

parfois on pourra modifier l'état de l'os en dilatant le trajet fistuleux, puis en y poussant des injections de teinture d'iode, de liqueur de Villate, etc.

2° Est-elle due au rétrécissement ou à l'oblitération des voies naturelles d'excrétion, il faut leur rendre leur perméabilité.

3° Est-elle liée à l'écartement des parois du foyer, à l'induration du trajet, il faudra par des incisions et des excisions modifier cet état, etc. (fistules à l'anus).

4° L'autoplastie, les cautérisations, les sutures peuvent guérir certaines fistules (fistules vésico-vaginales) (1).

(1) Voy. dans mon *Traité de Pathologie externe* les *Fistules à l'anus, urinaires, vésico-vaginales, etc.*

LIVRE II

DES TUMEURS.

Composition des tissus normaux.

Chaque tumeur ayant son analogue dans un tissu de l'organisme, un exposé succinct de la composition des tissus normaux peut servir de prélude à l'étude des tumeurs.

Depuis les travaux de Schwann, de Schleiden, la cellule est considérée comme l'unité organique par excellence; Virchow a démontré que toute production organique nouvelle était le fait d'une prolifération ou multiplication des cellules préexistantes: c'est la théorie cellulaire assez généralement acceptée (1).

Mais, tandis que plusieurs histologistes considèrent la cellule comme formée d'une enveloppe, d'un contenu granuleux ou protoplasma et d'un nucléole, Cornil et Ranvier définissent la cellule une masse de protoplasma renfermant un noyau; la formation de la membrane est pour eux un phénomène secondaire et consécutif produit, soit par la condensation des couches superficielles du protoplasma, soit par une excrétion de celui-ci.

Nous allons dire un mot de la composition de chacun des tissus de l'organisme, en donnant à côté de lui le nom de la tumeur pathologique qui lui correspond.

Les **tissus normaux** peuvent se diviser en quatre groupes:

- A. Le tissu de l'embryon;
- B. Les tissus dont les cellules n'ayant par elles-mêmes aucun caractère distinctif sont plongées dans une substance caractéristique

(1) C'est ainsi qu'en partant de l'ovule, dont la prolifération entre en mouvement sous l'influence du sperme, on s'élève à la formation de tout notre organisme et de toutes les productions pathologiques qui peuvent le frapper.

par sa forme et ses propriétés physiques et chimiques (*tissu conjonctif, cartilagineux et osseux*);

C. Les tissus dont les cellules ont pris une forme et des propriétés spéciales et déterminées (*tissus musculaire et nerveux*);

D. Les tissus dont les cellules ayant une forme déterminée et constante sont juxtaposées presque directement et élaborent dans leur intérieur certaines substances bien fixes (*épithéliums de revêtement, sécrétant soit une substance cornée telle que les ongles, soit du mucus; épithéliums glandulaires sécrétant de la pepsine, du suc intestinal, etc.*).

A. Premier groupe. — *Tissu embryonnaire. Sarcome.* — Les cellules embryonnaires sont les plus simples de toutes; elles sont formées d'une masse granuleuse dite protoplasma au milieu de laquelle se trouve un noyau, elles ont de 10 μ à 15 μ (c'est-à-dire millième de millimètre) (1).

Le premier pas de ces cellules vers une organisation plus avancée consiste dans la formation autour du noyau d'une membrane d'enveloppe.

Tous les autres tissus peuvent être considérés comme des dérivés de la cellule embryonnaire.

B. Le deuxième groupe comprend les tissus: 1° *conjonctifs*; 2° *cartilagineux*; 3° *osseux*.

1° Le *tissu conjonctif* se subdivise en tissus muqueux, fibreux, adipeux, réticulé et élastique.

Tissu muqueux. — *Myxomes.* — Les cellules embryonnaires se sont enveloppées d'une membrane présentant des prolongements qui les relient les unes aux autres; ces cellules et leurs prolongements (*cellules plasmiques*) sont séparés par une substance fondamentale contenant de la *mucine*.

