

Les productions organisées plus complexes, os, dents, mèches de cheveux, cartilage, tissu nerveux, caractérisent la dernière de ces variétés.

Le contenu des kystes offre aussi de nombreuses différences; les poils qui s'y trouvent, ordinairement petits, ont présenté exceptionnellement une longueur d'un mètre; ils sont pigmentés, sans avoir toujours la couleur des poils du malade. Les parties centrales, constituées par de la graisse et des amas épidermiques, forment quelquefois des masses libres ressemblant à du mastic. Les ongles, que LEBERT a cru découvrir dans certains étuis cornés, ainsi que les plaques cartilagineuses s'y rencontrent très rarement. Dans les kystes ovariens on trouve parfois des corps osseux ayant la structure de l'os, dans lesquels sont implantées des dents bien développées; on observe d'ailleurs ces kystes dentigères dans d'autres régions. Toutes les espèces de dents peuvent y être représentées sans aucun ordre et à divers degrés de développement; leur nombre, très variable, s'élevait à trois cents dans un cas cité par PLOUQUET; les unes sont libres, d'autres adhérentes.

Étiologie. — On sait aujourd'hui qu'un certain nombre de kystes dermoïdes occupent une position fixe, et l'on peut, avec VERNEUIL, les considérer comme le résultat de l'inclusion embryonnaire d'un petit fragment de peau, au moment de la soudure des fentes branchiales. A la première fente qui correspond à l'orbite et qui sépare le bourgeon maxillaire du bourgeon frontal, appartient le kyste de la queue du sourcil; l'inclusion dans la deuxième fente produit les kystes dermoïdes du plancher de la bouche, adhérents à la symphyse; les kystes dermoïdes hyoïdiens préthyroïdiens correspondent à la troisième fente branchiale. Quand à ceux de la fontanelle antérieure, ils s'expliqueraient par une division anormale du bourgeon frontal médian.

L'étiologie des kystes dermoïdes ovariens, et surtout des kystes disséminés dans les viscères ou les membres, reste inconnue, à moins d'admettre une simple hétérotopie qui n'explique rien.

Les kystes dermoïdes ne présentent pas de symptômes spéciaux, si ce n'est leur origine, la lenteur avec laquelle ils se développent, la dépression molle qu'ils font éprouver aux doigts et qui rend quelquefois la fluctuation plus difficile à percevoir. Les principaux accidents qu'on y observe sont l'inflammation et la rupture; l'inflammation se rencontre dans les kystes de l'ovaire et se termine par résolution, assez souvent par suppuration et élimination du contenu, éventualité grave si la tumeur n'est pas isolée du péritoine par des adhérences. Ces tumeurs peuvent encore s'ouvrir dans la vessie (pilimiction), dans l'intestin. Quand ils suppurent au contact de l'air, les kystes dermoïdes donnent lieu à des fistules intarissables.

Le siège de la tumeur, sa consistance, l'époque de sa formation permettent fréquemment de faire le diagnostic des kystes dermoïdes superficiels; le problème est presque insoluble pour ceux qui sont profonds; la ponction rendra d'utiles services au clinicien.

L'indolence, la lente progression de la tumeur contre-indiquent toute opération qui ne peut être complète, car seule l'extirpation bien faite de la poche amène la guérison; la dissection exacte est toujours préférable aux caustiques.

CHAPITRE III

TUMEURS CONJONCTIVES

§ 1^{er}. — Lipome

Bibliographie. — HEYFELDER, *De Lipomate*, Stuttgart, 1842. — VERNEUIL, *Structure du lipome*, in *Bull. Soc. biologique*, 2^e série, 1854, t. I^{er}, p. II. — CRUVEILHIER, *Anat. pathol. génér.*, t. III, 1856. — LUCKE, in *Billroth et Pitha*, Bd. II, 1869. — DUBREUIL, *Gaz. des Hôp.*, 1873. — *Les Traités généraux des tumeurs.* — Art. LIPOME des *Dictionnaires*.

Thèses de Paris. — 1834, PAULTIER. — 1849, HÉBERT. — 1857, PERROTTE. — 1866, DARBEZ. — 1875, LÉCUYER.

Thèse de Montpellier. — 1870, PANSIER.

Le lipome (de λιπα, graisse) est une tumeur constituée par le développement anormal et circonscrit du tissu graisseux; il a été ainsi appelé par LITRE (1709); on lui donne encore les noms d'*adipome* (CRUVEILHIER), *stéatome*.

Anatomie pathologique. — Tout lipome comprend deux parties: 1^o des vésicules adipeuses plus grosses qu'à l'état normal (VERNEUIL), tantôt rondes, tantôt régulièrement polyédriques par pression réciproque. Chacune de ces vésicules a pour origine une cellule embryonnaire dont le noyau se trouve refoulé à la paroi par la graisse accumulée; 2^o un fin réseau de tissu conjonctif ou stroma qui sert de soutien aux vaisseaux, cloisonne la tumeur et la subdivise en un grand nombre de lobules. La coupe est jaune-grisâtre, et l'on y distingue nettement le stroma (fig. 4).

