

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 résolatives. 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



artérioles fort minces et des veines plus développées. L'aspect du lipome est d'ailleurs exactement semblable à celui d'une masse adipeuse ordinaire.

**Variétés.** — Cette texture se présente avec de légères différences qui ont conduit à la distinction de quatre variétés :

1° *Lipome pur*, constitué par du tissu cellulo-adipeux et fort peu de tissu conjonctif ; c'est lui qui donne surtout la fausse sensation de fluctuation ;

2° *Lipome myxomateux*, dans lequel les vésicules adipeuses sont séparées par du tissu muqueux ;

3° *Lipome fibreux*, dans lequel les cloisons conjonctives sont très accentuées ;

4° *Lipome érectile*, remarquable par le développement des vaisseaux ; mais cette tumeur est plutôt considérée comme un angiome que comme un lipome (Broca).

Les lipomes peuvent présenter certaines *altérations nutritives*, mais elles sont exceptionnelles : ainsi, ils peuvent s'infiltrer de *sels calcaires, de sérosité, s'enflammer, se gangrener* et même, ce qui ressemble à un néoplasme, subir la transformation graisseuse ; dans ce cas les grosses vésicules adipeuses se réduisent en fines granulations.

**Origine.** — Fœrster faisait provenir le lipome d'une masse de tissu embryonnaire dont les cellules s'infiltreraient ensuite de graisse. Virchow admet que tout lipome dérive du tissu muqueux. Quénu et Pierre Delbet rattachent les lipomes à une production de tissu embryonnaire et à une néoformation vasculaire. — Leur disposition si souvent symétrique, lorsqu'ils sont multiples, ne permet guère, il nous semble, de méconnaître le rôle du système nerveux dans leur production (V. p. 334).

**Symptômes.** — Le lipome est une tumeur indolente, molle, pâteuse, sans changement de couleur à la peau, qui glisse à sa surface ou lui est unie par quelques brides fibreuses.

Les lipomes diffus peuvent envoyer des prolongements lointains dans les interstices musculaires. Cruveilhier et Morel-Lavallée ont cité des cas de tumeurs pré-sternales qui envoyaient des prolongements jusque dans le médiastin.

Pour les lipomes circonscrits, la tumeur est, comme le sein,

mobile sur les parties profondes ; sa surface est lisse ou légèrement lobulée. Entraîné par son propre poids, le lipome peut se pédiculiser ou descendre au-dessous de son point d'implantation.

Lorsqu'on la saisit à pleine main on a la sensation d'une masse lobulée, souple, spongieuse (présentant, dans quelques cas, une sorte de crépitation), parfois presque fluctuante, ce qui peut entraîner une erreur de diagnostic ; en tendant la peau à la surface de la tumeur, on voit, dans quelques cas, se dessiner les lobules graisseux.

Le *développement* des lipomes est très lent, mais continu ; ils atteignent parfois d'énormes proportions (20 kilogr.). Ils sont uniques ou multiples. On a vu, mais très exceptionnellement, les lipomes s'infiltrer de sels calcaires, s'enflammer, suppurer, se gangrener.

**Diagnostic.** — Un lipome ordinaire se reconnaît sans peine aux symptômes que nous venons d'indiquer. Tout au plus pourrait-on le confondre avec un *kyste* ou un *abcès froid*, erreur qu'une simple ponction fait aisément disparaître.

Lorsque le lipome est dur, on pourrait, sans grands inconvénients, le confondre soit avec un *fibrome*, soit avec un *chondrome*.

**Pronostic.** — Le lipome est une tumeur tout à fait bénigne, qui n'infecte jamais l'organisme et ne gêne que par son volume, son poids et sa situation : extirpée, elle ne récidive pas et il est même exceptionnel de la voir se reproduire lorsque l'extirpation n'a pas été complète.

**Traitement.** — Si le lipome atteint des proportions colossales, il peut y avoir danger à l'extirper : abandonnez-le à lui-même ou, à l'exemple de Blandin, enlevez-le en plusieurs fois. S'il en existe plusieurs, enlevez les plus gênants.