Tissu fibreux. — *Fibromes.* — C'est une organisation plus avancée du tissu muqueux, la substance fondamentale et le protoplasma se dessèchent, s'atrophient, de telle sorte que la membrane et ses prolongements sont plus nombreux et plus denses.

Tissu adipeux. — *Lipome.* — La membrane d'enveloppe de la cellule plasmique (2) est distendue par des vésicules spéciales dites graisseuses qui refoulent le protoplasma et le noyau (3).

Tissu réticulé. — *Lymphadénomes.* — Ce tissu est formé d'un réseau de fibrilles conjonctives, réseau dont les mailles renferment des cellules lymphatiques; ce tissu forme aux capillaires qui le traversent une

(1) Ces cellules se multiplient par la division du noyau et la segmentation du protoplasma; si cette segmentation ne suit pas celle du noyau, la même cellule contient deux ou plusieurs noyaux.

(2) Cellule embryonnaire, revêtue d'une enveloppe.

(3) Le tissu élastique ne forme le type d'aucune tumeur.

couche condensée d'où se détachent les fibrilles et, dans les points d'intersection des fibrilles, se remarquent des nœuds.

Les tumeurs dites *myxomes, fibromes* et *lipomes* dérivent donc directement des diverses variétés du tissu conjonctif; mais on peut encore y faire entrer le *carcinome* formé d'une charpente fibreuse et renfermant des cellules hypertrophiées, et le *tubercule*, les *gommes* chez lesquelles les cellules sont au contraire atrophiées.

2° *Tissu cartilagineux.* — *Chondrome.* — Les cellules embryonnaires sécrètent autour d'elles des enveloppes ou capsules dont la fusion constitue une substance fondamentale, hyaline, transparente, assez dense, donnant de la *chondrine* par la coction (1).

3° *Tissu osseux.* — *Ostéomes.* — Les cellules osseuses sécrètent autour d'elles de la substance calcaire.

C. Le troisième groupe comprend: 1° le tissu musculaire; 2° le tissu nerveux (2).

1° *Tissu musculaire.* — *Myome.* — Le tissu musculaire présente deux variétés: muscles de la vie organique ou à fibres lisses, muscles de la vie de relation ou à fibres striées.

Les cellules des muscles lisses sont fusiformes, très longues (de 40 μ à 200 μ); elles sont formées d'une substance albuminoïde (résultant d'une transformation du protoplasma), sans enveloppe, et à leur centre se trouve un noyau allongé.

Les cellules des muscles striés dérivent également de la cellule embryonnaire, le protoplasma prend un aspect strié (3) et il s'entoure d'une enveloppe désignée sous le nom de *sarcoleme*. Toutes ces cellules sont réunies en faisceau.

2° *Tissu nerveux.* — *Névromes.* — Le tissu nerveux se compose de cellules et de tubes. Les *cellules nerveuses*, de forme et de dimensions très variables (10 à 100 μ), sont unies entre elles et au tube nerveux par des prolongements; elles sont formées d'un protoplasma coloré (cellules grises), d'un nucléole, et ne possèdent pas d'enveloppe.

Les *tubes nerveux* présentent deux variétés, avec ou sans moelle; ils procèdent également de la cellule embryonnaire qui s'allonge; mais nous ne voulons pas revenir sur cette texture qui a été exposée ainsi que les névromes dans notre *Pathologie chirurgicale*, t. I, p. 460.

(1) Une cellule cartilagineuse ne diffère donc d'une cellule muqueuse que par la substance fondamentale dont elle s'est entourée, substance qui est constituée par de la chondrine, tandis que dans le tissu muqueux elle est formée par de la mucine; de même la cellule osseuse se distingue des deux premières par son enveloppe calcaire.

(2) C'est-à-dire les tissus dont les cellules ont une forme et des propriétés spéciales.

(3) Probablement dû à des renflements successifs.

