

solutions salines ou légèrement caustiques, mais on donne en général la préférence à la teinture d'iode. Nous nous servons toujours de la *teinture d'iode iodurée* dans la proportion d'un gramme d'iodure de potassium pour 30 grammes de teinture d'iode. Cette teinture composée peut être mêlée à l'eau dans des proportions variables sans que par ce mélange l'iode se précipite. Au contraire, quand on mêle à de l'eau pure de la teinture alcoolique d'iode, une partie de ce métalloïde se sépare du liquide; si l'on pratique alors l'injection dans un kyste séreux, l'iode peut assez fortement cautériser la paroi interne de la poche morbide : de là de vives douleurs qu'on voit moins souvent se produire avec l'injection de la teinture d'iode iodurée.

La ponction du kyste séreux faite et le liquide évacué, on injecte dans sa cavité une quantité variable de teinture d'iode iodurée mélangée à moitié d'eau. On retient ce liquide en place pendant dix minutes, et au bout de ce temps on le laisse couler au dehors, en ayant soin qu'il n'en reste que fort peu dans la poche. Toutes les précautions seront prises pendant l'injection et la sortie du liquide pour qu'il ne s'en écoule aucune quantité entre le kyste et les téguments. Un semblable accident pourrait faire naître une inflammation suppurative qui nuirait fort au succès qu'on attend.

En général, après cette injection irritante, il s'accumule de nouveau du liquide dans la cavité morbide; mais ce liquide, au bout d'un certain temps, se résorbe peu à peu, et le malade est tout à fait guéri. C'est dans l'histoire de l'hydrocèle qu'on peut bien étudier la physiologie pathologique de ce phénomène.

Il faut rapprocher de la méthode par injection ce qui a été conseillé par Faure (de Roanne) (1), c'est-à-dire l'injection dans le kyste d'une ou plusieurs gouttes d'huile de *croton tiglium*; mais c'est une véritable cautérisation, car une inflammation éliminatrice se manifeste et est toujours suivie de l'oblitération de la cavité morbide.

D. Mais certains kystes à parois épaisses, ou qui contiennent des caillots sanguins, résistent complètement aux médications précédentes; il faut alors avoir recours à l'extirpation du kyste. Cette extirpation peut être complète ou partielle.

L'extirpation complète du kyste, quand elle peut être pratiquée, amène une guérison radicale. Elle doit être tentée chaque fois que le kyste ne repose point sur des parties dangereuses à blesser. Alors on conserve la peau ou l'on en excise une partie. Si la tumeur est peu volumineuse, si la peau est peu distendue et peu amincie, une incision simple, droite ou curviligne, permet de mettre à nu le kyste et de le contourner avec le bistouri; dans des conditions inverses, il importe quelquefois d'exciser un lambeau elliptique de la peau. L'énucléation des kystes avec ou sans excision des téguments peut se faire avec la pointe du bistouri ou quelquefois avec l'extrémité mousse d'une spatule.

(1) *Archives*, 1851, t. XXV, p. 251.

Quelques chirurgiens recommandent d'éviter, pendant cette extirpation, l'ouverture du kyste; d'autres établissent une règle contraire : nous nous rangeons du côté des premiers. En effet, dès que la matière contenue dans les kystes s'est écoulée, celui-ci s'affaisse; il faut aller chercher à plusieurs reprises les parois membraneuses qui s'échappent, et l'opération se prolonge indéfiniment. Quand le kyste est plein, au contraire, et si l'on a eu soin de prolonger l'incision au delà de son grand diamètre, on saisit facilement la masse qui reste tendue et aide la manœuvre du bistouri.

L'extirpation pratiquée, on réunira la plaie par première intention; mais si quelques circonstances opératoires rendent très-probable la suppuration, on placera entre les lèvres de cette plaie quelques bourdonnets de charpie; on favorisera ainsi la production des bourgeons charnus et une réunion par seconde intention.

Quand le fond des kystes repose sur certaines parties qu'il serait dangereux d'attaquer, on peut avoir recours à une extirpation incomplète, telle que Percy l'a conseillée le premier et telle que la vantait Chopart (1). On met à nu par une incision la paroi superficielle du kyste; on l'ouvre pour en faire sortir le contenu et l'on en excise deux lambeaux. Si la peau est trop altérée, elle doit être comprise dans cette excision. Cela fait, on remplit de charpie sèche la cavité du kyste qui, excitée de la sorte, se couvre de bourgeons charnus et s'oblitére du fond à la surface. Cette méthode est applicable à un grand nombre de cas, et chaque fois qu'on craindra de blesser des organes profondément situés, on devra la mettre en usage.

