

à la formation de kystes séreux par séparation du système vasculaire de bourgeons d'ectasie. Certains auteurs pensaient que ces tumeurs pouvaient servir de tissu matriciel au développement de sarcomes et de cancers. Mais un examen plus attentif permet de reconnaître que dans ces cas il s'agissait de sarcomes et de carcinomes télangiectasiques dans lesquels la néoplasie vasculaire était consécutive.

Le diagnostic clinique des angiomes repose sur la constatation des faits suivants : coloration, érectilité, souffles vasculaires, battements et expansion synchrones au pouls; siège des lésions au niveau de certaines régions présentant une faiblesse congénitale. Quant au diagnostic anatomique, il est facile lorsque la tumeur est injectée par le sang, et même lorsqu'elle en est privée. Les caractères des alvéoles et des cloisons ne ressemblent pas au système alvéolaire d'un carcinome. Un point plus difficile à résoudre est celui de déterminer si en dehors de l'altération télangiectasique il n'existe pas un tissu néoplasique ayant précédé l'apparition de l'altération vasculaire comme du tissu sarcomateux ou cancéreux. C'est un examen microscopique minutieux et l'analyse exacte de la structure des parois qui permettra de résoudre cette question. Enfin des myômes très vasculaires peuvent être cause d'erreurs anatomiques, mais l'existence d'un grand nombre de fibres musculaires dans les cloisons permet d'affirmer qu'il ne s'agit pas d'un angiome caverneux, mais bien d'un myome télangiectasique.

Le traitement est complexe et variable avec chaque cas et chaque région. Nous l'étudierons plus utilement à l'occasion des régions en particulier. Nous nous contenterons de rappeler que les angiomes guérissent naturellement par une régression régulière et que d'une façon générale les efforts doivent tendre à provoquer un mécanisme analogue. C'est en effet, un travail inflammatoire qui sollicite l'arrêt du cours du sang et fait disparaître par conséquent la pression sanguine, pendant qu'en même temps une formation conjonctive intense envahit la néoplasie et arrive jusqu'à la période de rétraction cicatricielle, avant que le cours du sang soit rétabli.

§ 15. — Lymphangiomes et lymphadénomes.

Les néoplasies lymphatiques se présentent sous deux formes différentes suivant leur point de départ dans le système lymphatique. Les unes partent des vaisseaux lymphatiques et sont caractérisées par une néoformation de ces vaisseaux, ce sont les *lymphangiomes*. Les autres représentent une formation nouvelle de ganglions lymphatiques ou hypertrophie des ganglions déjà existants, ce sont les *lymphadénomes*.

A. Lymphangiomes.

Les lymphangiomes sont constitués par des vaisseaux lymphatiques

de nouvelle formation, on les confond souvent avec de simples varices de ces vaisseaux. Il est difficile d'établir une distinction nette entre la néoformation et l'ectasie de vaisseaux préexistants. Breschet est le premier anatomiste qui ait signalé les varices lymphatiques et les tumeurs qu'elles forment au niveau de l'aîne. Robin, Felzer, ont décrit des tumeurs érectiles lymphatiques dans les mêmes régions; Virchow a saisi la relation qui existe entre le lymphangiome et certaines lésions de la langue et de la lèvre (le macroglossie et la macrocheilie); Nélaton et Trélat ont fait connaître les adéno-lymphocèles dans lesquels les lésions variqueuses et érectiles se continuent jusque dans les ganglions.

Anatomie pathologique. — Ces tumeurs sont molles, fluctuantes, dépressibles et adhérentes à la peau; elles sont constituées par un lacis de canaux lymphatiques communiquant les uns avec les autres et formant une sorte de tissu caverneux pouvant aussi communiquer avec l'extérieur par des trajets fistuleux qui restent permanents. Th. Anger a eu occasion de faire l'examen histologique d'un fait de ce genre. Il a constaté que les vaisseaux lymphatiques dilatés avaient une hypertrophie de leurs parois caractérisée surtout par une augmentation du nombre et du volume des fibres musculaires lisses qui y existent normalement. Il a été impossible d'étudier l'endothélium qui revêtait la face interne de ces canaux.

