

Fréquence relative. — D'après BARROS BORGOGNO, dont les recherches récentes et par conséquent plus exactes que celles de MARC D'ESPINE, de SIBLEY, portent sur plus de trois mille faits, les organes les plus fréquemment atteints de tumeurs sont : la mamelle (570), les lèvres (329), les joues (274), la langue (179), l'utérus (143), le rectum et l'anus (137), le maxillaire supérieur (135), les ovaires (118).

Si maintenant on envisage cette statistique des tumeurs au point de vue de leur structure, on est frappé de l'extrême fréquence du carcinome (les épithéliomes étant compris sous ce nom générique). Ainsi BORROS note 1779 carcinomes, 475 sarcomes, 150 lipomes, 148 kystes, 105 fibromes, 90 angiomes, 94 adéno-cystomes, 69 polypes muqueux, 65 enchondromes. D'autres auteurs trouvent une proportion de carcinomes encore plus élevée par rapport aux sarcomes; ainsi ROSE (de Zurich) compte 223 carcinomes pour 47 sarcomes (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1881).

L'étude des névromes, néoplasmes complexes, sera renvoyée au chapitre des tumeurs des nerfs.

CHAPITRE II

DES KYSTES

Bibliographie. — HUNTER, *Oeuvres*, trad. Richelot, 1844, t. 1^{er}, p. 634. — CRUVEILHIER, *Essai sur l'anat. pathol.*, t. 1^{er}, p. 202, Paris, 1828. — A. COOPER, *Oeuvres*, trad., 1837, p. 589. — SÉDILLOT, Th. de concours pour Strasbourg, 1841. — VELPEAU, *Recherches sur les cavités closes*, et *Ann. de la chir. franç. et étrangère*, t. VII. — ABEILLE, *Traité des hydropisies et des kystes*, 1852. — PAGET, *Lectures on Pathol. Surg.*, vol. II, p. 26, 1853. — LEBERT, *Kystes dermoïdes et hétérotopie*, etc., in *Mém. de la Soc. de biologie*, 1852, t. IV, et *Traité d'Anat. pathol.*, 1857, t. 1^{er}, p. 233. — CRUVEILHIER, *Traité d'Anat. pathol. gén.*, 1856, t. III, p. 330. — VERNEUIL, *Arch. de méd.*, 5^e série, t. VI, p. 302, 1855. — *Mém. de la Soc. de chir.*, t. IV, et *Traité généraux des tumeurs*. — BRISSAUD, *Arch. de physiol.*, 1883. Thèses de Paris. — 1854, MASSOT. — 1879, BARBÈS. — 1880, GOINARD, CHANTREAU. — 1881, ROUGIER. — 1883, BODINIER. Thèse de Nancy. — 1883, PILON.

§ 1^{er}. — Des kystes en général

Définition. — Les kystes sont des cavités closes, plus ou moins sphériques, constituées par une membrane continue avec les tissus voisins, et dont le contenu liquide ou mou n'a que des rapports de contiguïté avec la paroi.

L'usage a distrait des tumeurs kystiques les grands épanchements séreux des plèvres, du péritoine, compris dans cette définition; leur étude appartient à la pathologie interne.

Division. — Déjà au siècle dernier, HUNTER avait divisé les kystes en deux groupes principaux, suivant qu'ils étaient naturels ou accidentels. Les premiers

se développaient aux dépens d'un organe normal; les autres, paroi et contenu, résultaient d'une néoformation. En 1816, CRUVEILHIER divise les kystes en *préexistants* et *consécutifs* ou *adventifs*; la poche existe dans la première variété avant l'apparition de la tumeur, tandis qu'elle se forme autour du contenu (corps étrangers venus du dehors ou de l'organisme) dans la seconde. BROCA, reprenant les idées de HUNTER, adopte la division suivante :

1° Kystes progènes à cavité préexistante.	}	1° Naturellement pleine.
		2° Naturellement vide.
		3° Provenant d'un organe embryonnaire incomplètement atrophié.
		4° Naturellement close et douée de la propriété de sécrétion.
		5° Accidentellement close et naturellement privée de la propriété de sécrétion.
2° Kystes néogènes à cavité de nouvelle formation.	}	1° Kystes autogènes. La formation de la paroi est un phénomène primitif.
		2° Kystes péricigènes. La formation de la paroi est un phénomène consécutif provoqué par la présence d'un corps étranger.

