

de lames de carton mouillé placées sur les côtés de la tête et du cou (*Presse médicale*, t. I, p. 139, année 1834), ou de lames de gutta-percha, qui se moulent sur les parties avec une grande exactitude.

Appréciation. Les masses ganglionnaires qui envahissent si souvent le cou, l'aisselle et, plus rarement, l'aîne, en respectant les autres régions, peuvent être envahies à leur tour, comme les autres tissus normaux ou hypertrophiés de l'économie par le cancer. La plupart du temps, ces tumeurs restent bénignes; mais dans d'autres cas on les voit dégénérer. M. Sédillot a montré à la Société de médecine de Strasbourg une énorme masse de ganglions (153) enlevée à la région cervicale et pesant 645 grammes. M. le professeur Morel n'y avait trouvé que des éléments normaux hypertrophiés, mais plus tard et après la guérison, un ganglion parotidien, devenu volumineux et excisé, semblait envahi par du tissu encéphaloïde, et d'autres ganglions se reproduisirent. Ce n'est pas qu'après une extirpation aussi radicale que possible la récurrence ne puisse avoir lieu sans que les tumeurs nouvelles soient cancéreuses. On peut même dire que ce fait est commun, soit qu'un ganglion malade, ayant échappé par son petit volume à l'opérateur, continue de s'accroître, soit que de nouveaux ganglions s'hypertrophient, les conditions de santé ou d'hygiène des sujets restant les mêmes.

Après la section du sterno-mastoïdien, la tête se dévie et s'incline, comme dans le torticolis, d'une manière très-difforme et très-génante. On peut, dans ce cas, diviser avec le ténotome le sterno-mastoïdien du côté opposé.

Le moyen d'éviter les accidents et de hâter la cicatrisation de ces vastes plaies est de les laisser béantes et de ne pas en tenter la réunion immédiate, laquelle n'est applicable qu'à des plaies très-petites, si les surfaces peuvent être mises en contact permanent par une compression soutenue.

Tumeurs lymphatiques. Observées au pli de l'aîne, les tumeurs constituées par la dilatation des vaisseaux lymphatiques se rencontrent surtout dans les colonies et les pays chauds. Elles sont quelquefois le siège de fistules, par lesquelles elles s'évacuent. Leur diagnostic est délicat; elles ont été confondues avec le lipôme et la hernie. La médecine opératoire semble désarmée en présence de ces tumeurs, auxquelles un traitement palliatif, la compression par un bandage élastique, paraît jusqu'à présent seul applicable.

Kystes. On donne le nom de *kyste* à toute tumeur formée par une enveloppe propre renfermant une matière liquide ou solide. Ils sont congénitaux ou acquis, simples ou composés, superficiels

ou profonds, adhérents ou libres, pédiculés ou non, susceptibles, en un mot, d'offrir les divers caractères des tumeurs en général, dont ils constituent une des nombreuses variétés.

Hunter avait divisé les kystes en *naturels* et *accidentels*: M. Cruveilhier substitua à cette division, celle des kystes *préexistants* et des kystes *non préexistants*. M. Broca, revenant sur ce sujet, a nommé kystes *progènes* les kystes dont les éléments essentiels existent avant la circonstance qui donne lieu à la formation de la tumeur, et kystes *néogènes* ceux qui sont formés de toutes pièces (*Traité des tumeurs*, t. II. Paris 1869). La formation des uns et des autres étant soumise à des mécanismes différents, et encore à l'étude, nous diviserons les kystes en trois classes, suivant qu'ils préexistent à la matière contenue, suivant que la matière contenue préexiste au kyste, enfin selon que la préexistence du kyste ou de la matière contenue reste incertaine.

I. La première classe comprend :

a. Les kystes *sébacés*, résultant de l'accumulation, dans l'intérieur d'un follicule tégumentaire oblitéré, du produit de la sécrétion de ce follicule.

b. Les kystes *séro-muqueux*. Nous nommons ainsi les kystes formés par une accumulation de liquide dans les bourses muqueuses et désignés sous le nom de *ganglion* et d'*hygroma*, selon qu'ils se forment aux dépens des gaines synoviales des tendons ou des bourses sous-cutanées. (Sus-rotulien; olécrânien; sous-deltoidien, etc.)

c. Les kystes *séro-splanchniques*, tels que ceux d'un ancien sac herniaire renfermant une quantité plus ou moins considérable de liquide. On peut rattacher à cette variété les hydropisies de l'arrière-cavité des épiploons, ainsi que les épanchements partiels de la poitrine et de l'abdomen.

d. Les kystes *séro-celluleux*, formés dans les mailles du tissu cellulaire.

e. Les kystes *ganglionnaires*, produits dans l'intérieur d'un ganglion lymphatique.

f. Les kystes *osseux*. Les uns dépendent de l'augmentation de quelques cellules d'un os normal (exemple: l'écartement du tissu osseux de la mâchoire par un corps fibreux); les autres sont formés de toutes pièces, et dus généralement à une transformation de kystes fibro-cartilagineux.

g. Les kystes *glandulaires*. Les kystes de l'épididyme, ovariens, thyroïdiens, etc.