On doit rattacher aux lymphangiomes certains états anatomiques. D'abord la *macroglossie* qui est le plus souvent congénitale, quelquefois d'origine traumatique, et caractérisée par une augmentation de volume assez grande de cet organe pour l'empêcher d'être contenue en entier dans la partie de la cavité buccale située en arrière des arcades dentaires. Lorsqu'on en fait l'examen anatomique on trouve que le tissu de l'organe est parsemé de cavités lacunaires, et forme comme une sorte de tissu spongieux. Ces cavités sont des lacunes lymphatiques très dilatées qui donnent l'idée d'une sorte d'état œdémateux. Le tissu conjonctif est hyperplasié et on y trouve beaucoup de cellules jeunes. Les lacunes sont remplies par un liquide analogue à la lymphe renfermant beaucoup de cellules lymphatiques. On constate également une induration des glandes lymphatiques sous-maxillaires amenant l'arrêt partiel ou total de la circulation lymphatique, ce qui explique la dilatation variqueuse et cet œdème lymphatique. D'après les phénomènes cliniques, caractérisés par des accidents fébriles et de véritables poussées amenant une aggravation de l'état anatomique, on est en présence de véritables lymphangites. Lorsque l'état macroglossique est arrivé à un grand développement il amène comme conséquence des déformations secondaires des mâchoires, des lèvres, des parois de la cavité buccale.

L'étude anatomique de la *macrocheilie* a été faite par Billroth; cet anatomiste a trouvé dans cette lésion un tissu trabéculaire, caverneux,

renfermant après coagulation des caillots blancs formés de fibrine et de cellules lymphatiques ; lorsqu'il est resté fluide, il se présentait avec les caractères d'un liquide séreux ; cette étude établit donc une sorte d'identité entre la macrocheilie et la macroglossie.

De l'examen de ces faits et de la comparaison qu'on en peut faire avec l'éléphantiasis des Arabes, on peut établir que dans tous ces cas on est en présence d'une altération du système lymphatique caractérisée par une dilatation des vaisseaux préexistants, leur hypertrophie, et peut-être leur néoformation dans les parties radiculaires et par une transformation des lacunes inter-fasciculaires. Mais l'état de nos connaissances est encore imparfait sur ces faits et de nouvelles recherches sont nécessaires.

B. *Lymphadénomes.*

Les lymphadénomes sont des tumeurs constituées par le tissu adénoïde réticulé, tel que nous le connaissons depuis la description qui en a été faite par His. Cette néoplasie a été signalée pour la première fois par Virchow et Bennett qui reconnurent la leucocythémie et démontrèrent ses relations avec l'hypertrophie de la rate et des ganglions lymphatiques. Plus tard on vit que dans le cours de cette maladie ils s'était aussi développé des tumeurs dans le foie, le rein et d'autres organes, des néoplasies formées par des accumulations de cellules lymphatiques. D'autres part, Bonfils reconnut l'existence des mêmes lésions des glandes lymphatiques du foie, du rein, de la rate, sans leucocythémie, ce qui amena Trousseau à décrire cet état sous le nom d'*adénie*. Mais il faut bien le dire, la leucocythémie et l'*adénie* ne sont que deux sous-variétés de la lymphadénie. Les lésions essentielles sont les mêmes dans ces deux états morbides.

Anatomie pathologique. — Les lymphadénomes sont des tumeurs d'un volume très variable depuis celui d'un grain de mil jusqu'à celui d'une tête de fœtus. Dans les ganglions elles se confondent avec le tissu de cet organe qui paraît simplement hypertrophié. Lorsque plusieurs ganglions ont été envahi par le tissu nouveau il en résulte la fusion de ces ganglions en une masse commune lobulée extérieurement.

Sur une surface de section elles ont une apparence encéphaloïde ; leur tissu est mou, grisâtre, parsemé de points rouges correspondants à des dilatations vasculaires ou à des foyers hémorragiques. On trouve à la surface, par places, des îlots lardacés ou caséux.