2° Kystes glandulaires.

Notre seconde catégorie de kystes simples comprend les kystes glandulaires, poches développées aux dépens des conduits excréteurs ou des lobules d'une glande. On ne peut faire de ces tumeurs une étude complète que dans la chirurgie des régions; aussi nous bornerons-nous maintenant à quelques remarques générales très-courtes.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Presque tous les organes glandulaires peuvent être le siège de ces kystes. On les voit dans les glandes munies d'un conduit excréteur (glandes de la peau et des muqueuses), aussi bien que dans celles qui en sont dépourvues (thyroïde, ovaire).

Quelquefois le kyste se forme aux dépens du canal excréteur même, dont l'orifice a été fermé, soit par une compression extérieure, soit par un bouchon épidermique au centre. Cette dernière condition existe assez souvent pour certains kystes cutanés. Des dilatations kystiques peuvent parfois aussi se former sur les côtés du canal excréteur.

C'est plus souvent dans les glandes mêmes que les kystes s'établissent.

(1) *Dictionnaire* en 60 volumes, art. Kyste, t. XXVI, p. 45.

Un petit lobule glandulaire se remplit de liquide sécrété, se dilate et finit par ne plus communiquer avec le système des canaux excréteurs. Dans les glandes closes, la formation kystique a lieu par le développement des cellules primitives, comme dans l'ovaire par l'hypertrophie des vésicules de de Graaf. Les organes dont les fonctions sont terminées, comme l'ovaire à l'âge où cesse la fonction menstruelle, ont une assez grande tendance aux formations kystiques dans leur intérieur.



Fig. 21. — Kystes multiples de l'ovaire sur la surface desquels se répandent des ramifications vasculaires.

La cavité des kystes glandulaires est formée aux dépens des éléments propres de la glande. On y trouve donc une paroi fibreuse doublée d'une muqueuse. La surface interne et tomenteuse de ces kystes est tapissée d'un épithélium (fig. 22). Ces kystes glandulaires sont assez souvent divisés par des cloisons qui représentent l'origine primitive des lobules dukyste.



Fig. 22. — Structure de la paroi d'un kyste glandulaire. Couche épithéliale et couche fibreuse.

Les matières contenues dans ces kystes varient beaucoup. Tantôt on y trouve le liquide excrété avec ses caractères propres, tantôt les matières contenues ont changé d'aspect. Ainsi, dans certains kystes mammaires, on trouve, au lieu de lait, des masses jaunâtres, endurcies, butyreuses; mais la nature des produits renfermés dans ces tumeurs peut toujours indiquer leur origine. L'accumulation continue des matériaux sécrétés parvient à donner souvent à ces kystes un volume considérable.

Certains kystes glandulaires ne sont pas tellement oblitérés qu'une pression sur leur contenu ne le fasse en partie sortir par un orifice étroit. C'est là un signe de grande valeur. D'autres kystes, comme ceux des follicules du col utérin, arrivés à une certaine période de leur évolution, se rompent et vident leur liquide pour se remplir de nouveau. Parmi les autres modifications que subissent ces kystes, il en est une, l'inflammation, qui change tout à fait leur caractère. Ainsi les kystes de la glande vulvo-vaginale, froissés dans le coït, s'échauffent et se transforment en de véritables abcès qui font oublier leur origine kystique.

Les symptômes généraux des kystes séreux sont en partie applicables aux kystes glandulaires; mais le diagnostic de ces derniers emprunte beaucoup aux indications puisées dans la région malade, et ce que nous pourrions en dire ici serait sans utilité.

TRAITEMENT. — La ponction, l'incision, l'injection, l'extirpation, conviennent également aux kystes glandulaires, suivant la nature plus ou moins liquide de leur contenu, et suivant d'autres indications plus spéciales à chaque kyste.

3° Kystes vasculaires.

Il existe un certain nombre de kystes qui semblent devoir leur origine à quelque transformation des tumeurs vasculaires, nævi ou taches variqueuses. Ces kystes n'ont encore été étudiés que d'une façon incomplète, car il est rare d'avoir l'occasion de les examiner anatomiquement. Toutefois nous leur consacrerons quelques lignes, dans le but d'appeler sur ce point de la science l'attention des anatomo-pathologistes et des chirurgiens.

On trouve dans divers recueils anglais des renseignements sur ces kystes vasculaires, et l'on peut consulter, à cet égard, des travaux de Hawkins (1), Holmes Coote (2), Bickersteth (3), etc.