D. Quatrième groupe. — Tissus épithéliaux. — Epithéliome. — Ces cellules ont des formes très diverses (polygonales, cubiques, aplaties, cylindriques, à cils vibratiles, etc.), mais elles sont toutes juxtaposées de manière à former des membranes de revêtement qui se moulent exactement sur les surfaces qu'elles recouvrent, et de plus elles sont dépourvues de vaisseaux; on peut les diviser en deux classes: les *épithéliums de revêtement* que l'on rencontre sur la peau et sur les muqueuses, et les *épithéliums glandulaires* qui tapissent les culs-de-sac des glandes et sont généralement entraînés avec le produit de leur sécrétion.

Pour Ranvier et Cornil, les tissus épithéliaux donnent naissance non seulement aux épithéliomes, mais encore aux :

Papillomes, tumeurs formées par des papilles revêtues d'épithélium;

Adénomes, tumeurs dans lesquelles l'épithélium a la même disposition que dans les glandes;

Kystes, dans lesquels l'épithélium tapisse une cavité kystique.

DES TUMEURS EN GÉNÉRAL

On n'a pu encore donner une définition complète des tumeurs, définition embrassant à la fois toutes leurs variétés, tous leurs caractères cliniques et histologiques.

Au point de vue histologique, on peut, avec Ranvier et Cornil, définir une tumeur: « toute masse constituée par un tissu de formation nouvelle (*néoplasme*) ayant de la tendance à persister ou à s'accroître (1). »

Au point de vue clinique, quelques chirurgiens donnent le nom de tumeur à tout relief, toute tuméfaction anormale, quelle qu'en soit la cause (abcès, hernie, luxation, etc.). Pour d'autres, tout ce qui est gros ne constitue pas une tumeur, le mot tumeur implique l'idée d'une formation nouvelle non inflammatoire.

Classification. — Il est au moins aussi difficile de classer les tumeurs que de les définir, nous allons exposer les quatre classifications les plus fameuses.

A. Classification de Lebert, longtemps adoptée par Robin, Follin, Broca, mais aujourd'hui complètement abandonnée. Lebert divisait les tumeurs en deux groupes: les unes étaient formées par un tissu

(1) Cette tendance distingue les tumeurs des productions purement inflammatoires comme les abcès.

ayant son analogue dans l'économie (*tumeurs homœomorphes*); les autres étaient constituées par des éléments spéciaux sans analogues dans l'économie (*tumeurs hétéromorphes*). Cette théorie était d'autant plus séduisante que les tumeurs considérées comme homœomorphes étaient bénignes (lipomes, fibromes), tandis que les tumeurs hétéromorphes étaient malignes (cancer).

Mais elle n'est plus soutenable, car on sait, à n'en pas douter, qu'il n'existe pas de cellules spécifiques du cancer, du tubercule, etc., et que « le tissu qui forme une tumeur a toujours son type dans un tissu de l'organisme à l'état embryonnaire ou à l'état de développement complet »; il ne saurait donc y avoir de tumeur hétéromorphe. Cette loi formulée par Müller est généralement acceptée (Ranvier et Cornil).

B. Classification de Virchow. — Il divise les tumeurs en quatre groupes: 1° tumeurs formées aux dépens des éléments du sang (*hématomes*); 2° tumeurs formées par la rétention des produits de sécrétion et la dilatation des cavités sécrétantes (*kystes glandulaires*); 3° tumeurs formées par la prolifération des tissus de l'organisme (*tumeurs proprement dites*); 4° enfin des tumeurs mixtes constituées par la réunion de plusieurs des tumeurs précédentes.

C. Classification de Ranvier et Cornil. — Elle est basée sur l'analogie du tissu de la tumeur avec les tissus normaux; ainsi il y a des tumeurs formées par du tissu cartilagineux (enchondrome), d'autres par du tissu osseux (ostéomes), d'autres par du tissu embryonnaire (sarcome), d'autres par du tissu conjonctif (carcinome, fibrome). Or, et c'est en ceci que leur classification est mauvaise au point de vue clinique, ils sont obligés de réunir dans un même groupe, comme étant dérivées du tissu conjonctif, des tumeurs aussi différentes au point de vue clinique, que le carcinome et le lipome ou le fibrome.

