

## ARTICLE PREMIER

## PSEUDOPLASMES HOMŒOMORPHES.

§ 1<sup>er</sup>. — Cystomes, Kystes.

On désigne sous le nom de *cystomes*, *kystes* (κύστις, sac, vessie), des tumeurs dues à la formation dans nos tissus de sacs membraneux renfermant des matières variées.

La définition que nous venons de donner pourrait en apparence s'appliquer à quelques productions morbides qu'on ne range point parmi les kystes, et pour cette raison elle exige de notre part quelques explications. Ainsi certaines tumeurs graisseuses, cancéreuses ou autres, peuvent s'entourer d'un sac membraneux, s'enkyster, en un mot, et toutefois on ne les range point parmi les kystes. C'est qu'on est convenu d'admettre entre la poche et le contenu un certain rapport de causalité. Malgré cela, certains épanchements, comme ceux des grandes cavités splanchniques, et même de la tunique vaginale, ne sont point étudiés avec les kystes. Cette anomalie ne peut s'expliquer que par des raisons tirées de la localité malade.

DIVISION. — Ces restrictions faites, les kystes forment encore une classe très-nombreuse de lésions, au sein desquelles il est assez difficile d'établir une division. Toutes les tentatives faites dans ce but n'ont point été heureuses. Quelques auteurs ont divisé les kystes d'après leur contenu : *kystes sanguins*, *kystes séreux*, etc.; mais ce contenu des kystes change si facilement, que sa nature ne peut servir à classer ces tumeurs. Cruveilhier divise les kystes en *préexistants* et *consécutifs*. Les derniers se développent consécutivement au dépôt de certaines matières; les kystes préexistants, au contraire, ont une évolution qui leur est propre. Cette division, qui repose sur un fait souvent difficile à constater, ne nous satisfait pas entièrement. Abeille a proposé une division arbitraire et qui l'engage fort peu. Il divise les kystes en : 1° ceux des *parties molles*, 2° ceux des *parties dures*. Les auteurs du *Compendium* les étudient sous les trois divisions : 1° *kystes dermoïdes* ou *muqueux*; 2° *kystes séreux*, formé au dépens du tissu cellulaire; 3° *kystes hydatiques*, qui contiennent à une certaine époque de leur développement des vers vésiculaires.

C'est d'après l'origine anatomique des kystes et d'après certaines particularités de leur évolution que nous diviserons ces tumeurs. Nous les séparerons en deux grandes classes : A. les *kystes simples*, qui ne contiennent à leur intérieur que des produits de sécrétion ou d'excrétion; B. les *kystes composés* ou *prolifères*, qui renferment soit des masses organisées, soit des débris organisés, soit des vers vésiculaires.

A. Les *kystes simples* peuvent soudainement être divisés en trois groupes distincts :

1° Les uns sont formés aux dépens du tissu cellulaire (*kystes séreux* ou *celluleux*).

2° Les autres reconnaissent pour origine la dilatation d'un canal excréteur ou quelques lobules glandulaires; on les appelle *kystes glandulaires*.

3° Les derniers, enfin, paraissent dus au développement de certains canaux vasculaires.

B. Les *kystes composés*, que J. Paget appelle *prolifères*, peuvent être subdivisés en plusieurs catégories. Nous y rangerons :

1° Quelques kystes séreux ou glandulaires qui voient naître de leur surface interne des végétations de nature variable et remplissant parfois toute leur cavité.

2° Les kystes qui renferment des poils, des dents, des os, etc.

3° Ceux qui contiennent des vers vésiculaires.

HISTORIQUE. — La littérature chirurgicale est fort riche en travaux sur les kystes en particulier, et il suffira de parcourir les principaux recueils périodiques pour rester convaincu que, dans ces dernières années surtout, on a décrit avec soin un grand nombre de kystes dont on méconnaissait naguère la nature. Nous aurons, dans plus d'un endroit de ce livre, l'occasion de faire connaître ces travaux, mais nous n'indiquerons ici que les plus récents, parmi ceux qui ont trait à l'histoire générale des kystes.