Hey avait déjà signalé ces kystes vasculaires, et Cruveilhier ne met point en doute l'existence de kystes dus au développement de vaisseaux sanguins, et en particulier de varices ampullaires. Mais ce sont surtout les recherches de H. Coote et de Bickersteth qui ont jeté quelque jour sur ce sujet.

Il est possible de distinguer deux sortes de kystes vasculaires : les uns se reconnaissent à leur communication avec des artères ou des veines; les autres prennent naissance au milieu d'un nævus ou lui succèdent.

C. Hawkins cite dans une de ses leçons cliniques un fait, observé par Dalrymple, de kyste du cœur qui communiquait avec les vaisseaux artériels de l'isthme de la thyroïde. Le kyste fut ouvert, une hémorrhagie survint, et le malade succomba à la perte répétée de sang.

Quelquefois c'est avec une veine que la communication s'établit. Ainsi H. Coote trouva une veine, aussi large que la veine radiale, s'ouvrant dans la cavité d'un kyste, fragment d'une masse enlevée par Lawrence sur le tronc d'un enfant. Cette masse kystique existait depuis la naissance; quelques-unes des poches contenaient un fluide séreux, d'autres un liquide plus sanguin.

Dans une autre tumeur, enlevée de l'aîne d'un garçon, un kyste parut communiquer avec la veine fémorale, ou avec la saphène, à sa jonction avec la fémorale.

D'autres fois c'est au sein d'un nævus que le kyste prend naissance, ou bien il se développe dans un point qui a été primitivement le siège d'une

(1) *Medico-Chirurg. Transact.*, t. XXII, p. 231. — *London Medical Gazette*, 1828, p. 842. — *Idem*, 1846, t. XXVII, p. 1021.

(2) *Medical Gazette*, 1852, t. X, p. 412.

(3) *Monthly Journal*, juin 1853, p. 513.

petite tumeur érectile, et c'est là surtout ce que Bickersteth a décrit. Alors on trouve des kystes qui contiennent, soit du sang à l'état fluide, soit un sérum plus ou moins coloré.

Comment peut-on interpréter la formation de ces kystes vasculaires? Se forment-ils dans les tumeurs érectiles comme dans d'autres tissus, et s'ouvrent-ils alors par compression dans les veines et leurs dilatations variqueuses? ou bien faut-il admettre, avec H. Coote, que certaines dilatations des vaisseaux sont graduellement séparées du courant sanguin, de façon à former des sacs clos? L'anatomie pathologique n'a pas encore donné réponse à ces questions, et ce sont là des vues hypothétiques qui appellent de nouvelles recherches.

La *symptomatologie* et le *diagnostic* de ces kystes sont fort obscurs, et nous pensons qu'il est seulement possible de soupçonner l'existence de cette espèce de tumeur. Le chirurgien devra tenir compte alors, dans son appréciation clinique, du siège du kyste sur le trajet d'un gros tronc veineux, de la présence de vaisseaux artériels et veineux en plus grand nombre autour de la tumeur, de l'existence antérieure d'un nævus sur le même point, enfin des mouvements d'expansion et de retrait qui seraient en rapport avec la circulation artérielle ou veineuse.

Les remarques qui précèdent doivent faire comprendre que le *pronostic* et le *traitement* ne peuvent être les mêmes ici que dans les autres kystes. La chirurgie opératoire n'a encore formulé sur ce point aucune règle; toutefois, lorsqu'un kyste se trouvera dans une des conditions énoncées plus haut, il ne faudra essayer aucun des procédés qui mettraient brusquement à nu sa cavité, et, si l'on veut en tenter l'ablation, on devra prendre les précautions nécessaires pour éviter une hémorrhagie mortelle, comme dans le fait déjà cité de Dalrymple. C'est alors le cas de porter une ligature préventive sur la base du kyste, et d'enlever seulement ce qui se trouve en avant de la ligature.

B. — KYSTES COMPOSÉS.

Les kystes que nous venons d'étudier ne contiennent que des produits de sécrétion ou d'excrétion; il nous reste à parler maintenant de kystes plus compliqués et dont l'étude générale manque dans la plupart des traités de pathologie. Ce sont des kystes qui renferment à leur intérieur : 1° d'autres kystes; 2° de simples productions végétantes de leur surface interne; 3° une organisation dermoïde ou autre de leurs parois, ou 4° des vers vésiculaires.

1° Kystes autogènes.