D. Classification de Billroth. — Il est donc impossible de donner une classification satisfaisant à la fois l'anatomiste et le clinicien, et les efforts de Billroth dans ce sens n'ont pas eu plus de succès. Il divise les tumeurs en quatre classes: tumeurs bénignes, ne récidivant pas (lipomes, fibromes); tumeurs en général bénignes, mais pouvant récidiver et devenir infectieuses (sarcome, adénome); tumeurs à croissance rapide, toujours infectieuses (carcinome); il subdivise, sans nécessité, cette classe en deux groupes.

Malgré ses défauts, cette classification est peut-être encore la plus satisfaisante, aussi c'est à elle que nous donnons la préférence en réunissant en une seule les deux classes de tumeurs malignes.

Nous diviserons donc les tumeurs en trois groupes: **A. Tumeurs bénignes**; **B. Tumeurs à pronostic variable**, tantôt bénignes, tantôt malignes; **C. Tumeurs malignes**.

A. Tumeurs bénignes (1).

Kystes.
Lipomes.
Fibromes.
Ostéomes.
Papillomes.
Angiomes.
Myomes.
Névromes.
Tubercules.
Gommes.
Chondromes.
Adénomes.
Myxomes.
Sarcomes.
Lymphadénomes.
Lymphosarcomes.
Epithéliomes.
Carcinomes.

B. Tumeurs à pronostic variable.

C. Tumeurs malignes.

Pathogénie. — Les tumeurs naissent et se développent en vertu de causes générales qui nous sont inconnues; elles sont assez souvent *héréditaires*; certaines d'entre elles, comme le cancer, ne se montrent en général que chez l'adulte ou le vieillard.

Ordinairement leur naissance est spontanée, et ce n'est qu'avec une extrême réserve qu'on peut admettre qu'un traumatisme a été, chez un individu prédisposé, la cause occasionnelle de leur apparition (2).

On ne saurait admettre qu'une tumeur soit le résultat de la transformation d'un tissu normal; quant à la possibilité de la transformation d'une tumeur bénigne en tumeur maligne, elle tend de plus en plus à être admise par les cliniciens.

Symptômes. — La physionomie variée des tumeurs se prête mal à une description générale.

A leur *début*, elles sont en général peu nuisibles: c'est ce que Virchow désigne sous le nom de *stade d'indifférence*;

(1) Il faut remarquer que le mot bénin s'applique à la tumeur en elle-même, car par ses effets de voisinage, par le trouble qu'elle peut apporter aux fonctions d'organes importants, une tumeur bénigne peut occasionner la mort. Ex.: kystes de l'ovaire, angiomes ou tumeurs érectiles pouvant se rompre et déterminer une hémorrhagie mortelle, et cependant un angiome ou un kyste ne peuvent infecter l'organisme, ne récidivent pas après l'extirpation, et sont, par conséquent, des tumeurs bénignes.

(2) On ne croit plus, avec Hunter, à la formation des tumeurs aux dépens du sang épanché dans les tissus.

elles se présentent sous l'aspect de masses arrondies, plus ou moins volumineuses, dures, molles, fluctuantes ou élastiques et rénitentes.

En général elles ont de la *tendance à augmenter de volume*: les unes, souvent bénignes, le font en refoulant les tissus du voisinage; les autres, souvent malignes, adhèrent aux tissus voisins et se les approprient.

Les unes conservent pendant toute leur durée leur consistance primitive, les autres se ramollissent et s'ulcèrent; les unes sont toujours indolentes, les autres deviennent très douloureuses.

Toutes les tumeurs malignes et un certain nombre de tumeurs à pronostic variable envahissent les ganglions par le canal des lymphatiques, et leurs éléments, greffés dans le ganglion, le transforment en une tumeur semblable à la tumeur mère.

Les tumeurs bénignes ne déterminent pas d'infection générale et ne récidivent pas après l'extirpation. Les tumeurs à pronostic variable se comportent tantôt comme les tumeurs bénignes, tantôt comme les tumeurs malignes.