VELPEAU, *Recherches anatomiques, physiologiques et pathologiques sur les cavités closes naturelles ou accidentelles de l'économie animale* (Annales de la chirurgie française et étrangère, 1843, t. VII, p. 151). — FRERICH, *Ueber Gallert-Oder Golloidgeschwülste*. Göttingen, 1847. — ROKITANSKY, *Ueber die Cyste, in den Denkschriften der K. Acad. der Wissensch.*, 1847, 1 vol. : *Zur Anatomie des Krofs*. — ABELLE, *Traité des hydropisies et des kystes ou des collections séreuses et mixtes dans les cavités closes naturelles et accidentelles*, 1852. — Voyez aussi les principaux traités d'anatomie pathologique : CRUVEILHIER, PAGET, LEBERT, etc.

## A. — CYSTOMES OU KYSTES SIMPLES.

## 1° Kystes séreux.

Sous le nom de *kystes séreux*, nous comprenons ceux qui, formés aux dépens du tissu cellulaire, sont représentés par des poches membraneuses accidentelles dont la surface interne a le caractère d'une séreuse. Les termes de cette définition excluent de cette catégorie de kystes les épanchements de sérosité à l'intérieur des séreuses, des synoviales, des gaines tendineuses ou des bourses muqueuses. Ces dernières maladies seront étudiées dans des articles à part, où l'on fera mieux ressortir leur caractère propres.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les kystes séreux sont des lésions qui peuvent se montrer presque partout; mais certaines régions du corps abon-

damment pourvues de tissu cellulaire en ont plus que d'autres le triste privilège. On en voit assez fréquemment au cou, dans la profondeur de la

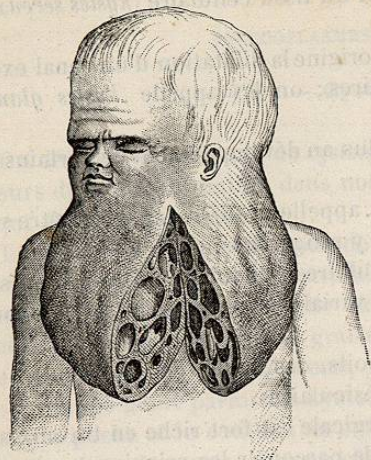


FIG. 30. — Kystes séreux, multiples du cou.

mamelle, à la région inguinale, dans les joues, et parfois dans l'orbite ou dans les os. Il faut une grande attention pour bien séparer quelques-uns de ces kystes séreux proprement dits de certains kystes glandulaires ou des kystes hydatiques des os.

La cavité des kystes est le plus souvent unique; dans d'autres cas elle est multiloculaire; parfois des brides fibreuses vont d'un point à l'autre de cette cavité, et y établissent des séparations très-incomplètes. Le volume de ces tumeurs est excessivement variable. Dans certaines dégénérescences kystiques des organes, les plus petits kystes n'ont que le volume d'une tête d'épingle; dans d'autres cas ils contiennent jusqu'à quarante livres de liquide. Les kystes qui renferment les fluides les plus simples et qui ont les parois les plus souples sont aptes à atteindre le plus grand volume. La forme de ces tumeurs ne saurait être précisée: ordinairement elles sont globuleuses et assez régulières, mais il n'est pas rare de les voir couvertes de bosselures qui traduisent la variété multiloculaire. Des brides fibreuses, étendues d'un point à l'autre de leur face interne, suffisent souvent à changer la forme arrondie des kystes.

La composition anatomique de la paroi des kystes présente plus d'une variété. Il est assez rare de trouver à cette paroi la minceur d'une séreuse; le plus souvent les kystes sont formés par une enveloppe fibreuse plus ou moins épaisse, lisse à son intérieur, filamenteuse au dehors. Cette couche cellulo-fibreuse est peu vasculaire et ne contracte au début que de faibles adhérences avec les parties voisines. Plus tard, et en raison de diverses circonstances, ces parois s'indurent, perdent leur consistance molle, et s'infiltrent de sels calcaires. En général, l'épaississement et la calcification des parois d'un kyste sont des signes de la perte de son pouvoir producteur.