On rencontre parfois une variété de cystomes multiloculaires qu'on peut désigner sous le nom de *kystes autogènes*, et dont la disposition est des plus curieuses : ce sont des kystes qui prennent naissance à l'intérieur

d'autres kystes. Tantôt ces kystes secondaires reproduisent assez bien les formes sphéroïdales des kystes primitifs; tantôt ils sont allongés et pédiculés.

Par leur accroissement successif, ils finissent par remplir la cavité de la poche mère. Une telle disposition s'observe dans l'ovaire, où elle a été bien décrite par Paget (1), dans la dégénérescence hydatique du placenta (2) et dans d'autres organes encore. Il n'est pas rare d'observer dans les kystes secondaires des kystes de troisième ordre; on voit aussi, mais moins souvent, des kystes naissant de la paroi mère venir faire saillie au dehors (*kystes exogènes*).

2° Kystes proligères.

La surface interne de certains kystes, surtout des kystes glandulaires, est quelquefois le siège d'un travail d'organisation qui a fait donner à ces tumeurs le nom de *kystes proligères*. On voit dans quelques cas de petites productions purement épithéliales qui n'atteignent en général qu'un médiocre volume; mais plus souvent, la production qui fait saillie dans le kyste est d'une organisation plus élevée, c'est un tissu qui reproduit celui de la glande au milieu de laquelle existait le kyste glandulaire primitif. D'autres fois c'est un tissu fibroïde dans lequel on ne rencontre point d'éléments glandulaires. La mamelle et la thyroïde sont le siège de prédilection de ces kystes, mais on en voit aussi dans la prostate, les lèvres, la joue, etc. La production organisée fait saillie dans le kyste distendu par le liquide, puis elle refoule ce liquide qui se résorbe peu à peu. La tumeur solide peut se mettre en contact avec la surface séreuse du kyste, y adhérer et oblitérer complètement la cavité; on a même vu de semblables productions perforer l'enveloppe fibreuse du kyste et venir se faire jour au dehors. Aucun symptôme ne traduit fidèlement la présence de cette variété de kystes, désignée par quelques auteurs sous le nom de *cysto-sarcoma*. On pourrait peut-être les soupçonner quand, dans une glande, on voit une tumeur solide succéder peu à peu à une tumeur manifestement liquide; d'ailleurs leur augmentation se fait lentement et sans douleur. En général, ces kystes ont la réputation de tumeurs bénignes; mais on en a vu quelques-uns marqués par une grande tendance à la récurrence. De ces derniers aux kystes vraiment cancéreux, il n'y a qu'un pas. Il peut se former des cancers dans des kystes de nature bénigne, comme il peut y avoir des formations cystiques dans des cancers: le cysto-carcinome sera l'objet d'études ultérieures.

L'extirpation est le seul traitement applicable aux kystes proligères.

(1) *Lectures on Tumours*, p. 58.

(2) *Müller's Archiv*, 1850, p. 417.

3° Kystes dermoïdes.

Il faut donner quelques développements à l'étude d'une variété de kystes composés que l'on désigne maintenant sous le nom de *kystes dermoïdes*. Ce sont des poches qui présentent à leur surface interne une organisation qui se rapproche beaucoup de celle de la peau, et dans lesquelles on trouve de l'épiderme, du derme, des glandes sébacées et sudoripares, des poils implantés, une graisse abondante, et, en outre, dans quelques cas, des os et des dents. Les kystes dermoïdes sont décrits dans les divers recueils sous les noms de *kystes pileux*, *kystes graisseux*, etc. D'après la nature de leur contenu, et en conséquence de leur organisation cutanée, Lebert les désigne sous le nom de *kystes dermoïdes*.

HISTORIQUE. — Les exemples de kystes dermoïdes sont très-nombreux dans la science, mais ils ne peuvent être tous mentionnés dans un article général sur ce sujet. Nous nous bornerons à indiquer ici quelques travaux qui donneront une bonne idée de cette question.