Par le raclage on obtient un suc laiteux abondant constitué par de petites cellules rondes contenant un seul noyau, et des cellules plus volumineuses munies de plusieurs noyaux. Dans les points hématisés, ces cellules renferment des hématisés plus ou moins altérés et du pigment sanguin. A côté de ces éléments on trouve des cellules d'apparence

fusiformes, mais en réalité aplaties, provenant de l'endothélium, puis des globules rouges, et des noyaux libres.

Sur des coupes minces, après battage, on observe un réticulum formé par un tissu conjonctif spécial, dans lequel courent des capillaires sanguins entourés par une couche condensée de ce tissu et d'où partent les fibrilles du réticulum. Au niveau du croisement des fibrilles sont appliquées des cellules endothéliales dont les noyaux font une saillie appréciable. Les capillaires sanguins, dans les cas d'*adénie*, sont ou vides, ou remplis d'hématisés. Dans le cas de leucocythémie ils renferment une grande quantité de leucocytes.

On rencontre les formations lymphadéniques dans un grand nombre d'organes différents.

En premier lieu, dans les ganglions lymphatiques. Dans ce cas l'aspect est encéphaloïde, les fibrilles du réticulum sont plus épaisses qu'à l'état normal, et on retrouve partout la structure de la couche corticale, de telle sorte que le tissu conjonctif de la partie médullaire a pour ainsi dire disparu, tandis que les follicules sont hypertrophiés, et se déforment par compression réciproque.

Le thymus subit facilement une infiltration de ce genre ; même après son atrophie physiologique, on y retrouve les caractères du tissu leucémique. Dans la rate les corpuscules de Malpighi, représentant les follicules ganglionnaires, sont énormément développés, et atteignent quelquefois les dimensions d'une noisette.

Dans le foie on trouve plusieurs lésions distinctes. Dans les cas de leucocythémie, les capillaires sont remplis de globules blancs, de telle sorte qu'il y a une véritable apoplexie leucocythémique. Dans une autre forme il y a formation de nodules leucémiques constitués par du tissu réticulé et des leucocytes. Enfin dans un autre cas les capillaires sanguins sont dilatés et remplis d'hématisés au milieu desquels ressortent quelques globules blancs.

Le rein présente les mêmes lésions que le foie : apoplexie leucocythémique et formation leucémiques nodulaires. On trouve souvent des tumeurs lymphadéniques dans les muqueuses de l'estomac, de l'intestin ; elles peuvent être volumineuse, de 3 à 4 centimètres de diamètre, se différenciant par leur siège et leur indépendance des formations lymphatiques préexistantes, et par leur évolution des altérations de la fièvre typhoïde.

Dans le tissu osseux, les tumeurs lymphadéniques présentent les mêmes caractères histologiques, ainsi que dans le testicule, le tissu conjonctif intermusculaire et la peau. Dans ce dernier tissu cette altération donne lieu au développement d'une lésion connue sous le nom de *mycosis fongicide* ; elle se développe dans le derme, et y reste parfaitement limitée ; elle est susceptible de régression sans laisser de traces cicatricielles de son évolution.

Les lymphadénomes se développent aux dépens du tissu conjonctif des organes; il se produit d'abord une formation embryonnaire ayant son point de départ dans les éléments cellulaires du tissu conjonctif; ultérieurement on voit apparaître les trabécules du tissu lymphatique dans les mailles duquel les cellules restent emprisonnées. Les modifications nutritives qu'on observe dans le tissu de ces tumeurs sont: l'hémorrhagie qui est fréquente et en rapport avec l'abondance des leucocytes dans les capillaires, puis la gêne circulatoire qu'ils amènent par leur adhérence aux parois vasculaires; dans d'autres cas, il se produit des infarctus par la même cause, à la suite de véritables thromboses d'origine leucocytaire; ces foyers subissent ultérieurement les transformations granulo-graisseuses.