La grosseur des lipomes est infiniment variable, depuis celle d'un pois jusqu'aux dimensions les plus insolites (30 kilogr., RHODIUS). Si la plupart ont une forme arrondie et sont entourés par une véritable capsule qui les isole des tissus ambiants, on les voit parfois affecter une forme diffuse (cou). Il existe aussi des lipomes arborescents, vilieux, polypeux, en grappe. Ordinairement uniques, ils peuvent être multiples; BROCA en a signalé jusqu'à deux mille quatre-vingts sur le même sujet, et, dans ces derniers cas, ils affectent exceptionnellement une véritable symétrie.

Les lipomes prennent habituellement naissance dans le tissu sous-cutané, mais il en est de profonds, sous-aponévrotiques; on les rencontre également au sein des muscles dont ils écartent les fibres sans les atrophier (langue); déjà plus rares dans les glandes (sein) et dans les tissus sous-muqueux, ils deviennent exceptionnels aux extrémités (ROBERT, BROCA). Leurs lieux d'élection sont surtout les épaules, le tronc, les fesses, les bras, le cou.

Outre ces variétés de siège et de forme, ces tumeurs se présentent encore avec une consistance et des caractères un peu différents, liés à des modifica-

tions du stroma de la glande. Lorsque la trame devient fibreuse, le lipome est dit fibreux; du tissu muqueux s'interpose-t-il entre les lobules, on a la variété du *myxome lipomateux*; enfin le développement anormal des vaisseaux du stroma produit le *lipome érectile* ou *télangiectasique*. L'organe où apparaît le néoplasme peut également influencer sa structure, et l'on a vu des lipomes osseux dans lesquels les trabécules osseuses remplaçaient le stroma (*lipome osseux*).

Remarquables par la lenteur de leur évolution, les lipomes subissent parfois un certain nombre de transformations : 1° la fonte graisseuse ou régression, par le fait de l'éclatement des vésicules dont le contenu infiltre la tumeur et la ramollit; 2° l'infiltration calcaire qui débute le plus souvent par la portion centrale; 3° l'inflammation et l'ulcération spéciales aux gros lipomes; il en résulte une plaie formée par prolifération des noyaux des cellules adipeuses elles-mêmes; 4° la nécrose des lipomes polypeux des cavités séreuses qui se trans-

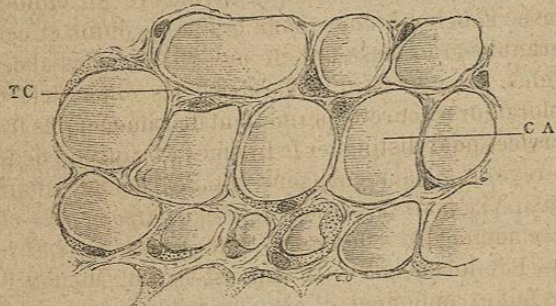


Fig. 4. — Coupe d'un lipome.
CA, cellules adipeuses. — TC, tissu conjonctif servant de stroma.

forment une fois flottants en de véritables kystes à cholestérine et à acide gras; 5° le déplacement des lipomes dans les régions à tissu sous-cutané lâche, sous l'influence de la pesanteur, a été remarqué (abdomen.) Les lipomes sous-muqueux peuvent également faire hernie dans les cavités voisines (pharynx, rectum).

Étiologie. — Les lipomes sont trois fois plus fréquents chez la femme que chez l'homme (BRYANT). Les lipomes congénitaux ont été observés, mais la plupart se rencontrent chez les adultes. Actuellement, les causes de leur production sont complètement inconnues; on sait seulement qu'ils sont indépendants de l'état d'embonpoint du sujet, des causes mécaniques irritantes et de l'hérédité. Quant à la diathèse lipomateuse, par laquelle certains prétendent expliquer la multiplicité de ces tumeurs dans quelques cas, elle n'est qu'une vue de l'esprit.

Symptômes. Marche. — Le lipome ordinaire forme une tumeur saillante, régulière, indolente au toucher, légèrement mobile, mollesse, lobulée comme une glande en grappe, à base aplatie; la mobilité et la dépressibilité permettent de sentir une fausse fluctuation parfois bien trompeuse et une sorte de cre-

pitiation. Ces tumeurs gênent peu les mouvements, à moins qu'elles ne soient volumineuses; car alors la bénignité de tous ces symptômes disparaît et on peut voir le lipome, en raison de son siège et des compressions qu'il exerce, devenir douloureux et produire des paralysies. L'application de glace ou d'éther durcit la tumeur. Les lipomes se développent très lentement, leur évolution devient plus irrégulière quand ils croissent rapidement. Arrivés à leur période d'état, ils restent stationnaires, ce qui arrive fréquemment pour les lipomes moyens, ou bien ils peuvent s'enflammer, et même se gangrener. Le volume énorme de ces tumeurs y contribue autant que les moindres traumatismes.