Quant aux tumeurs malignes, elles infectent l'économie, se généralisent, récidivent toujours après l'opération et sont constamment mortelles dans un délai, variable pour chacune d'elles.

Le **pronostic** se trouve exprimé par la dénomination donnée aux trois groupes des tumeurs.

Traitement. — Il est entièrement chirurgical et consiste dans l'extirpation aussi précoce et aussi complète que possible de la tumeur, et, s'il en existe, des ganglions envahis.

A. — TUMEURS BÉNIGNES

DES 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 (1).

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 (2).

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

(1) Ranvier et Cornil se bornent à les distinguer, d'après leur contenu, en deux groupes : 1° les *kystes sébacés* (simples et dermoïdes); 2° les *kystes muqueux, séreux et colloïdes*.

(2) 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.

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 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.

2° Les *kystes périgènes* se forment autour d'un corps étranger, 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.

Ces kystes s'observent non seulement dans l'ovaire, mais encore 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'inclusion fœtale*.

Les kystes dermoïdes de l'ovaire ont été attribués à des grossesses

ovariques; enfin Lebert expliquait leur développement par une véritable *hétérotopie plastique*.

Anatomie pathologique. — Ces kystes se rencontrent surtout dans l'ovaire, le testicule et au niveau de la queue du sourcil. — Leur paroi offre une texture semblable à celle de la peau; elle renferme des glandes, des poils, des papilles. — Leur contenu est assez variable, et, sous ce rapport, on peut, avec Lebert, distinguer trois variétés de kystes dermoïdes: 1° les uns ressemblent absolument aux kystes sébacés, ils n'en diffèrent que par leur siège et l'absence d'orifices; 2° les autres renferment des poils, des cheveux disposés

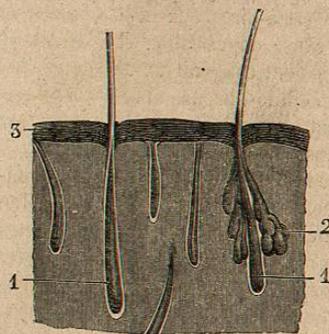


FIG. 7. — Coupe faite sur la paroi d'un kyste dermoïde placé au niveau de la queue du sourcil.

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

souvent en touffes; 3° chez d'autres encore, le contenu est complexe: on y rencontre, au milieu de la matière sébacée, des dents, libres ou implantées dans un fragment osseux (ces dents ont les caractères de la première et de la seconde dentition); des plaques cartilagineuses, des masses de tissu musculaire strié, etc.

Anatomie pathologique. — La paroi des kystes 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 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, poils, 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.

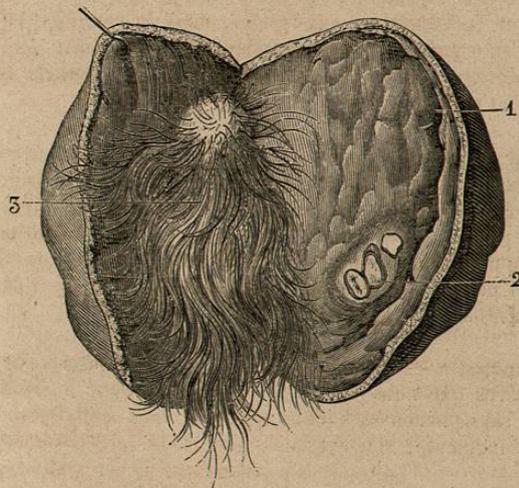


FIG. 8. — Kyste dermoïde ouvert; il renferme: 1, une matière granuleuse et blanchâtre que l'on a enlevée, en grande partie, pour montrer: 2, trois dents, et 3, une touffe de cheveux émanant d'un tubercule. Les dents et le tubercule chevelu sont implantés sur la paroi du kyste.

Symptômes. — Les kystes se présentent sous l'aspect de tumeurs arrondies, de volume variable, habituellement fluctuantes; ces tumeurs peuvent être molles, pâteuses, 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 (1). Les kystes développés dans les os peuvent

(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.

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 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 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.