Cette classification nous semble un peu trop théorique, et tout en admettant les deux grands groupes des kystes progènes et néogènes, il est utile pour la pratique de conserver les anciennes dénominations de kystes séreux, muqueux, glandulaires, vasculaires, qui rentrent dans les kystes progènes; nous adopterons donc la division suivante.

Kystes progènes à cavité préexistante.	}	Pleine ou vide produits par exsudation.	}	Kystes séreux.
				Kystes muqueux.
Kystes néogènes à cavité non préexistante.	}	Formés de toutes pièces.	}	Kystes glandulaires.
				Kystes vasculaires.
				Kystes autogènes.
		Formés autour d'un corps étranger ou d'un parasite.		Kystes péricigènes.

Anatomie pathologique générale. — Les kystes se rencontrent dans tous les tissus, principalement dans le tissu conjonctif; leur forme est globuleuse, ils sont uniques ou multiples, uniloculaires ou multiloculaires. Tout kyste présente à étudier la paroi et le contenu.

Paroi. — C'est une partie constituante indispensable, et l'on réserve le nom de *lacunes* aux cavités closes sans paroi propre. CORNIL et RANVIER regardent la présence d'un épithélium ou d'un endothélium à la paroi interne des kystes comme un caractère essentiel, et séparent ainsi tout un groupe de kystes (péricigènes) que l'usage a toujours fait admettre comme tels. Assez souvent on peut distinguer plusieurs couches dans la paroi, tandis qu'ailleurs elle n'est constituée que par le tassement du tissu conjonctif; par leur face externe les

kystes adhèrent plus ou moins intimement aux tissus voisins et dans tous les cas y puisent les éléments de leur développement, aussi les vaisseaux sont-ils tous disséminés dans cette couche. Rien n'est plus variable que la face interne des kystes; habituellement elle est lisse, mais elle peut être villose, mamelonnée, ou servir d'implantation à des poils, des dents et des produits complexes, des franges, des éperons saillants à l'intérieur.

Contenu. — Les kystes à cavité préexistante contiennent toujours une matière assez fluide, tantôt séreuse, tantôt plus épaisse, comme dans les loupes. A cet égard il existe un rapport étroit entre le contenu et la nature de la paroi : les kystes développés dans des bourses séreuses accidentelles ou des synoviales sont ordinairement très liquides, tandis que ceux qui se forment sur le trajet de certains conduits excréteurs des glandes peuvent l'être moins. Il est rare de retrouver dans les kystes glandulaires le produit de sécrétion normal de la glande (lait, sperme, salive), car il a presque constamment subi des altérations. La nature du contenu devient extrêmement variable dans les kystes périgènes.

Altérations des kystes. — La paroi des kystes subit accidentellement diverses transformations; ainsi on la voit s'épaissir, s'indurer; quelquefois même des dépôts calcaires s'y forment et la tumeur se présente sous un aspect insolite. Dans certains kystes, les franges de la paroi se détachent, deviennent libres et flottantes, en donnant naissance à des productions spéciales qui portent le nom de *grains hordéiformes*.

Étiologie et développement. — Les kystes sont *congénitaux* ou *acquis* : les premiers résultent de quelque aberration de l'action formatrice à la période embryonnaire. A cette catégorie appartiennent : les kystes *dermoïdes* que l'on considère aujourd'hui comme le résultat de l'inclusion d'une portion du feuillet externe du blastoderme; les kystes muqueux, sortes de hernies ou de prolongements des muqueuses, surtout fréquents au cou et qui, en s'isolant, deviennent de véritables tumeurs kystiques indépendantes.

Un groupe de kystes sert d'intermédiaire entre les précédents et les kystes acquis; développés aux dépens des restes des organes embryonnaires, ils se rapprochent des premiers par leur origine, mais ils doivent être rangés parmi les kystes acquis en raison de l'époque de leur apparition. Tous les kystes dits *wolfiens*, c'est-à-dire prenant naissance dans quelque dépendance du corps de Wolf, appartiennent à ce groupe.