II. La seconde classe, celle des kystes dans lesquels la matière contenue préexiste à l'enveloppe, comprend :

h. Les kystes *hématisques*, fournis par du sang extravasé, autour duquel s'organise bientôt une fausse membrane, à laquelle s'adjoint une enveloppe celluleuse aux dépens des tissus environnants.

i. Les kystes *fœtaux*, qui se développent autour du produit de la conception dans les grossesses extra-utérines.

j. Certains kystes *ostéo-calcaires*, extrêmement rares, formés autour de corps étrangers.

k. Les kystes *celluleux, fibreux et fibro-cartilagineux* qui enveloppent les corps venus du dehors, tels que les balles de plomb par exemple.

III. La troisième classe renferme les cas dans lesquels il n'est pas possible de déterminer rigoureusement si la matière contenue a préexisté au kyste ou *vice versa*; nous y rattachons :

l. Les kystes *hydatiques*; *m.* *tuberculeux*; *n.* *purulents*; *o.* *mélaniques*; *p.* *cancéreux*; *q.* *érectiles*; *r.* enfin les kystes *hétéro-plastiques*, renfermant soit du tissu épidermique, soit du tissu osseux, des poils, des dents, ou quelque autre organe qui, pendant longtemps, ont été pris pour des débris de fœtus, et qui ne sont autre chose que des productions accidentelles hétéro-plastiques.

Les kystes, comme les abcès, ont donné lieu à de nombreuses méprises. Ainsi, un kyste du cuir chevelu fut pris pour une hernie du cerveau (Flajani). Richerand ouvrit un kyste de l'orbite, pensant qu'il allait être obligé de faire l'extirpation d'un carcinome. A. Bérard a extirpé un kyste de la joue, que Dupuytren avait regardé comme un *nævus*. M. Sédillot a enlevé un kyste sébacé qui occupait la fossette sternale et s'engageait assez loin dans la poitrine; les battements de la crosse de l'aorte et du tronc brachio-céphalique communiquaient à la tumeur un mouvement de pulsation qui l'avait fait considérer comme un anévrysme: une observation presque semblable a été citée par Bérard. Un kyste séreux de la mamelle a été pris pour un squirrhe (Cruveilhier). Desault ouvrit un kyste du médiastin, croyant faire la paracentèse du péricarde. Un kyste de l'aîne, chez une femme, fut pris pour une hernie (Paletta). Nous avons opéré des kystes du cou, du sein et des parois abdominales, qui, au premier abord, semblaient être de simples abcès: mais l'ancienneté et l'indolence de l'affection la différenciait d'une collection purulente; et l'inspection microscopique

révélaient dans ces tumeurs la présence d'un liquide graisseux, sorte d'émulsion blanchâtre où l'on ne constatait l'existence d'aucun globule purulent.

Ces exemples suffisent pour montrer combien il importe que le chirurgien soit attentif dans le diagnostic de pareilles tumeurs.

Étiologie. Les origines des kystes sont très-multipliées et souvent très-obscurcs. Pour en donner une idée, nous citerons les kystes du cou assez fréquemment congénitaux, et qui ont été rapportés à une origine glandulaire (Blacher), vasculaire (Giraldès), à la glande carotidienne de Luschka et Arnold, aux vestiges des arcs branchiaux. M. le docteur Boucher a signalé dans sa thèse (1866) la coïncidence assez commune de ces kystes congénitaux du cou avec ceux de la région périnéale attribués à la présence d'un organe temporaire, la glande de Luschka.

Traitement. Un grand nombre de kystes sont absolument réfractaires à l'action des topiques, tels sont les kystes fibro-cartilagineux, osseux, cancéreux. Les kystes celluleux, et ceux qui ont leur siège dans les bourses muqueuses, cèdent aux préparations d'iode, de mercure, de plomb, et surtout aux applications de compresses trempées dans l'alcool ou une dissolution aqueuse d'hydrochlorate d'ammoniaque. Les vésicatoires volants ont été employés avec succès dans plusieurs cas d'hydropisie des bourses muqueuses.

Procédés opératoires. L'ablation des kystes et leur oblitération sont les deux grandes méthodes de traitement. Les kystes, par rapport à ces opérations, se rangent dans une des trois catégories suivantes: *a.* les uns doivent être enlevés; *b.* les autres réclament la méthode d'adhésion de leur parois; *c.* les troisièmes sont curables par l'une et l'autre de ces méthodes. Dans la première catégorie se rangent les kystes mobiles et peu adhérents, dont l'enveloppe est épaisse et dure; il en est de même des kystes cancéreux, pour lesquels l'ablation est de rigueur. A la deuxième catégorie se rattachent ceux qui adhèrent intimement à la trame des organes; ceux dont le volume est considérable et dont l'enveloppe est tellement mince que la dissection en serait très-laborieuse: les kystes hydatiques du foie et de l'ovaire, les kystes séro-muqueux du poignet etc. La troisième catégorie comprend ceux qui se forment autour des corps étrangers: ces kystes peuvent être enlevés; mais, le corps étranger extrait, ils peuvent aussi s'oblitérer par l'adhésion de leurs parois.

Ablation. On fait un pli sur la peau, que l'on incise transversalement, en ayant soin de ne pas intéresser le kyste; on presse sur les côtés de l'incision de manière à énucléer la tumeur. L'incision de la peau est simple ou composée, suivant le volume du kyste. La