujet sera, du reste, traité dans la *Pathologie spéciale* et dans la *Clinique médicale*.

QUARANTE-CINQUIÈME LEÇON

DES TUMEURS BÉNIGNES.

1° *Kystes simples*, contenant : *a.* un liquide séreux ; *b.* un liquide muqueux; *c.* une bouillie ; *d.* du sang. — Diagnostic. — Cysticerques. — Traitement. — 2° *Lipomes :* Notions anatomiques. Lieux où on les rencontre. — Marche. — 3° *Fibromes : a.* Fibromes mous. *b.* Fibromes durs. Manière dont ils se développent. Méthodee opératoires : ligature, écrasement, galvanocaustique.

I. — *Tumeurs à croissance très-lente, qui peuvent persister pendant toute la vie, sans devenir infectieuses ; elles sont guérisables par l'extirpation, et peuvent être solitaires ou multiples ; cependant cette dernière manifestation n'est pas fréquente : ce sont principalement ces tumeurs qu'on appelle bénignes.*

1. — *Kystes et cystomes simples. — Tumeurs cystiques.*

Par *kyste* on entend une poche remplie d'un liquide ou d'une bouillie ; autrefois on donnait, d'après Dupuytren, le nom de *kyste* à toute tumeur entourée d'une enveloppe : c'est ainsi qu'on parlait de kystes à contenu solide et de kystes à contenu liquide; mais aujourd'hui on n'emploie plus ce terme que pour désigner les tumeurs à contenu liquide. Même parmi ces dernières, il en est un certain nombre que dans la pratique chirurgicale on ne compte pas ordinairement parmi les tumeurs, par exemple les extravasats sanguins enkystés, le pus enkysté ; il n'y a que Wirchow qui considère l'hématome comme une tumeur. Ensuite il n'est pas d'usage de compter parmi les tumeurs les hydropisies des sacs séreux, hydropisies qui le plus souvent sont dues à une irritation chronique. Virchow seul classe encore ces formations parmi les tumeurs ; s'il avait voulu être conséquent, il aurait dû compter également parmi les tumeurs les formes de l'hydropisie chronique du péritoine et de la plèvre, qui reconnaissent pour cause, non des différences de pression dans le système circulatoire, mais une irritation locale produite, par exemple, par d'autres tumeurs du poumon, du foie, etc. Il est très-difficile d'établir à priori des distinctions précises, et de dire ce qui doit ou ne doit pas être compté parmi les tumeurs. Les kystes se développent de deux manières : 1° par la production d'un liquide dans des cavités préexistantes; dans ces cas, la quantité de liquide est toujours anormale, souvent aussi c'est la qualité. Les cavités préexistantes ont été toujours closes (par exemple, les vésicules de la glande thyroïde, celles de Graaf), ou elles ont des

ouvertures qui se sont fermées d'une manière passagère ou persistante, par la matière sécrétée épaissie, par soudure organique, par pression du dehors. Virchow appelle cette catégorie de kystes, *kyste par rétention*. 2° Une néoplasie composée originairement de tissus solides peut se liquéfier par ramollissement; la fonte si fréquente de la néoplasie inflammatoire, sa transformation en pus (en abcès) n'est pas comptée parmi les kystes, nous l'avons dit, mais on considère comme tels les matières enkystées qui proviennent du ramollissement muqueux ou en bouillie de masses organisées. On pourrait opposer cette forme, sous le nom de kystes par ramollissement, de tumeurs cystiques (*cystomes*), à la première, si la genèse de ces tumeurs n'était pas trop souvent difficile à découvrir dans le cas spécial. La distinction entre les kystes par sécrétion et les kystes par ramollissement est également difficile à établir, parce que les kystes par ramollissement peuvent se transformer dans la suite en kystes par sécrétion, et parce qu'en général l'idée d'un ramollissement de tissu et celle d'une sécrétion se confondent presque complétement dans certains cas. — En chirurgie, on a l'habitude de diviser les kystes d'après leur contenu; on admet généralement les quatre espèces suivantes :