Diagnostic. — Le lipome est d'un diagnostic facile quand il est simple, sous-cutané, très difficile lorsqu'il siège dans les régions profondes, ou qu'il a subi quelque dégénérescence. L'indolence, la mollesse, la sensation lobulée, la fausse fluctuation, la croissance lente d'une tumeur, l'absence de ganglions sont des signes assez caractéristiques. Les lipomes durs ont été confondus avec des fibromes; les crétifications du lipome calcaire lui donnent une certaine ressemblance avec l'enchondrome; enfin le lipome diffus et ceux qui ont subi la régression granulo-graisseuse ont été ouverts pour des abcès, ou pris pour des encéphaloïdes. La ponction exploratrice les différencie des tumeurs liquides; les explorateurs à curette permettent de ramener des fragments et rendent d'utiles services pour distinguer le lipome de beaucoup de tumeurs solides. Dans certaines régions le pannicule sous-cutané œdématié donne la sensation du lipome. Ainsi, VERNEUIL a signalé le *pseudo-lipome sus-claviculaire* que POTAIN considère comme un œdème du tissu graisseux chez les arthritiques.

Pronostic. — Par lui-même le lipome est bénin, MICHON l'a vu récidiver, mais c'est là un fait exceptionnel; il est admissible qu'on avait fait une opération incomplète. La gêne provoquée par ces tumeurs lorsqu'elles sont volumineuses entraîne à des opérations parfois sérieuses, susceptibles même de mettre en danger l'existence des malades.

Traitement. — Il est indiqué d'enlever les lipomes quand ils compriment des organes importants ou causent une gêne fonctionnelle. Ordinairement on respecte les très petits lipomes inoffensifs et les très gros lipomes parce qu'ils nécessitent des opérations trop considérables. Le fractionnement de la tumeur est peu usité; l'extirpation successive est la règle pour les lipomes multiples, en ayant soin de commencer par les plus gros.

1° *Ablation au bistouri.* — Cette méthode, généralement employée, se pratique au moyen d'une incision cutanée simple, ou bien modifiée suivant les besoins et le volume de la tumeur à enlever (Incision en T, en +, courbe, elliptique avec résection d'un lambeau de peau). La dissection des tumeurs capsulées ne présente pas de difficultés, car il s'agit habituellement d'une énucléation; mais il arrive parfois qu'il est malaisé de poursuivre les prolongements intermusculaires. L'énucléation se fait à l'aide des doigts, d'une spatule ou d'un bistouri.

La transfixion préalable préconisée par DUPUYTREN, ROUX, JOBERT, est applicable aux tumeurs de moyen volume; le lipome embroché à sa base à travers la peau est fendu en deux, et l'on arrache, en s'aidant du bistouri, les moitiés

divisées. Tous les pansements conviennent aux plaies qui en résultent; la méthode antiseptique permet d'obtenir la réunion immédiate.

2° Les *caustiques* employés pour détruire la tumeur sont peu avantageux; mais on y a eu recours pour inciser la peau, comme premier temps de l'extirpation (SÉDILLOT, DUBREUIL), et surtout pour éviter l'érysipèle.

A côté de ces modes de traitement, signalons encore quelques autres méthodes d'un emploi restreint, comme la ligature, l'écrasement; elles conviennent aux lipomes isolés et pédiculés; l'anse galvanique et le thermo-cautère qui font fondre la tumeur et même l'enflamment ne présentent aucune utilité.

Il faut mentionner pour mémoire les injections d'éther, de solutions alcalines, d'alcool (HASSE, SCHWALSCHÉ) et les sections sous-cutanées suivies du broiement (BONNET, de Lyon), méthodes de traitement plus longues, plus douloureuses et bien plus incertaines que l'extirpation.

§ 2. — Fibrome ou Inome

Bibliographie. — CRUVEILHIER, *Corps fibreux de la mamelle*, in *Bull. de l'Académie de médecine*, 1844, t. IX, p. 330. — VERNEUIL, *Mémoires de la Soc. de biologie*, 1855, 2^e série, t. II. — DUPUYTREN, *Leçons orales*, t. IV, 1839. — BERRUÉ, Th. de Paris, 1875. — *Traité généraux*.

Définition. — Les fibromes sont des tumeurs formées par du tissu fibreux, c'est-à-dire des faisceaux de tissu conjonctif fortement serrés ou enchevêtrés, entre lesquels il existe des cellules connectives, aplaties, ramifiées et anastomosées les unes avec les autres.

