

## A. — Tumeurs bénignes.

## I. — KYSTES. — CYSTOMES (κύστις, sac, vessie).

Les kystes sont des tumeurs chroniques ayant la forme de cavités closes dont la surface externe se continue avec les tissus voisins, tandis que leur surface interne est simplement *en contact* avec la matière en général molle ou liquide qu'ils contiennent.

**Classification.** — On en a proposé beaucoup. La plus satisfaisante est celle de G. Hunter, adoptée par Broca; elle consiste à diviser les kystes en deux classes :

A. Les *kystes naturels ou progènes*, formés par le développement d'une cavité ou d'un canal préexistant ;

B. Les *kystes accidentels ou néogènes* dont la paroi s'est formée de toutes pièces. — Leur fréquence est beaucoup moins grande qu'on ne supposait naguère, car des observations récentes ont démontré qu'on classait souvent comme tels des kystes dérivant de cavités préexistantes qui avaient passé inaperçues.

A. KYSTES NATURELS OU PROGÈNES. — Ils comprennent eux-mêmes plusieurs variétés. Broca en admet cinq ; toutefois on peut simplifier sa classification et la réduire à trois variétés : 1° kystes par exsudation ; 2° kystes par rétention ; 3° kystes vasculaires.

1° *Kystes par exsudation.* — Voici une cavité qui, à l'état normal, est vide ou renferme fort peu de liquide, mais, par le fait d'une irritation chronique de ses parois, le liquide qu'elle renferme s'accroît, la dilate et la transforme en kyste : voilà un kyste par exsudation. Dans cette classe se rangent les kystes de l'ovaire, du rein, du corps thyroïde ; les kystes des bourses séreuses, des gaines tendineuses, des sacs herniaires, etc.

2° *Kystes par rétention.* — On sait que le produit de la sécrétion des glandes est éliminé au dehors ; si, par une cause

quelconque, les canaux qui servent à cette élimination des produits sécrétés viennent à s'obstruer, ces produits s'accumulent dans la glande et dans son conduit excréteur, en arrière de l'obstacle, et les dilatent de manière à former un kyste : voilà un kyste par rétention ; tels sont les kystes des glandes sébacées<sup>1</sup>, certains kystes des paupières, des sinus maxillaires, les kystes synoviaux, etc.

D'après L. Bard et G.-H. Lemoine, « il existe, en dehors des inflammations et des tumeurs, une *maladie kystique essentielle*, dont le gros rein polykystique est la forme la plus fréquente et la mieux caractérisée, mais qu'on retrouve dans tous les organes glandulaires. Cette affection est caractérisée par la dilatation simple des acini ou des canaux excréteurs, se produisant sous la seule influence de la pression normale des liquides qu'ils contiennent ; elle constitue ainsi un véritable angiome glandulaire et se rattache aux vices de conformation. Cette dilatation, pour se produire, demande une prédisposition morbide spéciale de la paroi des tubes glandulaires, prédisposition d'origine congénitale, consistant sans doute dans un défaut de résistance de la paroi, qui est lui-même sous la dépendance d'un défaut de qualité de la substance fondamentale qui la constitue ».

3° *Kystes vasculaires.* — Ces kystes sont développés dans la cavité des vaisseaux sanguins ou lymphatiques, entre deux oblitérations superposées (Broca). Rares dans les artères et les lymphatiques, ils sont assez fréquents dans les veines et les capillaires ; mais il faut, au préalable, que ces vaisseaux soient altérés comme ils le sont dans les varices et les tumeurs érectiles ; de plus, en raison des deux oblitérations, le sang ne peut arriver dans le kyste qui se trouve ainsi formé, en grande partie, par une exhalation anormale du vaisseau dilaté (Broca).

B. KYSTES ACCIDENTELS OU NÉOGÈNES. — Ces kystes n'ont pas leur siège dans une cavité préexistante, leur paroi est formée de toutes pièces. Broca en admet deux variétés : 1° dans

1. D'après Richet, ces *kystes* sont surtout formés par la dilatation du canal excréteur, tandis que pour Broca ils proviennent surtout de la dilatation des canaux intraglandulaires.

les uns, la formation de la paroi est un phénomène primitif (*kystes autogènes*) ; 2° dans les autres, elle est consécutive à la présence d'un corps étranger autour duquel elle se forme et qu'elle enkyste (*kystes périgènes*).