a. Kystes renfermant un liquide séreux. — Le contenu du sac, dont les parois sont tantôt très-épaisses, tantôt très-minces, est un liquide clair, transparent comme de l'eau ou légèrement teint en jaune par du sérum sanguin, et dans lequel on ne distingue que quelques petites cellules rondes, pâles, très-peu nombreuses et quelques granulations moléculaires; la surface interne de ces sacs est lisse comme une membrane séreuse et souvent couverte d'une mince couche épithéliale formée par des cellules pâles qui doivent être considérées comme la couche sécrétante. De pareilles tumeurs s'observent dans le cordon spermatique, dans les ligaments larges, dans l'ovaire, rarement au cou et dans la glande thyroïde. — L'origine de ces kystes est très-différente : en général, ce sont rarement des kystes par rétention; peut-être quelques-uns des kystes de l'ovaire et de la glande thyroïde ont pour point de départ les éléments glandulaires, comme c'est le cas pour beaucoup d'autres espèces de kystes qui se rencontrent dans ces organes. La plupart de ces kystes à contenu séreux sont des hydropisies de cavités plus ou moins grandes du tissu conjonctif, qui préexistent plus ou moins et qui rarement se forment de toutes pièces. Si nous parlons d'un revêtement épithélial de ces cavités, il faut bien vous pénétrer de ce fait qu'il ne s'agit pas ici d'épithéliums dérivant du feuillet corné ou du feuillet glandulaire, mais bien d'épithéliums de tissu conjonctif, tels que nous les trouvons dans les cavités de tissu conjonctif et dans les vaisseaux qui proviennent, d'après les récentes recherches de His, du feuillet embryonnaire moyen; épithéliums qui n'ont pas, comme les formes similaires du feuillet corné et du feuillet glandulaire, la propriété de donner naissance à des glandes, mais qui ne forment qu'une couche de cellules complétement analogues aux cellules de tissu conjonctif. Thiersch appelle *faux* les épithéliums du tissu conjonctif, pour les distinguer des *vrais*, c'est-à-dire de ceux des muqueuses, de la peau et des glandes. His appelle aujourd'hui *endothéliums* les épithéliums des vaisseaux et des poches de tissu conjonctif. La plupart des kystes de tissu conjonctif de nouvelle formation renferment donc un contenu séreux et sont tapissés d'endothéliums.

b. Kystes renfermant un liquide muqueux (kystes colloïdes) d'une couleur de vin blanc ou de miel (meliceris). — Les poches de ces kystes sont ordinairement plus épaisses que celles des kystes à contenu séreux. Le liquide renferme presque toujours une grande quantité d'éléments morphologiques; parmi ceux-ci on observe le plus souvent de grandes cellules rondes, pâles, qui sont très-fréquemment transformées en tout ou en partie en cellules granuleuses par suite d'une dégénération graisseuse; on remarque ensuite beaucoup de corspuscules sanguins et assez fréquemment des cristaux de cholestérine en grande quantité. Lorsque la paroi interne est lisse, on constate le plus souvent la présence de plusieurs couches épithéliales superposées, mais si les parois sont rudes et inégales, on ne rencontre pas cet épithélium comme couche spéciale; le liquide muqueux peut tantôt être considéré comme une sécrétion de la paroi interne du kyste, tantôt comme formé par l'activité sécrétante des cellules vivantes qui existent dans le liquide et par la dissolution en mucus de ces cellules elles-mêmes. Il s'agit donc, dans le dernier cas, d'un tissu muqueux devenu liquide (myxome enkysté); dans le premier cas, d'une sécrétion dans le sens physiologique, quoique la différence de ces deux processus ne se fasse sentir que dans leurs degrés extrêmes. La consistance du liquide peut être très-variable : tantôt il est comme du mucus, tantôt une gelée épaisse. Ces sortes de kystes se rencontrent au cou, sous la langue (grenouillette), dans le corps thyroïde (goître cystique), souvent dans l'ovaire, où ils peuvent atteindre un volume extrême (hydropisie de l'ovaire), très-rarement dans le sein. Ce sont en partie des kystes par rétention, en partie des kystes par ramollissement.

