

3^o FARCIN AIGU.

Cette affection ne diffère de la morve aiguë que par l'absence de lésions des fosses nasales. Les symptômes, la marche, le traitement, sont conformes dans les deux cas. La terminaison est presque toujours fatale.

4^o FARCIN CHRONIQUE.

Le farcin chronique se produit d'emblée, sans aucun prodrome. La fièvre devient vive, dès l'apparition du premier abcès. Il se développe, en des régions très-variables du corps, des tumeurs douloureuses qui deviennent fluctuantes, et parfois se résorbent. Les abcès ouverts restent ordinairement fistuleux. Il n'y a pas de lésions des fosses nasales. Le malade succombe après un temps plus ou moins long, dans un marasme extrême.

Le traitement est le même que celui de la morve chronique.

Prophylaxie des affections morvo-farcineuses. En présence des cas malheureusement trop nombreux de transmission de la morve ou du farcin des solipèdes à l'homme, l'autorité a pris de sages et rigoureuses mesures pour prévenir, autant que possible, ces accidents : Il est défendu de faire coucher les palefreniers dans les écuries où se trouvent des chevaux soupçonnés de morve ou de farcin, ou dans des infirmeries ou autres locaux servant à loger des animaux malades. Dans les infirmeries autorisées, la chambre du gardien doit être construite de manière à ne pas communiquer avec l'écurie; la surveillance s'exerce au moyen d'un châssis vitré. Les chevaux suspects de morve ou de farcin sont mis en fourrière, après la visite d'un vétérinaire breveté; on les soumet à un traitement, soit dans les écoles vétérinaires, soit dans les infirmeries particulières, s'il y a lieu; si la morve ou le farcin sont bien constatés, les animaux sont marqués et ensuite abattus et livrés à l'équarrisseur. Les écuries qui ont servi deséjour à des chevaux morveux ne peuvent recevoir d'autres animaux qu'après une désinfection préalable. Il en est de même des équipages, harnais, colliers. Grâce à ces mesures hygiéniques, la morve et le farcin sont devenus aujourd'hui beaucoup moins fréquents.

III. PLAIES EMPOISONNÉES PROPREMENT DITES.

Ce sont les plaies dans lesquelles a été introduit, accidentellement ou volontairement, soit un poison minéral ou végétal, soit une matière animale putréfiée.

Lorsqu'un poison minéral ou végétal est déposé dans une solution de continuité, il est plus ou moins rapidement absorbé et produit des phénomènes généraux d'intoxication. C'est sur ce principe qu'est fondée la thérapeutique de certaines affections par l'inoculation sous l'épiderme de sels solubles, tels que l'acétate de morphine, le sulfate d'atropine, ou par les injections

sous-cutanées de ces mêmes substances. On a observé que l'introduction de ces poisons ne modifie pas l'aspect de la plaie. Le traitement local est le même que celui que nous avons exposé pages 70 et 71; le traitement général consiste à combattre les symptômes généraux par un contre-poison.

Parmi les blessures compliquées de l'introduction d'une matière animale putréfiée, nous devons mentionner les *plaies des anatomistes*. Les piqûres sont bien plus dangereuses avec un cadavre récent, avec des sujets qui ont succombé à une péritonite, surtout à une péritonite puerpérale. Les effets produits sont variables. Quelquefois, la petite blessure s'enflamme, mais l'inflammation reste circonscrite; dans d'autres cas, il se développe une angioleucite et une adénite, en même temps que des symptômes généraux, de la fièvre, de l'insomnie, de l'agitation. Parfois, le blessé est pris de délire, et il succombe dans l'espace de quelques jours. Chez quelques malades, les désordres se concentrent dans les ganglions lymphatiques, qui deviennent le siège d'abcès plus ou moins volumineux. On voit aussi se former des phlegmons simples ou diffus sur le trajet du membre.

Un autre effet produit par le contact de la matière cadavérique avec une piqûre faite par un instrument de dissection ou avec la surface d'une écorchure superficielle, est le TUBERCULE ANATOMIQUE, espèce d'hypertrophie papillaire du derme, caractérisée par une tuméfaction violacée, indolente, quelquefois saignante, divisée en une multitude d'élevures papillaires avec un espace vide au centre d'où l'on fait parfois sortir une goutte de pus. Le tubercule anatomique a son siège de prédilection aux doigts; parfois isolé, il se multiplie beaucoup dans d'autres circonstances. Chez quelques sujets, il disparaît spontanément; chez d'autres, il est plus tenace et exige quelques cautérisations.