1° Les *kystes autogènes*, c'est-à-dire ceux dont la paroi se forme spontanément, sans cause appréciable, sont rares et d'une explication difficile ; ils sont congénitaux ou acquis. Ils ont une paroi celluleuse ou cellulo-fibreuse et renferment un liquide *séreux*. On les rencontre dans les os, le mésentère, les parois abdominales, les plexus choroïdes.

On tend aujourd'hui à regarder ces kystes comme de véritables *épithéliomes*. C'est ce qui semble établi particulière-

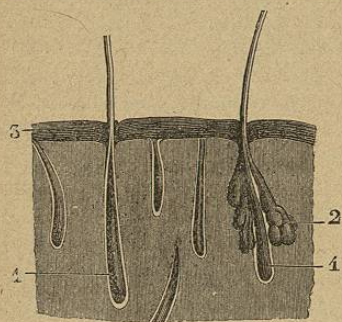


Fig. 29. — Coupe faite sur la paroi d'un kyste dermoïde placé au niveau de la queue du sourcil.

1, 1, Bulbe pileux.  
2, Glande sébacée annexée à un bulbe pileux.  
3, Surface interne du kyste.

ment pour les kystes paradentaires (Malassez et Albarran) et pour les kystes de l'ovaire. Pour ces derniers, Wadleyer a démontré qu'ils naissent de l'épithélium de la glande ; Malassez et de Sinety ont vu se produire des bourgeons qui végètent et se creusent de cavités ; le liquide kystique contient des cellules épithéliales diversement altérées.

2° Les *kystes périgènes* se forment autour d'un corps étranger, et c'est la présence de ce corps qui provoque l'irritation dont la paroi kystique est la conséquence : tels sont les kystes développés — autour d'un fœtus ou d'un vestige d'embryon (*kystes dermoïdes*), — autour d'un entozoaire (*kystes hydatiques*), — autour d'un corps étranger quelconque, projectile de guerre,

séquestres, esquilles, calculs, — et même autour du sang épanché hors des vaisseaux, du pus, etc. (*tumeurs enkystées*).

Parmi tous ces kystes il en est un grand nombre qui ont été décrits, avec les développements qu'ils méritent, dans nos pathologies spéciales : tels sont les kystes hydatiques, les kystes de l'ovaire, les kystes tendineux à grains riziformes, etc., mais il est utile de grouper dans une même description les caractères des *kystes dermoïdes*.

KYSTES DERMOÏDES. — Ainsi que leur nom l'indique, ces kystes ont une paroi dont la texture ressemble à celle de la peau.

Ils sont simples ou complexes.

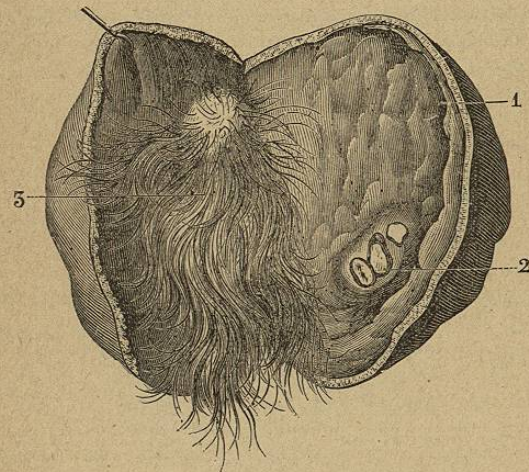


Fig. 30. — Kyste dermoïde ouvert ; il renferme : 1, une matière granuleuse et blanchâtre que l'on a enlevée, en grande partie, pour montrer : trois dents, et une touffe de cheveux émanant d'un tubercule. Les dents et le tubercule chevelu sont implantés sur la paroi du kyste.

LES KYSTES DERMOÏDES SIMPLES se présentent sous forme de poches kystiques dont le contenu, analogue à du sébum, renferme souvent des poils, tantôt implantés sur la paroi, tantôt détachés et libres dans la cavité. Leur paroi est constituée par une membrane conjonctive recouverte d'un épiderme stratifié semblable à celui de la peau normale, présentant des glandes sébacées et des poils, quelquefois mais plus rarement des glandes sudoripares.