Les kystes acquis sont néogènes ou progènes; les premiers, dont le cadre tend à se restreindre, se forment autour des corps étrangers ou de toutes pièces dans l'économie, aux dépens d'une cellule élémentaire d'après FRERICHS, d'un noyau de cellule d'après ROKITANSKY.

Le mécanisme formateur des kystes progènes a été entrevu depuis longtemps par HUNTER, BICHAT, CRUVEILHIER, et bien décrit par BROCA. Dans le cas le plus simple, une cavité close naturellement pleine ou vide devient le siège d'une véritable hydropisie dont la cause est inconnue, et qui aboutit à la formation kystique; les bourses séreuses naturelles ou accidentelles, les vésicules de GRAAF, etc., se comportent ainsi.

Les choses se passent différemment pour les cavités non closes et pour les

glandes à canal excréteur; alors intervient un phénomène primordial, l'obstruction du conduit ou l'isolement partiel de la cavité ouverte. De plus, il faut admettre encore ici une sorte d'irritation spéciale qui produit à la fois l'obstruction et l'altération de la sécrétion (*sécrétion pathologique*), car la simple oblitération du conduit ne suffit pas pour engendrer un kyste.

Symptômes. — Les kystes sont des tumeurs arrondies, circonscrites, le plus souvent mobiles, présentant quelq. fois un pédicule qui les rattache à un organe; la palpation permet d'y sentir des bosselures analogues à celles du lipome (kystes multiloculaires), de la résistance et de la tension. Certains kystes sébacés conservent l'impression du doigt; dans d'autres espèces il est possible de percevoir une fluctuation très franche qui peut, pour les grosses tumeurs (kystes ovariens), aller jusqu'à la sensation d'ondulation ou de flot. Il en est qui crépitent quand on les palpe (*kystes à grains hordéiformes*), ou bien font éprouver à la main quelque chose d'analogue au froissement du parchemin.

Ces tumeurs sont en général indolentes, à moins que par compression de voisinage elles n'intéressent des filets nerveux; enfin les kystes séreux superficiels présentent parfois de la transparence. Ces caractères, presque tous négatifs, n'appartiennent pas aux kystes situés profondément dans les os ou les cavités splanchniques, le cerveau par exemple. Dans ces cas ils se développent et se manifestent comme les autres tumeurs de ces organes, sans caractères distinctifs bien tranchés.

L'évolution des kystes, en général lente, affecte exceptionnellement une marche rapide; ils ont une tendance à persister indéfiniment et à s'accroître, mais ils peuvent aussi rester stationnaires, ce qui n'est pas absolument rare pour les kystes dermoïdes. Arrivés à leur développement normal, les kystes qui ne restent pas stationnaires présentent l'un des trois modes de terminaison suivants : 1° *inflammation*, 2° *rupture*, 3° *dégénérescence*.

1° Inflammation. — Qu'elle soit spontanée ou provoquée par quelque traumatisme, l'inflammation de la poche kystique a pour effet d'accélérer, de diminuer ou de pervertir la sécrétion. En même temps la tumeur devient chaude, douloureuse, et si l'irritation est suffisante, du pus se mêle au contenu du kyste qui se transforme en abcès chaud; il s'ouvre ainsi au dehors en donnant issue à du pus séreux ou roussâtre par le fait d'un épanchement sanguin.

L'inflammation peut avoir pour résultats :

a. La guérison définitive du kyste par accollement de ses parois.

b. La formation d'une fistule.

c. La récurrence du kyste, après élimination des produits inflammatoires.

De ces trois modes de terminaison, le premier est assez rare; le second, plus fréquent, ne présente du reste aucun avantage; enfin la récurrence est plus commune.