Dans l'état actuel de la science, cette définition empruntée à CORNIL et RANVIER répond à un groupe bien distinct de tumeurs bénignes. Un grand nombre de néoplasmes présentent un stroma fibreux très développé et ont pendant longtemps été compris dans les tumeurs fibreuses; mais ils doivent leurs principaux caractères et leur malignité au contenu enchassé dans la gangue fibreuse et non au tissu lui-même. Voilà pourquoi, tout en acceptant les dénominations de fibrome (VERNEUIL) ou inome (PAGET), nous ne ferons pas rentrer dans ce chapitre les tumeurs fibro-plastiques. Encore moins devons-nous étudier ici les corps fibreux utérins qu'on sait aujourd'hui appartenir au groupe des myxomes, et l'éléphantiasis que VIRCHOW appelle un fibrome diffus.

Anatomie pathologique. — Les histologistes décrivent deux espèces de fibromes purs: 1° les fibromes lamelleux ou cornéens de RINDFLEISCH, sans intérêt clinique; ce sont des plaques fibreuses souvent calcaires trouvées aux autopsies, à la surface des séreuses du foie, de la rate, du cœur.

2° Les fibromes fasciculés, tumeurs dures, résistantes, criant sous le scalpel, ne donnant pas de suc au raclage; leur coupe nacréée, blanche ou grisâtre, offre quelquefois une coloration rosée quand la tumeur est un peu vasculaire, ce qui arrive rarement. Cette coupe a d'ailleurs un aspect particulier; on y distingue de gros faisceaux de fibres longitudinales ou transversales séparées par du tissu connectif et des vaisseaux; le centre de chaque vaisseau fait saillie.

Au microscope on retrouve ces mêmes fibres entrelacées, séparées par des cellules conjonctives; il n'existe pas de fibres élastiques, l'addition d'acide acétique fait disparaître les fibres et apparaît les cellules (fig. 5).

Les vaisseaux arrivent à la tumeur par un point central, le pédicule; quand le fibrome a la forme d'un polype ils se subdivisent, sans conserver leur structure ainsi que MURON l'a démontré (*Comptes rendus de la Soc. de biologie*, 1869-70), et s'ouvrent dans des canaux tapissés par une seule rangée de cellules sans tunique propre; de là à la production des fibromes caverneux sujets aux hémorragies il n'y a qu'un pas.

Transformations et variétés. — Le fibrome pur n'est pas rare, mais ce genre de tumeurs ne reste pas indéfiniment stationnaire et présente quelques modifications de structure. Lorsqu'il existe de l'œdème entre les faisceaux constituant à la suite de la gêne circulatoire, le fibrome s'amollit, prend le nom de

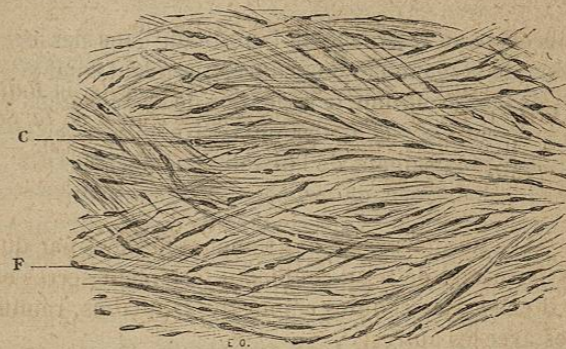


Fig. 5. — Fibrome pur.

molluscum pendulum, affection congénitale de la peau; lorsque les faisceaux et les cellules subissent la transformation muqueuse, ils donnent naissance au fibrome muqueux; la dégénérescence grasseuse s'y rencontre quelquefois; de toutes, la plus fréquente est assurément l'incrustation calcaire ou pétrification. Quant à l'ossification admise par plusieurs auteurs, elle rentre dans la transformation précédente, ou bien la tumeur est une variété d'ostéome.

Symptômes. Marche. Terminaison. — Au point de vue clinique, les fibromes sont des tumeurs dures ou molles, congénitales ou acquises, peu mobiles, présentant souvent un pédicule qui les rattache à quelque organe aux dépens duquel ils ont pris naissance. La plupart sont petits, arrondis ou ovoïdes, parfois bosselés; la variété appelée molluscum, qu'on observe à la peau, peut acquérir de grandes proportions et atteindre un volume assez considérable pour peser 20, 30 et même 50 livres, ainsi que VALTER en a publié un exemple. Dans ces cas la tumeur perd son caractère typique, devient moins dure; il n'est pas rare de percevoir dans certaines parties, comme dans les petits fibromes, des points plus durs donnant au palper une sensation analogue à celle de l'enchondrome; elle est due à l'incrustation calcaire.