Les pommades, les frictions, etc., n'ont aucune influence sur le lipome. Si le malade, prévenu de l'innocuité absolue de sa tumeur, veut cependant en être débarrassé, extirpez le lipome avec le bistouri : pour cela, faites une incision cruciale, et le lipome mis à nu, énucléez-le avec le manche du



bistouri, vous servant de temps à autre de la lame pour diviser quelques attaches fibreuses ; si, l'extirpation faite, il y a surabondance de peau, réséquez-en une certaine étendue ; en tout cas, rapprochez les lèvres de la plaie par des sutures, et préparez par une compression méthodique l'adhésion de sa face profonde aux tissus sous-jacents. Enfin n'oubliez pas l'emploi des précautions aseptiques qui vous feront obtenir une réunion par première intention.

### III. — FIBROMES. — TUMEURS FIBREUSES.

Les fibromes sont des tumeurs exclusivement formées par du tissu fibreux.

**Étiologie.** — La cause des fibromes est inconnue. La plupart se rencontrent chez des gens adultes ayant toutes les apparences d'une bonne santé ; cependant le *molluscum* peut être congénital. On sait également que les polypes fibreux naso-pharyngiens ne se rencontrent pas après l'âge de vingt à vingt-cinq ans.

Certains fibromes sont héréditaires. Virchow signale un cas où ils se reproduisirent sur trois générations.

Les irritations chroniques et les traumatismes paraissent être une des causes des fibromes.

Trélat et Bezancèle ont signalé des fibromes produits après la rupture de fibrilles musculaires : entre les fibres déchirées se produit un épanchement sanguin qui est ensuite envahi par la prolifération fibreuse.

**Anatomie pathologique.** — **Siège.** — Les fibromes se rencontrent dans la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et sous-muqueux, le périoste, les aponévroses et la mamelle. Nélaton a signalé les *tumeurs fibreuses de la fosse iliaque* qui, ordinairement implantées sur le périoste de la crête iliaque ou sur l'arcade crurale, se développent au-dessous du péritoine et peuvent remplir la fosse iliaque ; il les a toujours rencontrées chez des femmes ayant eu des enfants. — On les attribue à la rupture de fibrilles musculaires causée par les efforts de l'accouchement.

On a signalé des fibromes intra-osseux, principalement dans les vertèbres et les maxillaires.

**Aspect.** — Les fibromes ne contiennent que du tissu conjonctif. Ils se présentent sous l'aspect de tumeurs arrondies,

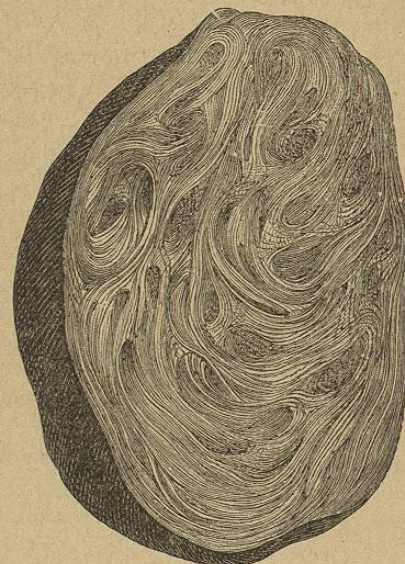


Fig. 31. — Coupe d'une tumeur fibreuse.

lobulées, polypiformes. Leur *volume* est des plus variables : il en est de fort petits, tandis que d'autres atteignent des dimensions colossales.

Ils ont en général la dureté du tissu fibreux. Cependant il en est d'aussi mous que le tissu cellulaire sous-cutané, ce qui a conduit Billroth et Lücke à les distinguer en *fibromes durs* et *fibromes mous*. Ces différences de consistance doivent être attribuées, soit au siège du fibrome, soit à divers troubles de sa nutrition.