c. Kystes contenant une bouillie graisseuse. — Epithéliomas enkystés. — Le contenu peut varier beaucoup sous le rapport de la couleur et de la consistance; il peut ressembler à du gruau, être demi-liquide, semblable à une émulsion huileuse, avoir la couleur du pus (*athérome*); dans d'autres cas il est blanc, d'un jaune brillant, demi-liquide (*cholestéatome mou*), ou bien plus solide, sec, à couches concentriques (*tumeur perlée*). L'examen microscopique de cette bouillie nous montre des granulations graisseuses moléculaires, des cristaux de graisse en aiguilles, mais surtout des cristaux de cholestérine en très-grande quantité; à côté de cela on trouve encore des cellules plates, le plus souvent sans noyaux, analogues aux cellules épidermiques pavimenteuses : formations purement épithéliales. Les enveloppes de ces tumeurs consistent en un tissu conjonctif dense; leur paroi interne est quelquefois organisée d'une manière toute spéciale; on distingue parfaitement une couche stratifiée de petites cellules rondes, à un noyau, qui offrent la plus grande ressemblance avec les cellules du réseau de Malpighi; sur celles-ci s'étalent des cellules pavimenteuses lamelleuses, qui dérivent des premières. La structure est donc tout à fait semblable à celle d'une partie de peau qui aurait été repoussée en dedans; et, en effet, la bouillie graisseuse de ces tumeurs est tout à fait semblable au smegma préputial. A cause de cette analogie entre le sac cystique et la peau, Lebert a proposé pour ces tumeurs le nom de *kystes dermoïdes;* la ressemblance de

ces tumeurs avec la peau va quelquefois plus loin encore, car on peut trouver dans ces sacs des glandes sébacées, des follicules pileux avec des poils, des glandes sudoripares; ils peuvent même être tout à fait remplis par des cheveux blonds ou noirs. Quelquefois on trouve même des dents implantées dans la paroi du kyste, qui alors s'ossifie en partie. L'existence de dents qui se forment dans ces circonstances était jusqu'ici inexplicable; après les recherches modernes de Kölliker, qui prouvent que les dents, tout aussi bien que les glandes cutanées et les poils, doivent être considérées comme des formations épithéliales, la présence de dents dans ces sacs, où la végétation épithéliale est tellement développée, paraîtra moins étrange. Le contenu de ces kystes est assez rarement sécrété par la paroi elle-même, et probablement ce n'est que dans les cas où il existe réellement des glandes sébacées; le plus souvent le contenu provient de la désagrégation, de la fonte des cellules elles-mêmes; dans les cas où cette fonte ne se fait pas, les cellules épidermiques formées par la paroi interne du kyste se superposent par couches, il se forme une tumeur assez dure, la tumeur perlée déjà citée (Cruveilhier).

Les kystes graisseux s'observent à beaucoup d'endroits du corps. D'abord dans la peau elle-même; dans ce cas, on est obligé de les faire dériver des glandes sébacées, en admettant une sécrétion anormalement augmentée avec ou sans oblitération des conduits excréteurs; à côté de cette augmentation anormale de la sécrétion, il faut encore admettre que le liquide sécrété est très-épais au début de la formation de ces kystes par rétention, sans quoi il s'écoulerait si le canal excréteur était libre. Quel que soit l'endroit où l'on rencontre ces formations purement épithéliales, elles ne peuvent dériver que du feuillet (embryonnaire) corné. Mais comme le cerveau et les glandes génitales se forment aussi aux dépens du feuillet corné, il ne faut plus s'étonner de la présence dans ces parties d'épithéliomas enkystés. C'est dans la dure-mère qu'on remarque le plus souvent le cholestéatome et la tumeur perlée, qui s'avancent de là vers l'intérieur des os du crâne; l'athérome, de la grosseur d'une fève à celle d'une noix, s'observe dans le derme et principalement dans le cuir chevelu; les plus grands kystes dermoïdes avec formations pileuses, glandulaires et dentaires, sont surtout fréquents dans l'ovaire, où ils y atteignent quelquefois un volume énorme. — A cause des productions épithéliales, ces kystes ont des rapports anatomiques aussi bien avec les excroissances cornées qu'avec le cancer épithélial. On a observé des formes de transition et de combinaison entre ces différentes néoplasies.

d. Les *kystes renfermant du sang liquide pur* sont excessivement rares et n'ont été observés jusqu'ici que dans le tissu conjonctif sous-cutané, au cou, dans l'aisselle, à la poitrine, à la cuisse. Leur mode d'origine et la structure de leurs parois sont inconnus, parce que jusqu'ici aucun cas n'a été examiné anatomiquement; je ne veux pas vous parler des hypothèses qu'on pourrait établir sur la nature de ces kystes. Dans tous les cas, ce ne sont pas des extravasats sanguins.