Le pronostic des lymphadénomes est grave. Cependant l'adénie est moins rapide que lorsque la lymphadénie est accompagnée de leucocythémie. Mais elles sont mortelles l'une et l'autre, et la marche de la maladie est généralement rapide.

TUMEURS FORMÉES PAR LES TRANSFORMATIONS DIVERSES DE L'ÉLÉMENT GLANDULAIRE.

Ce groupe est très complexe et donne lieu à beaucoup de discussions. Un grand nombre de faits anatomiques qui lui appartiennent ne sont pas encore entièrement élucidés. On le divise en deux classes. Dans la première il y a une hypertrophie simple de l'élément glandulaire. Cette lésion correspond à ce que beaucoup d'auteurs décrivent sous le terme d'*adénome*. La seconde est plus étendue et est formée des tumeurs dues à une hypertrophie avec transformation de l'élément glandulaire ou de la cavité préexistante, amenant la rétention du produit sécrété. Ce sont les *cavités kystiques*, ou *kystes* ou bien encore *cystomes*.

§ 16. — Adénomes.

Nous commencerons cet article en disant que nous ne croyons pas à l'existence des adénomes. Toute glande peut s'hypertrophier. Mais lorsque cette hypertrophie reste dans les limites physiologiques, elle est caractérisée par la conservation de la fonction glandulaire. Le produit sécrété et excrété est le même qu'à l'état normal, seulement il est plus abondant. Nous devons remarquer que le fait se produit régulièrement et physiologiquement pour toutes les glandes. Ainsi la glande mammaire s'hypertrophie dans la période préparatoire de la lactation, le testicule au moment du rut, l'ovaire dans les mêmes conditions, et toutes les autres glandes se multiplient lorsque la fonction est excitée dans les limites de l'action physiologique.

Les mêmes glandes peuvent s'hypertrophier, mais en dehors de la conservation de la fonction glandulaire, et dans ce cas, il nous paraît peu rationnel de considérer ces faits comme des exemples d'adénomes. L'élément glandulaire a cessé d'être glandulaire, ce qui est indiqué d'abord par les changements dans la nature du produit, par les modifications subies par l'épithélium qui a perdu ses caractères spéciaux, pour devenir un épithélium de revêtement. Lorsque ces faits se sont accomplis, la glande nous paraît avoir subi une évolution beaucoup plus grave que celle qui appartient à une hypertrophie simple, et il s'est constitué une véritable lésion hétéradénique.

Cependant les auteurs décrivent deux variétés d'adénomes: ceux qui se développent dans les glandes acineuses, et ceux qui ont pour point de départ les glandes tubulées. Nous ferons comme eux en faisant beaucoup de réserves sur l'interprétation des faits, qui servent à établir cette division.

Adénomes acineux. — Ceux qu'on décrit avec Broca sous ce nom, se rencontrent surtout dans la glande mammaire et correspondent à ce que Velpeau a désigné par le terme de *tumeur adénoïde*, et Lebert, d'*hypertrophie de la mamelle*. Mais cette interprétation n'est pas exacte et la presque totalité des faits de ce genre sont des fibromes, des myxomes, et des sarcomes lacunaires péri et endocanaliculaires. A côté de ces observations, Cornil admet l'existence de véritables adénomes représentés par des tumeurs du volume d'une noisette ou d'une noix, ne renfermant pas de kystes lacunaires et composés de culs-de-sac très serrés les uns contre les autres, séparés par une faible quantité de tissu fibreux. Ces culs-de-sac sont limités par une membrane bien nette, et renferment à leur intérieur un épithélium régulier. Mais il est nécessaire de faire à l'interprétation de ces faits une objection. En ce qui concerne la mamelle, l'épithélium remplissait les culs-de-sac glandulaires, et ne représentait aucun des caractères de l'évolution physiologique, l'apparence n'était alors que celle d'une glande en activité. Au contraire l'évolution épithéliale arrivait à la production d'une masse sèche, et subissait l'altération granulo-graisseuse au centre des culs-de-sac.