Ils s'observent dans certains points de la tête (*queue du sourcil*), du cou et du tronc, correspondant aux lieux où existent chez le fœtus des fentes, dites *fentes branchiales*, fentes qui disparaissent par la fusion des tissus voisins. Il est donc probable que l'occlusion tardive de ces fentes a pour conséquence l'inclusion dans la profondeur des tissus de véritables *sacs cutanés*, aux dépens desquels se font les kystes dermoïdes : c'est la *théorie de l'enclavement* (Verneuil). — Pour L. Bar, ce sont des tumeurs fœtales adultes, nées de la cellule épithéliale nodale des couches épidermiques.

LES KYSTES DERMOÏDES COMPLEXES se différencient des précédents parce que, aux couches épidermiques viennent s'ajouter — des dents — des productions cartilagineuses ou osseuses en masses plus ou moins informes — du tissu musculaire — parfois des éléments nerveux, sous forme de tubes myéliniques ou même d'amas de cellules nerveuses. Ils peuvent atteindre le volume d'une tête d'adulte. Leur siège est variable mais toujours profond : on les observe le plus souvent dans l'ovaire, quelquefois dans le testicule.

Pour Cruveilhier, ces kystes reconnaissent pour cause une *grossesse extra-utérine* ou une *inclusion fœtale parasitaire*, c'est-à-dire l'inclusion d'un embryon fécondé, vivant en parasite dans le corps d'un autre embryon complètement développé et conçu dans le même acte générateur. — Pour Waldeyer, ils proviennent d'un ovule non fécondé qui se développe spontanément et irrégulièrement. Meckel avait déjà soutenu une théorie presque semblable ; et la même idée a été reprise dans ces derniers temps par Mathias Duval et Repin (*théorie de l'origine parthénogénétique*). — Pour L. Bard, ce sont des tumeurs congénitales plus anciennes encore que celles de la variété précédente, et remontant à une cellule fœtale plus complexe encore que la cellule nodale épidermique. Bien que congénitales, elles restent souvent latentes jusqu'à la puberté, pour prendre, après cette époque, un développement plus considérable.

**Anatomie pathologique.** — La *paroi* des kystes en général présente de grandes variétés : — tantôt elle est formée par un tissu conjonctif ou fibreux, d'épaisseur variable, revêtu d'une couche de cellules épithéliales ou endothéliales : tels sont les kystes formés aux dépens d'une cavité préexistante ; — tantôt la paroi est beaucoup plus complexe et présente, comme nous venons de le voir, tous les caractères de la peau (kystes dermoïdes).

Leur *contenu* n'est pas moins variable : il se compose de liquides séreux, sanguins, purulents, muqueux ou colloïdes ; de matière sébacée ou même de vestiges embryonnaires, de poils, de dents (kystes dermoïdes).

Leur *cavité* est unique ou multiple, cloisonnée, alvéolaire (kystes uni ou multiloculaires, kystes alvéolaires, etc.).

Leurs *dimensions* sont des plus variables, colossales comme celles de certains kystes de l'ovaire ou comparables à celles d'un grain de mil.

**Symptômes.** — Les kystes se présentent sous l'aspect de *tumeurs arrondies*, de volume variable, habituellement *fluctuantes* ; ces tumeurs peuvent être molles, pâteuses, ou rénitentes et élastiques, différences en rapport avec la nature de leur contenu, liquide ou sébacé, avec la tension du liquide qu'ils renferment, la disposition de leur cavité qui est unique ou multiloculaire<sup>1</sup>. Les kystes développés dans les os peuvent amincir la lamelle osseuse qui les recouvre à un tel point qu'elle se laisse déprimer par la pression en produisant un *bruit* ou une *sensation de froissement de parchemin*. Certains kystes très superficiels, à parois très minces, et remplis d'un liquide très clair, sont *transparents*.

Les kystes *refoulent* les organes voisins sans leur adhérer. Ils sont *indolents* par eux-mêmes ; mais la compression des tissus ou organes qui les environnent peut se traduire, soit par des *douleurs vives*, soit par des *troubles fonctionnels* nombreux et graves.

Leur *évolution* est assez variable ; ils peuvent s'accroître incessamment, rester stationnaires ou même s'affaïsser, se rompre et guérir ; mais ces ruptures, souvent provoquées par un traumatisme, déterminent fréquemment l'inflammation et

1. Lorsque la fluctuation se transmet nettement dans un sens et non dans d'autres, il y a lieu de croire que le kyste est cloisonné.