Les *kystes* sont en général peu fréquents; ils se montrent rarement dans l'enfance et la jeunesse, plus fréquemment chez les adultes et les vieillards; quelquefois ils sont congénitaux.

Très-souvent les kystes se combinent avec d'autres formes de tumeurs, ainsi on les rencontre dans des tumeurs à tissu conjonctif ou à cellules (sarcomes et carcinomes); cependant, dans ces cas, ce n'est pas la formation cystique qui détermine la nature et règle la marche du processus morbide, mais ce sont les tissus dans lesquels le cystome s'est développé : nous apprendrons à connaître plus tard une forme de ces combinaisons, le cystosarcome, que nous décrirons spécialement. — Le cystome complétement développé est peu sujet à d'autres métamorphoses anatomiques; il peut se faire une rupture spontanée, soit directement sous l'influence d'un traumatisme, soit consécutivement à une inflammation traumatique, ou, ce qui est plus rare, à une inflammation spontanée. Le contenu des kystes se vide quelquefois à l'extérieur (en cas de kyste de l'ovaire il peut aussi se déverser dans l'intestin ou dans la cavité péritonéale), et la paroi commence à suppurer par la face interne et à former des granulations fongueuses; c'est ce qui arrive quelquefois pour les athéromes, et un pareil ulcère fongueux peut donner lieu à des erreurs de diagnostic, si l'on ne fait pas attention aux anamnestiques. Quant à la marche ultérieure des kystes, il faut la décrire pour chaque espèce en particulier. — Les kystes à contenu séreux ont la marche la plus lente; leur formation est ordinairement solitaire; cependant on observe aussi des cas où un grand nombre se développent en même temps, par exemple dans les ligaments larges et dans l'ovaire; cependant, dans ce cas encore, leur marche est toujours très-lente. — Il en est de même des kystes muqueux : ils peuvent dériver de myxomes et représentent alors des tumeurs complexes; dans ces cas, les kystes se forment souvent en très-grand nombre; cependant le développement multiple des kystes muqueux en plusieurs régions du corps est un fait très-rare. Ces tumeurs atteignent quelquefois dans l'ovaire un volume qui surpasse de beaucoup celui d'un utérus gravide; souvent les deux ovaires sont malades à la fois. — Les kystes graisseux s'observent très-fréquemment; ils se montrent spécialement dans un âge avancé, au moins c'est le cas pour les athéromes, souvent très-nombreux, de la tête; cependant la prédisposition se perd aussi par la suite, et les tumeurs restent alors stationnaires. Dans l'ovaire, les kystes graisseux se remarquent chez les jeunes filles et les jeunes femmes, mais rarement avant la puberté; en général, ils sont solitaires. — Les tumeurs perlées de la dure-mère sont propres à l'adolescence; elles aussi peuvent occasionnellement se combiner avec d'autres formes de tissus, par exemple, dans les testicules, avec l'adénome et le carcinome; mais dans de pareilles combinaisons leur présence a peu d'importance; ordinairement la masse sarcomateuse ou carcinomateuse prédomine et détermine la marche de la tumeur. De toutes ces formations, les tumeurs perlées seules paraissent posséder dans quelques cas rares un faible degré d'infectibilité locale. — On ne connaît pas de causes occasionnelles qui président au développement des tumeurs cystiques.

Le *diagnostic* d'une tumeur cystique est facile, si l'on peut bien la palper; on percevra alors la fluctuation. Les kystes profondément situés sont difficiles à reconnaître. On peut facilement les confondre avec d'autres collections liquides enkystées; il est permis de faire une ponction exploratrice avec un trocart très-