Pour nous, nous pensons qu'on est dans ce cas en présence d'une de ces néoplasies épithéliales encore indifférentes, mais auxquelles une excitation nutritive exagérée suffira pour donner naissance à une lésion grave épithéliomateuse.

Les cas cités par Cornil, d'hypertrophie limitée ou diffuse des glandes parotides, lacrymales, du voile du palais, du pharynx, méritent les mêmes objections: ou bien il y a hypertrophie avec conservation de la fonction physiologique, et ce n'est plus une tumeur, c'est une exagération de l'état normal; ou bien la fonction est abolie, et alors l'épithélium glandulaire a changé de nature et subi une évolution spéciale.

Les explications que nous venons de donner rendent compte de la difficulté d'établir le diagnostic anatomique des adénomes. L'interprétation de ces faits sera toujours difficile, parce que lorsqu'une tumeur de cette nature, ou supposée telle, est examinée, l'évolution ultérieure ne peut être démontrée.

Adénome tubulé à cellules cylindriques. — On décrit des lésions de ce genre comme étant très nombreuses dans les muqueuses qui possèdent des glandes en tubes. Elles sont le résultat d'une hypertrophie et d'un bourgeonnement de ces glandes amenant un épaissement de la muqueuse et souvent une saillie polypeuse. Ces tumeurs sont molles, généralement peu vasculaires et translucides. On n'obtient pas par le raclage de suc lactescent, mais un liquide muqueux dans lequel on trouve des cellules cylindriques et des cellules caliciformes.

Dans un premier degré on voit que les glandes sont hypertrophiées, dilatées et présentant des culs-de-sac latéraux secondaires; les cellules sont augmentées de volume et plus longues qu'à l'état normal. Dans un second degré de la lésion ces glandes se transforment en kystes muqueux; en effet le mucus concret obture l'orifice de la glande. Celle-ci se distend en forme d'outre; il en résulte la formation de vésicules plus ou moins grosses qui souvent se pédiculisent, et constituent des polypes. On constate l'existence d'altérations de ce genre dans la muqueuse utérine, dans la muqueuse intestinale, dans la muqueuse rectale où souvent l'épithélium change de nature et devient pavimenteux stratifié. L'interprétation qui est donnée de tous ces faits nous paraît aussi passible d'objections.

Dans une première forme, il nous semble qu'il s'agit d'une transformation muqueuse des glandes par rétention et transformation de l'élément glandulaire. Les autres faits dans lesquels l'épithélium se modifie si profondément ne nous semblent pas aussi innocents que l'on peut le penser à première vue, et dont on cite également des exemples pour les polypes muqueux du col utérin, et les polypes muqueux des fosses nasales proéminent dans le pharynx, et à l'ouverture des narines.

Pour un certain nombre de cas, ceux qui conservent dans leur masse la structure résultant du tissu matriciel, et dans lesquels on ne voit se produire que des kystes muqueux polypiformes, d'après le mécanisme que nous avons décrit, on peut dire qu'il rentrent dans la catégorie des formations kystiques. Mais ceux qui présentent la transformation épithéliale jusque dans le fond des culs-de-sac glandulaires, sont plus graves et ils seraient plus conformes à la vérité de les comparer à des formations épithéliales d'origine glandulaire et déviées de leur évolution physiologique.

§ 17. — Kystes.

On donne le nom de kyste à des néoplasies constituées par une mem-

brane de tissu conjonctif, un revêtement épithélial externe et un contenu liquide, qui peut être séreux, muqueux, colloïde ou sébacé. D'après cette définition, on ne doit pas confondre avec les kystes les cavités physiologiques qui se produisent dans l'intérieur des diverses tumeurs que nous avons étudiées, et qui succèdent à des transformations destructives du tissu de la tumeur. Ces cavités ne sont pas limitées par une membrane propre et n'ont pas de revêtement épithélial.