A la coupe on constate leur texture en général serrée, leur



couleur d'un jaune blanchâtre ou rosée, et la présence, dans certains cas, de gros vaisseaux artériels et surtout veineux. La surface de section est tantôt sèche et rugueuse, tantôt, mais plus rarement, assez molle et laissant transsuder un suc blanchâtre offrant quelque ressemblance avec le suc cancéreux : c'est que le néoplasme subit alors la dégénérescence muqueuse.

Au microscope on reconnaît que la tumeur est formée exclusivement de tissu fibreux, c'est-à-dire constituée par des lames parallèles ou des faisceaux ondulés de tissu conjonctif, entre lesquels sont interposées des cellules qui peuvent être — aplaties, allongées, fusiformes, ramifiées et anastomosées les unes avec les autres (corps fibro-plastiques de Ch. Robin), mais qui sont toujours faciles à distinguer des îlots de cellules épithéliales qu'on rencontre dans les alvéoles de la charpente fibreuse de certains épithéliomes — ou petites et arrondies comme les cellules du sarcome. On y trouve également des vaisseaux, en général, peu abondants, mais qui, dépourvus de tunique adventice, adhèrent directement au tissu de la tumeur : ce qui explique les hémorragies graves observées parfois après la section des fibromes. Il n'y a généralement point de fibres élastiques.

**Variétés.** — Elles tiennent à des modifications de nutrition, c'est :

1° Le fibrome molluscoïde ou *molluscum simplex*, dans lequel les faisceaux connectifs de la tumeur sont imbibés de sérosité comme dans l'œdème ;

2° Le fibrome muqueux, ainsi nommé en raison de la présence, dans son épaisseur, de kystes remplis d'une matière gélatiniforme, la *mucine* ;

3° On a noté les transformations *graisseuse* (surtout lorsque le néoplasme reconnaît pour cause la syphilis) et *calcaire* (très fréquente) des fibromes, et même leur ossification.

— Rappelons encore que le tissu fibreux entre dans la composition des carcinomes, lipomes, myxomes, sans que sa présence en quantité plus ou moins grande, modifie la nature de ces tumeurs.

**Symptômes.** — Les fibromes se présentent sous l'aspect de

tumeurs, variables de forme, de volume, de consistance. Souvent arrondis et lobulés, ils ont, dans certaines régions, de la tendance à se pédiculariser comme des polypes (polypes naso-pharyngiens). Parfois à peine gros comme un pois, il en est dont les dimensions sont colossales. En général fermes et denses comme le tissu fibreux, ils peuvent s'infiltrer de sérosité et devenir souples et mous.

*Molluscum vrai.* — Les uns, nés dans la peau ou les tissus sous-cutanés ou sous-muqueux, sont *mobiles* sur les parties profondes ; les autres, implantés sur le périoste ou les aponévroses, sont fixes et immobiles.

En général ces tumeurs sont uniques. — Cependant elles peuvent être extrêmement nombreuses ; elles sont alors molles et siègent dans le tissu sous-cutané, c'est ce qui constitue le molluscum vrai. Parmi cette multitude de fibromes molluscoïdes, il en est d'ordinaire un qui prend de grandes dimensions.

Les fibromes présentent tous les caractères des tumeurs bénignes : lenteur dans l'évolution ; indolence ou douleur provoquée seulement par la compression des tissus voisins (il n'y aurait d'exception que pour les tubercules sous-cutanés douloureux, voy. *Pathologie chirurgicale*) ; défaut d'adhérence à la peau ; pas de retentissement sur les ganglions, ni d'altération de la santé générale ; pas de récurrence après l'extirpation.

Cependant, à la longue, les fibromes peuvent, par distension, ulcérer la peau, s'enflammer, se gangréner, donner lieu à des hémorragies graves, en raison de la disposition spéciale des vaisseaux, et enfin déterminer des troubles de voisinage (douleurs, déformations, etc.), extrêmement sérieux. De plus, beaucoup d'auteurs, parmi lesquels Paget, Virchow, croient à la possibilité d'une transformation des fibromes en sarcomes. On a cité, en effet, des cas dans lesquels la tumeur a récidivé après opération, sous forme de sarcome, ce qui n'a rien d'extraordinaire, puisque fibromes et sarcomes sont constitués par des éléments anatomiques appartenant à la même espèce.