Le contenu des kystes est aussi très-variable. La présence des gaz y est rare, et il faut n'accepter qu'avec quelques restrictions ces *kystes gazeux* inscrits dans le Musée des chirurgiens de Londres sous les nos 153-154, quoique ces pièces aient été déposées par Hunter, envoyées par Jenner et analysées par Cavendish. Il s'agit, en effet, de kystes sur des intestins de pores tués dans l'été, où les productions gazeuses se forment si vite. Le plus souvent on trouve dans les kystes séreux une sérosité limpide, citrine, albumineuse; plus rarement c'est un liquide mucilagineux ou plus épais

encore, et semblable à de la colle. La matière colloïde se voit dans certains kystes séreux du cou et du rein. Des paillettes de cholestérine nagent parfois en abondance dans le liquide séreux des kystes. On y trouve aussi du sang pur, ou mêlé à d'autres substances, ou coagulé, ou brunâtre comme du chocolat. Dans les kystes primitivement sanguins, le sang reste presque toujours liquide, tandis qu'il est coagulé lorsqu'il s'accumule accidentellement dans un kyste séreux. Enfin on a signalé là une substance épaisse, brune, élastique, très-analogue au caoutchouc. Ce n'est pas chose rare de voir un kyste à plusieurs loges contenir dans les unes des produits tout à fait différents de ceux que renferment les autres.

ÉTIOLOGIE. — Les causes des kystes séreux sont très-obscurcs. Quelques malades rapportent ces tumeurs à des contusions antérieures. Cette cause n'est point fréquente, car rarement on a pu suivre la transformation des dépôts sanguins en kystes séreux. Mais dans les cas où cette transformation a eu lieu, on a vu le sang se coaguler, ses matériaux solides se déposer, un liquide onctueux, jaunâtre, en prendre la place.

Si la transformation de dépôts sanguins traumatiques en kystes séreux est rare, on voit plus souvent, à la suite de contusions, des épanchements de sérosité se former dans le tissu cellulaire et s'y circonscire. C'est une exsudation rapide de sérosité qui se fait dans le tissu; il me semble que ses mailles contusionnées représentent autant de petites poches séreuses qui laissent suinter du liquide. Cet accident des contusions diffère, par la rapidité de son développement et par le mécanisme de sa production, des kystes séreux qui succèdent quelquefois à des épanchements sanguins.

Certains kystes sont primitivement constitués par un épanchement de lymphes plastique qui se dépose autour d'une matière exsudée. La couche membraneuse qui s'organise d'abord autour de cette substance se développe peu à peu, augmente avec elle, et finit par refouler les tissus environnants. Mais dans tous les cas elle en reste bien distincte, et l'on a cru à tort que certains organes formaient seuls la paroi de kystes situés dans leur voisinage.

Quelques kystes se forment par un autre procédé. Lorsqu'une inflammation se développe au sein d'une cavité séreuse, il n'est pas rare de voir les produits exsudés se circonscire dans un coin de cette séreuse par une inflammation adhésive. Tel est le mécanisme de certaines péritonites enkystées.

Mais pour un très-grand nombre de kystes il n'est possible d'invoquer ni une origine traumatique, ni une phlegmasie antérieure, et l'on a dû chercher ailleurs la source de leur développement. Quelques recherches intéressantes ont été entreprises dans cette direction, et il faut citer particulièrement celles de Rokitansky et de Frerichs, confirmées par Paget. Ces observateurs distingués ont pu, à l'aide du microscope, reconnaître le premier degré de formation de certains kystes. Quand on examine à l'œil nu, par exemple, des fragments d'un rein atteint d'une dégénérescence kystique, on trouve des vésicules arrondies d'un volume très-variable, dont

les plus petites, comme un grain de millet, sont formées d'une enveloppe celluleuse très-fine, à l'intérieur de laquelle le microscope fait voir des noyaux granuleux ou plus souvent des cellules arrondies ou polyédriques. Dans quelques vésicules, c'est une couche épithéliale qui double le kyste. Si l'on poursuit ces recherches à l'aide du microscope, on trouve au voisinage des vésicules visibles à l'œil nu, d'autres plus petites, puis des noyaux isolés, de telle sorte qu'on peut concevoir l'évolution de certains kystes en admettant qu'au milieu de granulations élémentaires apparaissent d'abord des vésicules dont les plus petites contiennent un liquide transparent. Il s'y développe peu à peu des noyaux, et cette multiplication endogène des noyaux arrive jusqu'à remplir la vésicule. Là est l'origine d'un grand nombre de kystes, d'après les recherches que Rokitsansky a développées dans le livre déjà cité, et auquel nous renvoyons.