fin pour établir le diagnostic, si ce diagnostic est nécessaire pour employer tel ou tel procédé thérapeutique. Il y a plusieurs maladies avec lesquelles on peut confondre un kyste : par exemple, les abcès froids forment aussi des tumeurs fluctuantes, indolentes, et qui augmentent quelquefois très-lentement de volume. Il y a encore les vers vésiculaires, parmi lesquels deux espèces s'observent dans les régions superficielles du corps, c'est-à-dire dans le tissu conjonctif sous-cutané : le *Cysticercus cellulosæ* et l'*Echinococcus hominis* se développent, quoique très-rarement, dans le tissu conjonctif sous-cutané (plus rarement encore dans les os). Le premier consiste en une vessie assez petite; le second, en une vessie plus grande, qui ont tous les caractères d'un kyste; la vessie qui constitue l'animal est toujours entourée d'un sac de tissu conjonctif de nouvelle formation. J'ai vu extirper des vessies de cysticerques qui siégeaient sur le nez et sur la langue, des vessies d'échinocoques qui se trouvaient dans le tissu conjonctif sous-cutané du dos et de la cuisse. Dans presque tous ces cas on avait diagnostiqué des kystes, dans un seul des derniers on crut avoir affaire à un abcès; et en effet, au lieu de la capsule fibreuse ordinaire, on rencontra du pus autour de la vessie d'échinocoque morte. J'ai ajouté ici ces quelques remarques comme appendice, car nous n'avons pas à nous occuper spécialement des parasites; les *trichines*, qui se rencontrent quelquefois par milliards dans les muscles de l'homme, ne peuvent évidemment pas faire l'objet d'un traitement chirurgical, quoique d'après les belles recherches de Zenker le diagnostic puisse être établi dans certains cas. — Les hydropisies des bourses muqueuses sous-cutanées et des gaînes tendineuses, de même que le spina-bifida, pourraient facilement être prises pour des tumeurs cystiques, si l'on ne faisait pas attention au siége anatomique de ces gonflements.

En dehors des tumeurs liquides, les cystomes pourraient être confondus avec des sarcomes et des carcinomes de consistance gélatineuses et avec des tumeurs graisseuses très-molles. Nous le répétons, quand, en vue du traitement, il est nécessaire d'établir exactement le diagnostic, on fera une ponction exploratrice. Mais ce qui nous guide principalement dans le diagnostic des tumeurs en général, c'est l'expérience que nous avons sur leur siége relativement fréquent en telle ou telle partie du corps; je tâcherai de vous donner toujours très-exactement les résultats de cette expérience en parlant de chaque forme de tumeur, et plus tard, dans la *Clinique*, j'attirerai votre attention spécialement sur ce point.

Comme le pronostic des cystomes est renfermé dans ce que nous venons d'exposer, nous pouvons passer immédiatement à leur traitement, car la prédisposition à la formation des kystes ne peut pas être traitée directement. Il existe deux manières de détruire les kystes : ou bien on vide le contenu et l'on applique localement des remèdes qui donnent lieu à une inflammation suivie du ratatinement du sac, ou bien on a recours à l'extirpation de ce sac. Ce dernier procédé est le plus simple et conduit le plus rapidement au but; nous lui accorderons toujours la préférence lorsqu'il pourra être exécuté aisément et sans danger pour la vie. Cependant dans les kystes de l'ovaire, dans ceux de la glande thyréoïde et dans d'autres profondément placés ou qui, par leur siége anatomique, offrent des dangers, on préfère naturellement une méthode moins périlleuse, pourvu qu'elle offre quelque chance de succès. Nous pouvons arriver à un ratatinement du sac préalablement vidé, soit par une inflammation suppurative, soit par un processus inflammatoire plus doux. Si vous divisez la paroi du kyste dans toute sa longueur, et si vous maintenez écartés les bords de la plaie, il s'établit une suppuration et une formation de granulations sur la paroi interne mise à jour; les éléments de la tumeur qui y adhèrent ou l'épithélium sont éliminés; le sac se ratatine alors peu à peu, à l'instar d'un tissu cicatriciel, il devient de plus en plus petit jusqu'à guérison complète; mais jusque-là il peut se passer plusieurs mois. Vous pouvez arriver au même but par un procédé pour ainsi dire sous-cutané : vous n'avez qu'à traverser la tumeur en plusieurs points par des fils à ligatures ou de petits tubes; par suite de l'entrée de l'air et par l'irritation que provoquent les ligatures ou les tubes qui traversent le sac, il se produit également à sa paroi interne une suppuration et une formation de granulations qui, dans les cas favorables, donnent aussi lieu au ratatinement; cependant il arrive souvent que par ce procédé la guérison se fasse attendre pendant des mois et des années; de ces deux méthodes il faut donc préférer la première, elle est surtout applicable aux kystes du cou. On tâche d'arriver au même but d'une autre manière, je veux parler de la ponction suivie d'une injection de teinture d'iode; nous avons déjà parlé antérieurement très en détail de l'effet de cette médication. Ici encore il se produit après l'injection, d'abord une vive inflammation du sac avec exsudation séro-fibrineuse, puis la sérosité est résorbée et le sac se ratatine. Ce dernier procédé est surtout applicable aux cas où le contenu n'est pas constitué par un tissu ramolli, mais par un liquide sécrété principalement par le sac, par conséquent surtout aux kystes à contenu séreux et à quelques espèces de kystes muqueux. Les cystomes qui proviennent du tissu gélatineux ramolli et les kystes graisseux ne se prêtent pas bien aux injections iodées; ces dernières sont facilement suivies d'une inflammation très-violente et de gangrène avec développement de gaz, de sorte qu'on est obligé plus tard de fendre tout le sac. Les sacs à parois très-épaisses, qui ne peuvent pas se ratatiner, ou qui ne le font que très-lentement, ne se prêtent pas plus à l'injection iodée. C'est ainsi qu'on rencontre parmi les kystes du cou quelques-uns qui sont susceptibles d'être traités par cette méthode, et d'autres qui ne le sont pas, parce que leurs parois sont trop épaisses. Parmi les cystomes ovariques, il n'y en a malheureusement qu'un petit nombre qui puisse être traité par l'injection, de sorte que de nos jours l'extirpation de l'ovaire est considérée comme étant parmi les procédés opératoires le seul certain. Enfin, il y a des cas où mieux vaut ne pas entreprendre d'opération : par exemple, je crois insensé d'engager un vieillard qui porte de nombreux athéromes sur la tête à se les faire enlever, car si l'opération se compliquait d'un érysipèle de la tête, la mort pourrait facilement en être le résultat.