On doit diviser les kystes au point de vue pathogénique en deux classes. La première est formée par ceux qui proviennent d'une cavité naturelle préexistante. La seconde renferme les kystes qui se développent de toute pièce dans les parties solides d'un tissu ou d'un organe. On peut aussi les diviser d'après la nature du liquide contenu, en kystes sébacés et en kystes séreux ou muqueux et colloïdes :

1° *Kystes par rétention* qui comprennent plusieurs variétés qui sont les suivantes :

a. *Kyste sébacés simples*, produits par l'accumulation des cellules épidermiques et de la matière secrétée dans un follicule pileux ou un conduit excréteur. Il en existe plusieurs formes différentes. D'abord le *milium palpébral* saillant à la peau sous forme de petits grains blanchâtres occasionnés par l'accumulation de l'épiderme dans les follicules pileux. Les *comédons* dont l'orifice reste ouvert et par lequel on fait sourdre le produit sécrété accumulé, qui est la matière sébacée renfermant souvent le *demodex folliculorum*; les *loupes* fréquentes au cuir chevelu constituées par l'accumulation de masses épidermiques et de sébum, atteignent un volume quelquefois considérable. Aplaties ou lenticulaires, si le contenu est solide, elles sont stéatomateuses; s'il est liquide elles sont dites mélicériques. A la surface de la loupe on trouve souvent un point noir déprimé, indice de l'orifice du follicule pileux distendu. La paroi est formée par du tissu conjonctif à cellules aplaties et à lame parallèle. A la face interne, revêtement de cellules épithéliales pavimenteuses stratifiées; plus en dedans ces cellules s'agrandissent, puis perdent leur noyau qui disparaît par atrophie, et enfin elles se remplissent de gouttelettes de graisse.

b. *Les kystes dermoïdes*, dont une première variété présente la plus grande analogie avec les loupes, mais s'en différencie en ce qu'elles se développent dans des régions où normalement il n'existe pas de glandes sébacées.

Dans une seconde variété la membrane kystique est analogue au derme et possède sur sa face interne des papilles, des glandes sébacées et des follicules pileux. Ces derniers donnent naissance à des poils ou à de véritables cheveux. On a vu ces parois donner naissance à des verrues et à des productions cornées.

La troisième variété est plus compliquée; on trouve adhérents à la face externe de la paroi kystique des tissus différents et même des

organes comme des dents souvent même implantées dans du tissu osseux... Ces dents sont quelquefois très nombreuses, on en a compté même trois cents, on a noté aussi la présence d'éléments du tissu nerveux soit périphérique, soit central. Bien que des auteurs le mettent en doute, les kystes de cette troisième variété sont certainement dus à des inclusions fœtales; ceux de la seconde, à une perturbation dans le développement du revêtement cutané et l'inclusion des parties étendues détachées de l'ectoderme; ceux de la première variété à une inclusion de parties beaucoup plus petites de l'ectoderme.

Le siège le plus habituel des kystes dermoïdes est l'ovaire et le testicule; ils sont congénitaux et leur formation remonte à la vie intra-utérine. On pourrait rattacher à une perturbation dans le développement physiologique des tissus et des organes, les kystes développés dans le tissu conjonctif sous-cutané et profond, dont la paroi d'épaisseur variable est tapissée par un épithélium à cils vibratils, et renferme un liquide séreux. Ceux que Dumoulin a décrits comme périlaryngiens et péritrachéaux se rattachent à une perturbation dans l'évolution des fentes branchiales et des bourgeons trachéo-pulmonaires. Ceux que l'on observe dans le péritoine, plus particulièrement dans le bassin, comme le kyste prolifère enlevé par Maisonneuve, sont aussi le résultat d'une inclusion fœtale.