**SYMPTOMATOLOGIE.** — Il ne peut être question ici que des symptômes les plus généraux des kystes, et surtout des kystes externes. Ceux-ci se montrent d'abord sous la forme de tumeurs en général arrondies, mobiles, sans changement de couleur à la peau, indolentes. Lorsque la poche kystique est bien remplie, elle est dure et incompressible.

Ce sont là les principaux caractères des kystes à leur début; mais ces tumeurs augmentent de volume, tantôt très-lentement, tantôt par saccades, et alors leur forme se dessine à l'extérieur; la peau se distend, s'amincit, les veines sous-cutanées deviennent plus saillantes, et l'on constate une véritable fluctuation. Toutefois ce dernier symptôme est d'autant moins manifeste que la densité du liquide, l'épaisseur de la poche et la tension de ses parois sont plus grandes. Si le kyste est assez saillant à l'extérieur pour qu'on puisse placer derrière lui une bougie, si d'autre part il renferme une sérosité citrine ou incolore, il sera d'une transparence manifeste; mais il ne faut guère compter sur la transparence lorsque le contenu du kyste est fortement coloré et lorsque les parois sont épaisses ou ossifiées. Dans ce dernier cas, la pression du doigt fait reconnaître une consistance plus marquée des parois qui, déprimées, reviennent brusquement sur elles-mêmes en laissant entendre un bruit sec et parcheminé. Ce signe est des plus manifestes dans certains kystes des os maxillaires.

Les kystes séreux peuvent rester longtemps au milieu des tissus, sans se révéler par aucun symptôme fonctionnel. Quand ils ont atteint un volume considérable, ils gênent le jeu des organes, engourdissent parfois la partie en comprimant les nerfs, ou bien y développent certaines douleurs. La santé générale conserve son intégrité.

Arrivés à un certain volume, quelques kystes restent stationnaires, d'autres augmentent toujours et acquièrent des proportions énormes, tandis qu'on en voit quelques-uns rétrograder et disparaître. L'inflammation qui s'empare quelquefois des kystes les transforme en abcès qui s'ouvrent à l'extérieur. La poche morbide, revenant alors sur elle-même, peut s'oblitérer complètement. Mais, dans des cas moins heureux, l'ou-

verture du kyste se cicatrise, du liquide s'épanche de nouveau, et la tumeur se reproduit; ou bien il s'établit une ou plusieurs fistules qui persistent.

Quoiqu'il en soit, cette transformation inflammatoire des kystes ne réagit sur l'ensemble de l'économie que médiocrement, à moins que les kystes ne soient très-volumineux. Les malades n'éprouvent aucun des phénomènes qui signalent l'envahissement de l'économie par une diathèse, comme la diathèse cancéreuse, et l'on remarque, à côté de l'intégrité des ganglions, la seule réaction qu'amène l'état phlegmasique du kyste.

**DIAGNOSTIC.** — Les kystes, par l'ensemble de leurs caractères négatifs, sont souvent d'un diagnostic assez obscur. Leur développement lent, leur indolence, leur fluctuation, peuvent les faire confondre avec des abcès froids. Leur tension, parfois très-grande, qui masque la fluctuation, leur surface bosselée, leur inégale consistance, les font ressembler à certaines tumeurs solides comme l'encéphaloïde; après avoir examiné les caractères de l'une et de l'autre tumeur, on reste souvent dans une hésitation qui ne peut être nettement tranchée qu'en ayant recours à une ponction exploratrice avec le trocart à hydrocèle, ou mieux avec le trocart fin des trouses.

Mais il ne suffit pas toujours de savoir qu'il s'agit de kyste; il est quelquefois utile de connaître l'état de sa cavité. Des bosselures bien distinctes, qui se montrent par saccades, peuvent faire croire à l'existence de kystes multiloculaires; la transparence de la tumeur doit faire songer à un kyste séreux, son origine traumatique à un kyste sanguin.