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 résolutives. Ces moyens ne peuvent être dirigés avec quelque chance 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 injec-

tions iodées, le séton, le drainage, l'incision et l'application de charpie, la cautérisation, etc.

3° *Extirper le kyste* avec l'instrument tranchant.

LIPOME (λίπα, graisse).

Le lipome est une tumeur formée par le développement anormal et circonscrit du tissu adipeux (1).

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.

Anatomie pathologique. — Les lipomes ont exactement la *texture du tissu cellulo-adipeux*, ils 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;

(1) Remarquons qu'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).

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 un angiome qu'un lipome (Broca).

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

Siège. — Les lipomes 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 (1).

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 ; cette tumeur est, comme le sein, mobile sur les parties profondes ; sa surface est lisse ou légèrement lobulée (2).

Lorsqu'on la saisit à pleine main on a la sensation d'une masse lobulée, souple, spongieuse (3), 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 gras.

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.

(1) On a rencontré, mais à titre exceptionnel, des lipomes dans un grand nombre de tissus ou d'organes ; on en a observés dans les os, dans les muscles, dans les séreuses, exemples : polypes gras de l'épiploon pouvant tomber dans la cavité péritonéale, hernies grasses, 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).

(2) Entraîné par son poids, le lipome peut se pédiculiser ou descendre au-dessous de son point d'implantation.

(3) On a perçu dans quelques cas une sorte de crépitation.

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, elle n'infecte jamais l'organisme ; extirpée, elle ne récidive pas et ne gêne que par son volume, son poids et sa situation (1).

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 tous cas, rapprochez les lèvres de la plaie, soit par des sutures, soit par des agglutinatifs, et préparez surtout par une compression méthodique l'adhésion de sa face profonde aux tissus sous-jacents. Si vous n'obtenez pas une réunion immédiate, prévenez la stagnation du pus, soit en écartant les lèvres de la plaie, soit en plaçant un tube à drainage (2).

(1) Il est même exceptionnel de la voir se reproduire lorsque l'extirpation n'a pas été complète.

(2) Nous ne signalerons que pour mémoire le *broiement* sous-cutané des lipomes, leur cautérisation, leur ligature, écrasement, etc., l'extirpation par transfixion qui consiste à diviser le lipome en deux parties que l'on extrait ensuite par arrachement.

FIBROMES. — TUMEURS FIBREUSES

Les fibromes sont des tumeurs exclusivement formées par du tissu fibreux (1).

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.

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 (2).

Aspect. — Les fibromes se présentent sous l'aspect de tumeurs arrondies, 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* (3).

À 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 assez molle et laissant transsuder un suc blanchâtre offrant quelque ressemblance avec le suc cancéreux.

(1) Le tissu fibreux forme la charpente de la plupart des tumeurs et surtout du cancer, mais dans les alvéoles de cette charpente se trouvent des cellules libres, tandis que dans un fibrome il n'y a que du tissu fibreux; l'examen histologique d'un fibrome doit donc être fait sur des coupes nombreuses afin de s'assurer qu'il ne renferme que du tissu fibreux, car il y a des cancers où le tissu fibreux est assez développé pour qu'on puisse les prendre pour de simples fibromes.

(2) 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.

(3) Ces différences de consistance doivent être attribuées soit au siège du fibrome, soit à divers troubles de sa nutrition.

Au microscope on reconnaît que la tumeur est formée exclusivement de tissu fibreux, c'est-à-dire par une substance fondamentale disposée en faisceaux, au milieu de laquelle sont disposées des cellules plasmatiques anastomosées les unes avec les autres, cellules pleines de protoplasma et possédant un noyau; on y trouve également des vaisseaux qui, dépourvus



FIG. 9. — Coupe d'une tumeur fibreuse.

de tunique adventice, adhèrent directement au tissu de la tumeur, c'est ce qui explique les *hémorragies graves* observées parfois après la section des fibromes.

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

1° Le *fibrome molluscoïde* ou *molluscum simplex*, dans lequel la substance fondamentale de la tumeur est infiltrée de sérosité comme dans l'œdème (Ranvier et Cornil);