2° *Kystes séreux, muqueux ou colloïdes.* — Ces kystes peuvent se développer : 1° dans des cavités naturelles analogues à des séreuses; 2° dans des cavités glandulaires; 3° dans des tissus solides, et naître de toute pièce.

a. Kystes séreux. — Les bourses séreuses normales ou accidentelles sont creusées dans le tissu conjonctif et sont recouvertes à leur face interne d'un endothélium qui peut être détruit et se reformer. Le liquide sécrété à l'état normal est très facilement résorbé, à moins que la membrane externe ne soit enflammée, auquel cas la résorption n'a plus lieu. Il résulte de ces faits qu'une inflammation, même légère, déterminant une sécrétion abondante et détruisant la puissance absorbante de la paroi, suffit pour transformer une bourse séreuse en cavité kystique. Ces bourses séreuses devenues kystiques sont connues sous le nom de *hygromas*.

La paroi de la tumeur est épaisse, tapissée par un épithélium d'apparence pavimenteuse. Le liquide contenu est transparent ou troublé par des débris épithéliaux. Il renferme souvent des grains riziformes, formés de couches concentriques sans structure histologique régulière et dont l'origine est inconnue.

Dans les gaines tendineuses on voit se produire les mêmes néoplasies kystiques, d'après un processus identique. Ces kystes des gaines tendineuses pourvus de prolongements multiples en doigt de gant, portent le nom de *ganglions*. Quelquefois ils renferment des grains rizi-

formes. On pourrait rapprocher de ces lésions celles qui caractérisent l'hydrocèle de la vaginale, mais ces dernières sont plus particulièrement inflammatoires.

b. Kystes d'origine glandulaire. — On en décrit dans le corps thyroïde renfermant de la matière colloïde provenant de l'évolution et de la transformation des cellules qui occupent les cavités.

Les follicules de de Graafe sont susceptibles d'être atteints d'hydro-pisie et il est probable que des kystes de l'ovaire n'ont pas d'autre origine. Dans la muqueuse du tube digestif des glandes enflammées et dont l'orifice se bouche, forment des kystes muqueux. On les observe sur la muqueuse des joues et des lèvres, sur la muqueuse stomacale, sur la muqueuse laryngée et trachéale.

Dans le foie on trouve de petits kystes renfermant de la bile et quelquefois simplement séreux. Le rein est le siège de kystes produits par rétention à la suite d'atrésie des papilles. C'est à cette origine que l'on doit rattacher les kystes séreux ou colloïdes développés dans la maladie de Bright, et les néphrites interstitielles.

Dans le testicule il se forme des kystes aux dépens de l'élément glandulaire et de l'hydatide de Morgagni. Dans l'utérus les œufs de Naboth sont des exemples analogues.

c. Kystes prolifères. — On trouve dans l'ovaire des kystes formés de toute pièce et dont le développement est lié à l'évolution normale des tissus de l'organe. On sait que les ovules proviennent des cellules du revêtement péritonéal de l'ovaire. Cet épithélium envoie dans l'organe des bourgeons épithéliaux pleins qui végètent, puis s'isolent en formant les follicules de de Graaf lesquels ne sont pour ainsi que des sortes de kystes physiologiques développés aux dépens de l'épithélium germinatif de l'ovaire. Les kystes prolifères, ainsi que l'ont démontré les recherches de Malassez et de de Sinety, proviennent de la même origine et par un processus analogue. On voit en effet se former à la surface de l'ovaire des bourgeons épithéliaux qui pénètrent dans le stroma de l'ovaire et sont analogues aux tubes de Pflüger. Ils végètent, se ramifient, deviennent creux et forment des cavités multidigitées tapissées d'épithélium. Ces cellules sont cylindriques ou cubiques, quelquefois pourvues de cils vibratiles ou caliciformes. La surface de ces cavités devient villeuse, d'autre part le revêtement épithélial végète et donne lieu à de nouveaux bourgeons épithéliaux qui pénètrent dans la paroi et président au développement de nouveaux kystes.

Les kystes prolifères ainsi formés siègent le plus souvent dans l'ovaire, quelquefois dans l'épiploon; ils peuvent atteindre des dimensions considérables et sont multiloculaires. Leurs parois sont épaisses, indépendantes ou communes à plusieurs cavités. Leur surface interne présente des villosités et des papilles, et dans leur paroi on rencontre des kystes secondaires, en voie de formation.