**PRONOSTIC.** — Ces tumeurs, qui ne produisent aucune altération générale de l'économie et ne récidivent point après l'extirpation, n'ont de gravité que par la place qu'elles occupent. Ainsi les kystes des cavités splanchniques qui compriment des organes importants, ou peuvent se rompre dans une cavité séreuse, ont une gravité que ne possèdent jamais les kystes extérieurs.

**TRAITEMENT.** — La guérison des kystes séreux a été tentée par des voies différentes. Les chirurgiens se sont proposé : A. de faire résorber le contenu du kyste; B. de vider ce contenu; C. de provoquer dans les parois du kyste une inflammation adhésive; D. d'enlever le kyste.

A. Il ne faut pas compter sur la résorption des matières contenues dans les kystes; certaines substances sont absolument réfractaires à ce travail physiologique, et la sérosité renfermée dans ces poches morbides ne disparaît même que rarement par l'influence des médicaments internes ou des topiques appliqués sur la tumeur. Aussi les purgatifs et les diurétiques, associés ou non à des préparations dites résolutive, comme l'eau blanche, le chlorhydrate d'ammoniaque dissous dans l'eau, les diverses pommades iodurées ou mercurielles, sont le plus souvent impuissants à guérir les kystes séreux. Quand ceux-ci sont minces, superficiels et facilement compressibles, on peut toutefois, avant d'employer une médication plus active, essayer les vésicatoires volants, renouvelés tous les cinq ou six

jours, et une compression méthodiquement faite; mais il y a peu de chances de succès.

B. La ponction évacuatrice est l'opération qui se présente d'abord à l'esprit quand il s'agit de kystes liquides; mais c'est là un moyen palliatif, et le plus souvent le liquide reparaît peu de jours après sa sortie. Dans quelques cas rares, toutefois, cette ponction n'est pas suivie de la récurrence. Il faut pratiquer cette opération avec le trocart à hydrocèle et suivant des règles que nous indiquerons plus tard.

C. Un autre but que le chirurgien cherche à atteindre par plusieurs moyens, c'est d'oblitérer la cavité du kyste en y provoquant une inflammation adhésive.

a. Le plus simple de tous ces moyens, c'est d'inciser le kyste et de le remplir de charpie sèche, de façon à provoquer là un travail de suppuration. On laisse d'abord cette charpie en place pendant quelques jours; puis on commence à enlever le pansement en détachant la charpie qui n'adhère pas trop fortement à la paroi du kyste. On la remplace par de nouvelle charpie, et chaque jour on agit de la même façon, jusqu'à ce que la suppuration soit très-développée. Alors il faut chercher à obtenir l'oblitération de la poche morbide; quelquefois il suffit pour cela de diminuer peu à peu la quantité de charpie. Les bourgeons charnus qui prennent naissance du fond du kyste finissent par le remplir complètement. Dans d'autres cas, les parois bourgeonnantes et opposées du kyste s'accolent et ferment ainsi la cavité accidentelle.

On ne conduit pas toujours ces pansements de manière à limiter l'inflammation suppurative à un faible degré. Quelquefois la réaction inflammatoire est très-vive et s'accompagne d'une fièvre intense. Là est le danger; là aussi est la cause de l'abandon de ce traitement dans un grand nombre de cas, quand il s'agit de kystes volumineux ou placés au voisinage de cavités ou d'organes à respecter. Cette incision reste applicable toutefois aux kystes à parois dures, multiloculaires, peu volumineux et situés dans des régions où l'on craint peu la propagation de l'inflammation.

b. Barthélemy et Malgaigne ont cherché à guérir certains kystes synoviaux à l'aide de sections multiples et sous-cutanées sur leur surface interne. Ces sections, qui n'ont pour but que de provoquer une inflammation adhésive, peuvent être appliquées à tous les kystes séreux convenablement situés. Pour cela on introduit un bistouri droit à lame étroite sous les téguments; on ponctionne le kyste, on en fait sortir le contenu, et, portant alors l'instrument dans plusieurs directions, on incise sur plusieurs points la poche kystique. Ces sections sous-cutanées provoquent, comme nous l'avons dit, une inflammation adhésive, et l'on peut obtenir l'oblitération du kyste, en exerçant sur lui une légère compression.