2° Rupture. — Le seul fait de la distension exagérée des kystes séreux à développement rapide suffit pour expliquer leur rupture spontanée; mais l'action du traumatisme la favorise beaucoup, surtout lorsque la tumeur est depuis quelque temps le siège d'inflammation. La rupture peut se faire à l'extérieur, ce qui est exceptionnel, ou bien dans le tissu cellulaire, dans quelque séreuse

(kystes ovariens), dans une cavité voisine ou dans l'épaisseur d'un organe; la poche se vide partiellement ou totalement.

Les suites de cette rupture sont :

a. La guérison complète du kyste, bien constatée, même pour des kystes ouverts dans de grandes séreuses.

b. La production d'accidents graves, parfois mortels, quand la rupture se fait dans un organe important.

c. La mise en communication du foyer de suppuration avec l'extérieur.

d. La récurrence de la tumeur primitive.

3° *Dégénérescence*. — Assez rare d'ailleurs, elle a été confondue avec les cavités kystiques de certaines tumeurs malignes.

Diagnostic. — C'est souvent par exclusion qu'on arrive à faire le diagnostic des kystes; cependant leur forme, leur mobilité, l'indolence, la fluctuation, l'intégrité de la peau, le développement lent, quelquefois la transparence, sont des signes utiles dans nombre de cas. Malgré cela, il arrive tous les jours que le diagnostic reste en suspens entre un kyste et un abcès tuberculeux, un lipome, un myxome, une adénite chronique suppurée, un carcinome ramolli, un anévrisme.

Les commémoratifs, l'état général, les lésions du système lymphatique ou osseux permettent de distinguer les kystes des abcès tuberculeux. L'adénite suppurée chronique en diffère, parce qu'au lieu de constituer une tumeur unique bien nettement limitée, elle repose d'ordinaire sur des tissus empâtés dans lesquels roulent un certain nombre de ganglions enflammés. Les tumeurs solides qui présentent normalement de la fausse fluctuation comme le lipome, ou accidentellement comme l'encéphaloïde et certains sarcomes, offrent des points plus durs qui suffisent pour les reconnaître. Fréquemment toutefois, une ponction exploratrice permettra seule de fixer le diagnostic, et il sera utile d'y recourir avant d'intervenir d'une façon quelconque.

Quand on a diagnostiqué un kyste, il faut encore en rechercher la nature. Sans entrer dans l'étude des signes distinctifs propres à chacun, nous dirons ici que la division en kystes congénitaux et acquis permet de faire un diagnostic pratique et utile. En effet les kystes congénitaux, dermoïdes, muqueux ou séreux ont des lieux d'élection dans des régions déterminées.

Traitement. — Parmi les kystes il en est un certain nombre qu'il faut abandonner à eux-mêmes. Tels sont les petits kystes synoviaux qui restent stationnaires et dont le traitement pourrait amener des complications de voisinage.

BROCA a réuni sous trois chefs toutes les méthodes de traitement des kystes. 1° Obtenir la résolution de la collection; 2° provoquer l'oblitération de la poche; 3° enlever ou détruire entièrement la tumeur.

1° *Moyens résolutifs*. — a. *Compression*. — Elle se fait à l'aide de bandes ou de compresseurs; elle doit donc être graduelle, mais elle n'a de chances de succès que si le kyste repose sur un plan résistant (poignet, pied, jarret).

b. *Résolutifs médicamenteux*. — Les uns s'appliquent localement, comme le chlorhydrate d'ammoniaque en solution de 15 à 20 p. 100, les pommades fondantes à base d'iode, les emplâtres mercuriels. Ces moyens très incertains ne

s'adressent qu'aux kystes superficiels. Quant aux résolutifs généraux, les iodures, les purgatifs salins, recommandés pour le goitre, les kystes volumineux, leur efficacité est douteuse.

c. Les *révulsifs* au niveau des kystes peuvent arrêter les progrès du mal et amener la diminution des épanchements; tels sont les vésicatoires, la teinture d'iode.

d. Il faut encore ajouter les moyens destinés à rétablir la perméabilité des conduits glandulaires, tels que l'ablation des calculs, l'extraction des bouchons qui obstruent les orifices, et même l'incision simple sur le trajet du canal.