Bibliographie. — Lebert, Atlas, planches xxxvi, xxxvii, xxxviii, clxi, fig. 5 et 6. — Cruveilhier, Atlas, livraison ii, pl. 6, Tumeurs perlées; livraison xviii, pl. 3, 4, 5. — Forster, Atlas, pl. xvi, fig. 7; pl. xxii, fig. 2 et 3. — Froriep, pl. cccxxxviii, Cysticerques dans l'os.

2. — *Lipomes. — Tumeurs graisseuses.*

La disposition à l'obésité n'est pas considérée comme une diathèse morbide, lorsqu'elle ne dépasse pas une certaine mesure, mais comme un signe d'une bonne nutrition. Elle varie beaucoup, selon les différentes périodes de la vie et est le plus développée entre trente et cinquante ans; elle est plus rare dans l'enfance : la formation de graisse est surtout favorisée par une vie tranquille et confortable et par un caractère phlegmatique. Elle ne devient une maladie que lorsqu'elle donne lieu à des troubles fonctionnels de certains organes ou de tout l'organisme en cas d'obésité considérable, ou bien lorsqu'elle se manifeste par la formation de tumeurs graisseuses.

La *composition anatomique* des tumeurs graisseuses est simple ; elles consistent en tissu adipeux, qui est divisé en lobules séparés par du tissu conjonctif, comme la graisse sous-cutanée. Ce tissu conjonctif est tantôt bien développé, d'autres fois il l'est moins; dans le premier cas, les tumeurs sont assez dures (lipomes fibreux); dans le second, elles sont plus molles (lipomes simples). La forme extérieure est ordinairement ronde, lobée, et la masse graisseuse de nouvelle formation, séparée des tissus voisins par une couche condensée de tissu conjonctif (lipome circonscrit, c'est la forme ordinaire), peut être facilement détachée des tissus environnants. Plus rarement le lipome apparaît comme une sorte d'obésité locale, limitée à une partie du corps, sous forme d'un gonflement sans démarcation bien distincte (lipome diffus). — Le siége des lipomes est le plus souvent le tissu conjonctif sous-cutané, surtout celui du tronc; ces tumeurs se rencontrent le plus fréquemment au dos et dans les parois abdominales, elles sont plus rares aux extrémités. Dans les articulations, de même que dans les gaînes tendineuses, il peut se faire un développement anormal de graisse dans les plis et les villosités de la synoviale, de telle sorte que ces dernières sont arborisées (lipome arborescent, J. Müller); cette forme a de l'analogie avec le développement graisseux qui se fait dans les prolongements du péritoine qui recouvre le gros intestin (appendices épiploïques) et dans d'autres membranes séreuses. — La croissance des lipomes est très-lente et est toujours autogène; leur développement n'est presque jamais accompagné de douleurs, à moins qu'ils ne se trouvent dans le voisinage immédiat d'un tronc nerveux, ce qui, du reste, est rare. Ces tumeurs graisseuses peuvent atteindre un volume énorme, parce que les malades, s'en trouvant rarement incommodés, ne les font enlever que très-tard. Il est rare que dans ces tumeurs il se produise des modifications secondaires, cependant il peut arriver que les gros faisceaux de tissu conjonctif qui traversent la tumeur se calcifient (se pétrifient) ou même s'ossifient, et qu'en même temps le tissu graisseux se transforme en un liquide huileux ou semblable à une émulsion. La peau qui recouvre les tumeurs graisseuses se distend à la longue et s'épaissit ordinairement un peu, en même temps elle est quelquefois pigmentée en brun ; en général elle reste mobile sur la tumeur. Exceptionnellement il s'établit une adhérence plus intime entre elle et la graisse nouvellement formée, et alors il peut se produire une ulcération superficielle du derme, qui dans ces cas est toujours atrophié; cette ulcération, qui peut être provoquée par des irritations extérieures, devient rarement profonde, quoique des portions du tissu graisseux puissent se gangréner; dans ces circonstances il se forme presque toujours des ulcères dont les granulations sont peu développées et dont la sécrétion est séreuse et d'une odeur nauséabonde. Nous parlerons plus tard de la combinaison du lipome avec des fibromes mous et avec des sarcomes myxomateux. J'ai observé deux fois dans des lipomes une ectasie caverneuse considérable des veines.