Le pronostic, bénin quant à la nature de la tumeur, varie



suivant son siège et ses rapports avec les organes voisins <sup>1</sup>.

**Diagnostic.** — Les caractères que nous venons d'énumérer distinguent les fibromes des tumeurs malignes. Tout au plus pourrait-on rencontrer quelque embarras à propos des fibromes qui, en croissant rapidement, ont distendu la peau, et amené une ulcération plus ou moins saignante : mais à l'inverse de ce qui a lieu dans les cas de cancers, il n'y a pas d'adhérences entre la peau et la tumeur, ni d'envahissement des tissus voisins par les éléments du néoplasme.

Il est plus difficile de les distinguer de certains sarcomes et aussi des tumeurs bénignes, comme lipomes, ostéomes, kystes.

**Traitement.** — On peut abandonner à eux-mêmes les petits fibromes, indolents et stationnaires ; mais s'ils augmentent de volume, s'ils compriment des organes importants, il faut les extirper.

L'extirpation se pratique soit avec le *bistouri*, soit avec l'*anse* ou le *couteau galvano-caustique*, soit par l'*écrasement linéaire* ; on sait que la section de la tumeur donne parfois lieu à des hémorragies sérieuses.

#### IV. — PAPILLOMES.

Toute tumeur, quelle que soit sa texture (fibrome, sarcome, carcinome), peut, dans certains cas, offrir à sa surface des bourgeons disposés en forme de papilles, sans être pour cela un papillome.

Le papillome est simplement formé par une hypertrophie et une néoformation des papilles normales reposant sur un tissu normal <sup>2</sup>.

On sait que trois éléments interviennent pour former une

1. Voy. *Polypes naso-pharyngiens*, dans ma *Pathologie chirurgicale*, t. 1, p. 693.

2. Les papillomes peuvent cependant se développer sur des parties qui n'ont pas de papilles, par exemple dans les ventricules du larynx, sur l'estomac et la muqueuse des fosses nasales (Brault).

papille : le tissu conjonctif, les vaisseaux et l'épithélium de revêtement. Les deux premiers ont une origine mésodermique.

Les papillomes sont donc des tumeurs d'ordre complexe, *organoïdes* suivant la classification adoptée par P. Delbet.

**Étiologie.** — Les papillomes les plus fréquents sont les *cors*, les *verrues*, les *poireaux*, et les *végétations* des organes génitaux, souvent désignées sous les noms de *crêtes de coq* ou choux-fleurs.

Ils se développent sous l'influence de pressions répétées (*cors*), ou par le contact d'un liquide irritant (*végétations*), ou encore sous une influence inconnue (papillomes du rectum chez les enfants).

Certains papillomes sont congénitaux, et attribuables alors à un vice de développement.

Les verrues et les végétations des organes génitaux (*crêtes de coq*) sont manifestement contagieuses.

Les verrues ont pour cause une bactérie, *bacterium porri*, découverte par Majochi, cultivée et inoculée par Kuhmann.

**Anatomie pathologique.** — *Siège* — Les papillomes se développent soit sur la *peau* (*cors*, verrues, papillomes primitifs de la peau), soit sur les *muqueuses* (organes génitaux, langue, luette, larynx, muqueuse gastro-intestinale).

Les papillomes n'étant qu'une hypertrophie des papilles normales, leur structure est celle des papilles ; ils sont donc formés :

1° Par un *stroma* ou charpente de tissu conjonctif dans laquelle se trouvent des *vaisseaux* disposés en anses, et qui est particulièrement développé dans les verrues.

2° Par un *revêtement épithélial* formé — tantôt de couches stratifiées d'épithélium pavimenteux et corné (*papillomes cutanés*) dont la ligne de séparation avec le derme reste régulière et n'est nulle part rompue par des végétations épithéliales, comme il arrive toujours dans les cas d'épithéliomes (malgré



que, au dire d'Auspitz, le point de départ de la néoformation soit la prolifération des cellules épidermiques; — tantôt d'une simple couche de cellules cylindriques (*papillomes des muqueuses*<sup>1</sup>; — tantôt d'une couche fort mince de cellules endothéliales (*papillomes des séreuses*).