2° *Provoquer l'oblitération de la cavité*. — Les moyens de traitement imaginés à cet effet sont :

a. *L'écrasement*, préconisé pour les kystes ou ganglions du poignet; le liquide se répand dans le tissu cellulaire, s'y résorbe, et la guérison peut avoir lieu si on y joint une compression méthodique.

b. *Injections irritantes*. Leur but est d'amener un degré d'inflammation suffisant pour modifier la paroi sans la faire suppurer. A cet effet, on vide d'abord la poche par ponction, et on y introduit pendant quelques instants le liquide irritant ou le caustique solide avec lequel on touche la paroi. Il se produit un gonflement qui, après plusieurs jours, diminue et disparaît insensiblement. Les liquides les plus employés sont : la teinture d'iode étendue, le vin chaud, l'alcool, le tartre stibié en solution. Le chlorure de zinc injecté à la dose de quelques gouttes réussit très bien, surtout dans les kystes sébacés et la grenouillette. Les injections ne conviennent pas pour les grands kystes (ovaire) car elles échouent souvent et compromettent le succès d'opérations plus efficaces.

c. Les *scarifications sous-cutanées* pratiquées à l'aide d'un ténotome qui sectionne la poche en divers sens; il est nécessaire de continuer la compression comme pour l'écrasement.

d. Le *séton* passé à travers la tumeur est moins employé, il a l'inconvénient de provoquer la suppuration; bien qu'il ait réussi dans quelques cas, on lui préfère généralement le drainage de CHASSAIGNAC.

e. L'*incision simple* au bistouri ou l'ouverture par les caustiques donnent issue au contenu; mais pour être efficaces, ces moyens doivent être suivis de la suppuration de la poche, qu'on obtient en l'exposant ou en la bourrant de charpie.

f. L'*excision* se pratique en enlevant un lambeau elliptique ou triangulaire de la poche kystique. Elle est utile dans certaines régions où il y a nécessité de ménager les organes voisins (kystes de la mâchoire, grenouillettes).

Enfin l'électricité appliquée à la guérison des kystes n'a pas donné de résultats bien encourageants.

3° *Destruction de la cavité kystique. Extirpation*. — Les moyens précédents sont souvent incertains; il y a des kystes qui suppurent ou récidivent indéfiniment tant que la totalité de la poche n'est pas détruite. On arrive à ce dernier résultat par les caustiques, le nitrate d'argent, le beurre d'antimoine, le chlorure de zinc (pâte de Canquoin). La dissection ou extirpation totale de la

tumeur constitue le meilleur traitement pour tous les kystes muqueux ou dermoïdes. Pozzi a conseillé, pour faciliter l'opération, de remplir la cavité de paraffine après avoir vidé son contenu.

§ 2. — Kystes progènes

1° KYSTES SÉREUX

Les kystes séreux appartiennent au groupe des kystes progènes à cavité close, naturellement pleine ou vide; ils sont caractérisés par leur origine, leur contenu, qui est de la sérosité, et la présence d'un épithélium pavimenteux à la face interne de leur paroi.

Les variétés de kystes séreux sont nombreuses; nous citerons seulement les plus importantes.

1° Kystes par hydropisie des bourses séreuses naturelles sous-cutanées, intermusculaires, des gaines synoviales tendineuses. On donne plus spécialement aux premiers le nom d'*hygromas*.

2° Partout où il y a pression anormale et répétée du tégument sur un plan résistant, se développent des bourses séreuses accidentelles, variables suivant les professions, susceptibles de devenir comme les précédentes le siège d'*hygromas*.

3° Les follicules synoviaux qui se trouvent dans l'épaisseur des capsules articulaires, entre autres ceux que GOSSELIN a décrits au poignet, peuvent également donner naissance à des kystes séreux indépendants de la grande synoviale, par le fait d'une sécrétion très active. WEBER et FOUCHER ont observé cette variété de kystes dans plusieurs articulations.

4° Des portions de séreuses isolées d'une grande cavité, par le fait de l'inflammation ou autrement, sont susceptibles de se transformer en véritables kystes. La tunique vaginale, la plèvre, le péritoine offrent des exemples de ces variétés; les séreuses articulaires seraient également capables de présenter des kystes partiels, mais ce fait avancé par NÉLATON pour le cul-de-sac externe du genou mérite confirmation.