La *disposition à la formation des lipomes* se développe le plus souvent à la période de la vie où la disposition à l'obésité en général est la plus fréquente, c'est-à-dire entre trente et cinquante ans; chez les enfants, elle est excessivement rare, cependant on l'a observée comme maladie congénitale. Des lipomes congénitaux sur le dos, au cou, à la face et quelquefois aux orteils, avec hypertrophie concomitante des os, ne sont pas des cas excessivement rares; ces dernières tumeurs ordinairement ne s'accroissent plus après la naissance. En général, il n'existe qu'un lipome, qui grandit très-lentement; arrivé à un certain développement, il peut même rester stationnaire, surtout dans un âge avancé. La formation multiple de lipomes a été souvent observée dans le tissu conjonctif sous-cutané; on a vu des cas où cinquante petits lipomes et plus avaient pris naissance à la fois, mais plus tard ils restèrent stationnaires. Les lipomes multiples sont souvent des tumeurs composées. Le lipome simple n'est *jamais* infectieux, il ne peut donc jamais y avoir récidive après l'extirpation de ces tumeurs.

Comme cause occasionnelle du développement des tumeurs lipomateuses on a noté quelquefois la pression et le frottement; l'obésité est un peu héréditaire.

Le *diagnostic* des lipomes est facile dans la plupart des cas : la consistance, la structure lobée, souvent perceptible à l'extérieur; quelquefois l'existence d'une crépitation très-sensible, qui se produit par l'écrasement de quelques lobules graisseux, voilà les signes objectifs; ajoutez à cela la mobilité de la tumeur, le siége, la lenteur de la croissance, l'âge du malade, toutes notions qui aident beaucoup à établir un diagnostic positif. On peut confondre les lipomes avec des tumeurs fibreuses très-molles, avec des sarcomes, avec des tumeurs sanguines lipomato-caverneuses.

Le *traitement* consiste à enlever la tumeur avec le bistouri. La guérison ne s'effectue ordinairement qu'après l'élimination d'une très-grande quantité de tissus gangrenés. Lorsque les lipomes sont très-volumineux, il vaut mieux enlever avec la tumeur une partie de la peau qui la recouvre; c'est surtout après l'extirpation des lipomes que les érysipèles sont fréquents, surtout lorsqu'on a affaire à des personnes très-obèses. Du reste, l'ablation des plus grands lipomes peut être faite avec succès, car en général les personnes qui les portent sont saines du reste. L'extirpation des lipomes diffus est moins favorable que celle des circonscrits; la réaction locale et générale est d'ordinaire plus forte; cependant j'ai fait avec succès plusieurs de ces opérations.

Bibliographie. — Lebert, Atlas, pl. XVI, fig. 1-11. — Bruns, Atlas, 1re division, pl. I, fig. 4-8.