MECKEL, *Ueber regelwidrige Haar-und Zahnbildungen* [Sur les formations anormales de cheveux et de dents] (*Meckel's Archiv*, 1815, t. I, p. 519). — LAWRENCE, *Encysted Tumours of the Eyelids* [Sur les tumeurs enkystées des paupières] (*London Medical Gazette*, 1838, t. XXI, p. 474). — LEBERT, *Des kystes dermoïdes, et de l'hétéropie plastique en général* (*Mémoires de la Société de biologie*, 1^{re} série, 1852, t. IV). Ce dernier et important travail renferme un très-grand nombre d'indications bibliographiques, et suffit à mettre tout de suite au courant d'une masse de faits disséminés dans la science. On consultera aussi sur ce sujet un travail de Verneuil : *De l'inclusion scrotale et testiculaire* (*Archives de médecine*, 1855); une thèse récente : *Des kystes pileux de l'ovaire* par DEROCQUE (mai 1858), et les principaux traités d'anatomie pathologique, tels que ceux de CRUVEILHIER, LEBERT, etc., le livre de PAGET, *On Tumours*, etc., etc.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Ces kystes dermoïdes ont été trouvés dans les diverses régions du corps, mais on les rencontre de préférence dans l'ovaire ou à son voisinage. On les voit aussi dans divers points du tissu cellulaire sous-cutané. Les ophthalmologistes les ont depuis longtemps signalés au voisinage de l'orbite, aux sourcils, dans les paupières. On les a vus encore à la racine du nez, à la jambe (Venot), près du pubis, entre le cartilage thyroïde et la fourchette du sternum (Giraldès), dans le cuir chevelu. Chez les animaux, leur siège de prédilection paraît être le tissu cellulaire intermusculaire de l'encolure, et celui des rayons supérieurs des membres antérieurs, surtout en dessous de l'épaule. Dans d'autres parties on voit rarement ces kystes dermoïdes; cependant Menghini, Morgagni, Paget et Lebert en ont trouvé dans les méninges; Kölliker (1) en a décrit un exemple dans le poumon; d'autres en ont signalé près du foie, dans l'estomac, dans l'épiploon, dans le mésentère; enfin, certains

(1) *Mikr. Anat.*, t. II, p. 172.

kystes pili-osseux du scrotum paraissent devoir être rangés dans cette catégorie de kystes dermoïdes. Puisqu'on les trouve dans des régions très-variées, il est nécessaire de leur consacrer un article général; et ce qu'ils présentent de particulier dans les ovaires sera l'objet de remarques ultérieures.

Nous avons dit que ces kystes se rapprochaient de la peau par leur structure. Kohlrausch (1) démontra ce fait le premier, et les observations recueillies depuis lors, et rassemblées par Lebert, confirment cette opinion.

Les enveloppes des kystes dermoïdes les plus simples, de ceux qui contiennent une matière grasse et des poils, renferment en effet les éléments de la peau. A la face interne de la poche, on découvre des lamelles épidermiques très-distinctes, dont les plus centrales sont aplaties et déjà vieilles, et dont les plus extérieures ont tous les caractères des jeunes cellules d'épithélium. Cet épiderme repose sur une trame fibro-aréolaire comparable au derme, et comme lui pourvue de vaisseaux. De cette surface interne du kyste, on voit naître des poils plus ou moins longs, de couleur variable, souvent différente de la couleur des poils de l'individu qui porte le kyste. Ces poils sont pourvus de bulbes entourés d'une gaine bien distincte. Deux glandes sébacées les accompagnent généralement (fig. 23); mais on trouve encore çà et là des poils sans glandes et des glandes sans poils. Lebert a pu suivre distinctement les contours lobulés de ces glandes et leur canal excréteur. Sur un kyste dermoïde que nous avons extrait de la région sourcilière, les glandes étaient plus volumineuses et plus distinctes que dans la peau normale. Dans un kyste dermoïde du poumon, Kölliker a vu aussi des glandes sudoripares et des papilles.

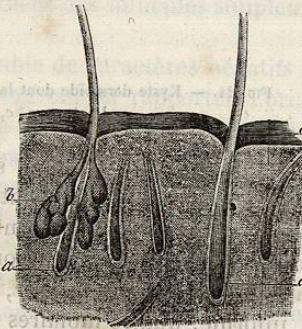


FIG. 23. — Structure de la paroi d'un kyste dermoïde du sourcil. *a, b*, bulbes pileux; *b*, glandes sébacées; *c*, surface interne ou épidermique du kyste.

Le contenu de ces kystes varie beaucoup, et à cause de cela certains auteurs éprouvent quelque répugnance à classer dans une même catégorie les kystes pileux et les kystes osseux et dentifères. Cependant une analyse attentive de tous les cas montre une transition graduelle entre ces diverses espèces de kystes. Quoi qu'il en soit, on rencontre le plus souvent dans les kystes dermoïdes une matière grasse, jaunâtre, de la consistance du suif, composée de granules ou de petites vésicules. Cette matière est de tous points identique avec celle que contiennent les glandes sébacées des poils. De nombreuses cellules épidermiques et des poils déhiscents s'y mêlent. Le

(1) *Müller's Archiv*, 1843, p. 365.