Il n'est pas rare de voir les hernies de ces mêmes séreuses, lorsque leur collet s'oblitére, s'isoler et devenir le point de départ d'un kyste. Ainsi se forment les kystes ou hydrocèles enkystés du cordon et les kystes formés aux dépens de certains sacs herniaires abandonnés; enfin les méninges rachidiennes donneraient encore lieu à ces sortes de tumeurs.

Les kystes séreux contiennent parfois plusieurs litres de liquide, mais en général ils sont petits ou d'un moyen volume, uni ou multiloculaires, quelquefois aréolaires, uniques ou multiples. Leur paroi ordinairement très mince s'épaissit sous l'influence de l'irritation chronique; elle peut même s'incruster de sels calcaires et s'ossifier. Le liquide, presque toujours clair et légèrement ambré, renferme parfois de la cholestérine; ailleurs on rencontre des grains analogues à du riz cuit (*grains hordéiformes*), qu'on fait provenir de franges synoviales hypertrophiées dont le pédicule s'est rompu.

En dehors des symptômes communs à tous les kystes, nous mentionnerons seulement la fluctuation plus franche, la transparence des kystes séreux; si l'on constate quelquefois leur rupture, leur inflammation et la terminaison fistuleuse, assez fréquemment ils restent stationnaires ou rétrogradent.

Traitement. — Tous les modes de traitement ont réussi contre les kystes séreux; il est bon de commencer par les plus simples: résolutifs locaux, écrasement, compression, ponction. Avant de recourir aux injections, on s'assurera que le kyste ne communique pas avec une séreuse ou une synoviale voisine (hydrocèle, articulations). L'injection de teinture d'iode ou d'autres liquides irritants réussit souvent; on a préconisé récemment le chlorure de zinc. MAC-MAHON a guéri un kyste séreux du cou par le séton filiforme.

2° KYSTES MUQUEUX

Ces kystes ont une paroi analogue aux muqueuses avec un épithélium polyédrique, cylindrique ou vibratile, suivant la muqueuse d'où ils proviennent; l'épaisseur de la poche varie également.

On admet deux variétés de kystes muqueux: 1° ceux qui représentent manifestement un diverticulum de quelque cavité naturelle; 2° ceux dont l'origine, plus obscure, dépend de la période embryonnaire. Presque toutes les muqueuses offrent des kystes de la première variété; le long de la trachée ils sont tapissés d'un épithélium vibratile, tandis que les kystes de la vessie ont un épithélium polyédrique. Signalons encore les kystes muqueux de l'appendice cæcal des trompes de Fallope, des conduits lacrymaux, des sinus de la face.

Les kystes muqueux congénitaux, analogues aux kystes dermoïdes, assez rares du reste, se voient surtout à la région thyro-hyôidienne, dans l'ovaire, plus rarement aux membres; ces produits hétérotopiques sont tapissés d'un épithélium à cils vibratiles.

Essentiellement persistants, ces kystes s'accroissent très lentement, causent peu de gêne, à moins qu'ils ne soient contenus dans une cavité osseuse, ou qu'ils ne viennent à s'ouvrir dans une séreuse.

Le diagnostic des kystes muqueux n'est pas difficile en tant que kystes; mais seules la ponction, l'issue d'un liquide filant, la présence de cils vibratiles les différencieront des tumeurs analogues de la région cervicale.

Le traitement sera le même que pour les kystes en général. S'il est possible de rétablir la communication supprimée avec la cavité muqueuse (sac lacrymal, sinus maxillaire), on peut faire disparaître la tumeur. Dans tous les autres cas, si l'opération n'est pas contre-indiquée par le siège du kyste, il faut pratiquer l'extirpation complète pour éviter des fistules interminables difficiles à oblitérer.

3° KYSTES GLANDULAIRES

Les kystes glandulaires prennent naissance dans le tissu propre ou dans le stroma conjonctif des glandes. Les premiers proviennent d'un cul-de-sac ou de