c. La cautérisation de la surface interne des kystes est un mode de traitement qui compte de très-nombreux succès, mais elle a peut-être été trop négligée à cause de quelques difficultés d'application, qu'il est d'ail-

leurs possible de vaincre. On a souvent ouvert les kystes avec un caustique, potasse ou pâte de Vienne, et après l'ouverture on a également cautérisé la surface interne de la poche. Nous pensons que dans bon nombre de cas, on agit mieux et plus vite : 1° en ouvrant le kyste avec le bistouri; 2° en faisant couler le liquide par une douce pression, et 3° en cautérisant avec un caustique métallique et à action lente la paroi interne du kyste. Nous faisons souvent usage dans ce but de pâte au chlorure de zinc. Les kystes séreux du plancher de la bouche, lorsqu'ils n'atteignent pas un volume considérable, sont facilement détruits par ce procédé. Après avoir ouvert ces kystes sublinguaux, nous laissons sortir au dehors le liquide gluant qu'ils contiennent ordinairement. Puis nous introduisons dans le kyste une couche de pâte au chlorure de zinc d'un millimètre d'épaisseur, et nous soutenons le tout avec quelques boulettes de charpie. Au bout d'une heure, on retire le pansement. Toute la surface interne du kyste est détruite; on laisse l'eschare se détacher, et à sa chute on trouve une surface couverte de bourgeons charnus; la guérison s'obtient ainsi par seconde intention.

d. Le séton avec des fils ordinaires ou même avec des fils métalliques a été assez souvent conseillé dans le traitement de certains kystes séreux. On traverse la poche avec le séton; on laisse le liquide s'écouler peu à peu, et, au bout de quelques jours, la surface interne du kyste s'échauffe, s'enflamme, suppure, et finit par se recouvrir de bourgeons charnus qui servent plus tard à l'occlusion de la cavité morbide. Mais c'est là une méthode longue et peu sûre qu'on réserve seulement pour quelques cas exceptionnels.

e. C'est au traitement par les injections irritantes qu'on a souvent recouru quand il s'agit de kystes séreux, mais il faut que le liquide ne soit pas trop épais et qu'il ne renferme point de matériaux solides, comme des caillots sanguins, etc., il faut encore supposer que la cavité du kyste pourra facilement revenir sur elle-même. On aurait peine à concevoir l'action d'une injection iodée dans un kyste séreux développé dans l'intérieur d'un os.

Cependant l'état visqueux, presque colloïde, du contenu du kyste n'est pas un obstacle absolu à l'emploi des injections; mais, pour enlever ce qui reste adhérent aux parois de la poche après la ponction, il convient de laver cette cavité avec de l'eau. On pousse donc à plusieurs reprises dans le kyste de l'eau ordinaire, on la laisse s'écouler au dehors, et, après plusieurs lavages successifs, la surface séreuse de la poche morbide est apte à subir l'action irritante du liquide. C'est ainsi que Denonvilliers est parvenu à guérir par l'injection iodée certaines grenouillettes qui contenaient un liquide très-visqueux; c'est en suivant son exemple que nous sommes parvenu à oblitérer un kyste du genou, dont le liquide gélatineux ne sortait que difficilement.

Un grand nombre de liquides ont été proposés pour servir à ces injections; on a surtout employé des liquides alcooliques, des teintures, des

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<sup>o</sup> 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 le 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

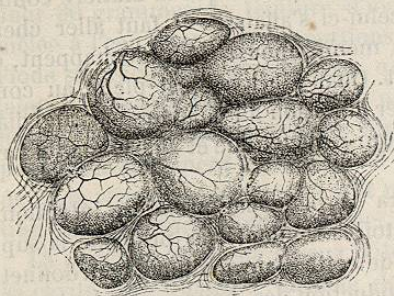


FIG. 21. — Kystes multiples de l'ovaire sur la surface desquels se répandent des ramifications vasculaires.

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. 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 du kyste.



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, durcies, 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 coit, 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.