Dans les kystes hydatiques la pression détermine parfois un *frémissement spécial dit hydatique*, frémissement dû, soit à la collision des vésicules-filles qui flottent dans la cavité kystique, soit aux vibrations des parois de la vésicule.

la suppuration des parois du kyste et des phénomènes d'infection putride, résultant de la décomposition du pus et des difficultés de son élimination.

**Diagnostic.** — Le diagnostic du kyste se basera sur les caractères que nous venons d'exposer : tumeur à évolution lente, sans phénomènes inflammatoires, sans adhérences à la peau, indolente, souvent fluctuante, sans retentissement, ni ganglionnaire, ni général. Ces caractères, il est vrai, appartiennent en partie à d'autres tumeurs, telles que les lipomes ; mais une ponction capillaire, pratiquée avec le trocart d'un appareil aspirateur, dissipera les doutes, s'il en existe.

Le **pronostic** est bénin d'une manière générale ; mais de même que la plupart des tumeurs bénignes, certains kystes peuvent, par l'obstacle qu'ils apportent à des fonctions vitales, déterminer la mort : tels sont les kystes de l'ovaire. — Notons, de plus, qu'aux dépens de l'un ou de l'autre des types cellulaires d'un kyste dermoïde de l'ovaire, peuvent se développer des cancers qui restent alors constitués par une seule espèce de cellules (L. Dor et L. Bérard).

**Traitement.** — Les divers moyens appliqués à la cure des kystes peuvent se diviser en trois groupes (Broca). — 1° *Faire résorber le contenu du kyste* par la compression, les révulsifs irritants (vésicatoire, badigeonnage à la teinture d'iode), les applications résolutes. Ces moyens ne peuvent être dirigés avec quelques chances de succès que contre les kystes récents, superficiels, peu volumineux. — 2° *Oblitérer sa cavité par la fusion de ses parois* : pour cela, on enflamme la surface interne du kyste par des injections iodées, le séton, le drainage, l'incision et l'application de charpie, la cautérisation etc. — 3° *Extirper le kyste* avec l'instrument tranchant.

## II. — LIPOME (λιπα, graisse).

Le lipome est une tumeur constituée par développement anormal du tissu adipeux, sous forme de masses circonscrites

présentant une vitalité indépendante, dans une certaine mesure, de celle du reste de l'organisme.

C'est pourquoi un individu porteur d'un lipome, et qui maigrit, ne voit pas son lipome diminuer de volume comme les autres dépôts de tissu adipeux (Ranvier et Cornil).

**Étiologie.** — Leur cause est inconnue, et c'est probablement à tort qu'on les a parfois rapportés à des froissements répétés, à des contusions. Complètement indépendants de l'état d'embonpoint de l'individu, on peut les observer chez des personnes très maigres.

On a vu les lipomes se multiplier presque indéfiniment chez le même individu (Broca en a compté plus de deux mille) ; il faut voir là une prédisposition spéciale, inconnue, une sorte de *diathèse lipomateuse*, mais nullement une généralisation lipomateuse comparable à celle des tumeurs malignes.

Le lipome est plus fréquent chez l'adulte que chez l'enfant et le vieillard, chez la femme que chez l'homme.

**Siège.** — Les lipomes se développent surtout dans le tissu cellulaire sous-cutané, quelquefois au-dessous des membranes muqueuses ou séreuses. Ils se rencontrent habituellement dans les régions abondamment pourvues de tissu adipeux, comme le cou, le tronc, les fesses ; ils sont beaucoup plus rares sur les membres. On en a observé, mais à titre exceptionnel, dans les os, dans les muscles, dans les séreuses, exemples : polypes graisseux de l'épiploon pouvant tomber dans la cavité péritonéale, hernies graisseuses, franges synoviales chargées de graisses et se calcifiant pour constituer des corps étrangers très durs (Virchow). On a même observé des lipomes pédiculés sur les muqueuses de l'estomac et de l'intestin (Ranvier et Cornil). — Lorsqu'ils sont multiples, ils sont souvent symétriques.

**Anatomie pathologique.** — Les lipomes ont exactement la *texture du tissu cellulo-adipeux* et se composent de vésicules ou cellules plasmatiques gorgées de graisse ; ces vésicules graisseuses sont groupées en lobules, séparés les uns des autres par des cloisons fibreuses dans lesquelles rampent des