Il faut pour être en droit de prononcer le mot papillome, ne trouver à la base de la tumeur ni infiltrations épithéliales, ni traînées glandulaires.

Les tumeurs qui constituent l'affection connue sous le nom de *molluscum contagiosum* ou d'*acné varioliforme* ont été diversement interprétées. — Pour les uns, elles prennent naissance dans les cellules inter-papillaires du corps muqueux; les cellules proliférées donneraient naissance à un refoulement en cul-de-sac, pseudo-glandulaire, de la couche cornée dans le derme sous-jacent (L. Bard). — Pour Renault, leur production est due à une évolution toute particulière des cellules des glandes sébacées qui se chargent d'oléidine et suivent alors l'évolution épidermique. — Neisser leur assigne pour origine les conduits excréteurs de ces mêmes glandes, et il considère les corpuscules ovoïdes, sans noyau, que l'on y rencontre, comme des coccidies de l'ordre des grégarines, tandis que pour Vidal et Torok, ces corpuscules seraient des produits de dégénération des cellules épithéliales. Ce dernier auteur soutient, à l'encontre de Neisser, que si l'affection, en raison de sa transmissibilité, doit être considérée comme contagieuse, son parasite reste à trouver.

**Symptômes.** — Les papillomes se présentent sous des aspects très divers :

1° Les *papillomes cutanés*, cors, verrues, ont déjà été étudiés dans notre *Pathologie chirurgicale*, t. I, p. 29.

2° Les *papillomes muqueux* en végétations ou choux-fleurs, ont été étudiés dans notre *Pathologie chirurgicale*, t. II, p. 780.

3° Les papillomes primitifs de la peau, apparaissent comme des plaques rugueuses, dures, plus ou moins saillantes, grises, siégeant à la main (autour des ongles), au pied, sur le

1. Les papillomes muqueux se combinent fréquemment avec l'hypertrophie des culs-de-sac glandulaires, des vaisseaux, avec des kystes, etc. (Ranvier et Cornil).

talon et à la partie antérieure des orteils (papillome sous-unguéal des orteils), évoluant lentement, sans douleur, pouvant se compliquer de fissures, d'ulcérations, de suppuration, de lymphangite.

Gaucher a décrit le *papillome pénicilliforme* du cuir chevelu qu'on rencontre chez les arthritiques et qui est constitué par un pinceau de saillies filiformes dont chacune représente une papille allongée et hypertrophiée.

**Diagnostic.** — On ne confondra pas le papillome simple de la peau avec le tubercule anatomique qui est moins saillant, plus limité, qui a une base plus dure, entourée d'une rougeur inflammatoire, et qui, enfin, offre souvent, en son centre, une lésion cicatricielle.

Le bouton de Biskra, au moment où il va guérir, donne lieu à un état papillomateux, mais l'anamnèse, le siège à la face ou sur les parties découvertes des membres permettent de faire le diagnostic.

**Pronostic.** — Très bénin; cependant les cors, mais surtout les végétations de l'urèthre, de la vessie, donnent lieu à des douleurs fort vives; les papillomes du larynx peuvent entraîner de graves accidents.

Il est assez rare de voir un papillome se transformer en épithéliome.

**Traitement.** — Il est très variable: d'une manière générale on peut dire que les papillomes doivent être détruits par les caustiques, ou, qu'après les avoir enlevés au bistouri on doit cautériser leur base d'implantation.

V. — ANGIOMES. — TUMEURS ÉRECTILES. — NÆVI MATERNI. — TACHES DE NAISSANCE.

Les angiomes sont des tumeurs formées par le développement anormal ou par la genèse nouvelle de petits vaisseaux<sup>1</sup>.

1. Dupuytren, frappé de l'aspect caverneux de ces tumeurs et de leur turgescence, leur a donné le nom de *tumeurs érectiles*,