Les blessures des anatomistes réclament des soins immédiats, afin de prévenir l'absorption de la substance toxique; le meilleur moyen, pour arriver à ce but, est de laver la plaie à grande eau et de la faire saigner, puis de la garantir contre le contact de toute matière irritante, en l'enveloppant d'un linge fin ou d'une bandelette de sparadrap de diachylon gommé. Les phénomènes inflammatoires consécutifs sont combattus par les moyens appropriés. (V. *Angioleucite*, *Adénite*.) Les troubles généraux réclament l'emploi d'une médication en rapport avec l'influence exercée par le poison animal sur le système nerveux.

CHAPITRE III.

DES CORPS ÉTRANGERS.

Tout corps ne faisant pas partie constituante essentielle de l'organisme sain, se trouvant accidentellement en rapport avec la surface ou l'intérieur des organes, quelle que soit d'ailleurs son origine, est un *corps étranger*.

Les corps étrangers peuvent être divisés en deux grandes classes : les uns

viennent du *dehors*, d'autres se développent *spontanément* dans l'organisme. Parmi les premiers, il en est qui sont introduits par une solution de continuité *accidentelle*; ce sont des projectiles de toute espèce, des morceaux d'habillement, d'équipement, des éclats de bois, etc. (v. p. 63); les autres pénètrent par les orifices naturels, la bouche, les narines, l'anus, l'urètre dans les deux sexes, le vagin. Parmi ceux qui se développent *spontanément* au sein de nos organes, les uns naissent dans les cavités closes, les séreuses articulaires, par exemple; les autres, dans des cavités pourvues de canaux excréteurs, la vessie, la vésicule biliaire, etc.

Il est une autre classe de corps étrangers dont la connaissance importe au chirurgien: ce sont les corps étrangers *vivants*; les uns se rencontrent à la surface du corps ou au pourtour des ouvertures naturelles: sarcopte de la gale, larves de diptères (*musca carnaria*), oxyures ou ascarides vermiculaires, etc. D'autres vivent plus profondément au sein de nos organes: les ascarides lombricoïdes dans l'intestin grêle, les trichocéphales ou trichurides dans le cœcum; plusieurs variétés de tenia; des échinocoques dans les cavités splanchniques, dans les muscles, dans les viscères, le tissu cellulaire et les cavités médullaires des os. On a signalé la présence des trichines dans les muscles, de la douve dans le foie, du strongle dans le rein, du dragonneau ou filaire, ver de Guinée, dans le tissu cellulaire et musculaire, du monostome dans le cristallin, etc. Ces entozoaires déterminent souvent des accidents qui nécessitent l'intervention de l'art.

I. Corps étrangers inanimés introduits par une blessure. Il n'est aucune région du corps où l'on n'ait eu l'occasion d'en signaler l'existence; leur volume, leur nature, leur forme varient à l'infini, et les accidents auxquels ils donnent lieu sont forts différents, en raison des variétés des corps vulnérants et du siège même de la blessure.

Les corps étrangers introduits dans les tissus vivants s'y comportent de diverses manières: s'ils déterminent peu d'irritation, s'ils sont peu volumineux et peu consistants, ils peuvent être résorbés entièrement sans qu'il se passe autour d'eux aucun phénomène appréciable; c'est ce qui arrive pour le cristallin abaissé dans l'opération de la cataracte; le cristallin, plongé dans le corps vitré est un véritable corps étranger, qui est résorbé lentement et rarement d'une manière complète. Il en est encore de même dans certaines fractures des os longs par les projectiles d'armes à feu; on a vu se résorber de petites esquilles. Dans d'autres cas, ces corps étrangers *s'enkystent* dans nos tissus, où ils peuvent rester sans jamais déterminer aucun accident, et sans que, du vivant du sujet, rien puisse même en faire supposer l'existence. Un forçat meurt au bain de Rochefort; à l'autopsie, on trouve dans le thorax un fragment de fleuret, implanté, d'une part, dans le corps d'une vertèbre, et de l'autre dans une côte. Craly rapporte l'observation d'un ancien militaire, âgé de soixante-quatorze ans, blessé, à la bataille de Salamanque, d'un coup de feu à la région cardiaque; à sa mort, en 1864, on trouve la balle enkystée dans le péricarde, entre les orifices des veines caves; des adhérences anciennes et un léger épanchement dans le péricarde témoignaient d'une péricardite

ancienne. Depuis la blessure, le sujet avait toujours été bien portant, seulement il ne pouvait se coucher du côté droit; il disait sentir alors sa balle presser sur le cœur.

Dans d'autres cas moins heureux, les corps étrangers ne tardent pas à révéler leur présence par l'apparition de tous les accidents des inflammations phlegmoneuses et des collections purulentes. L'inflammation et le pus se portant du centre à la périphérie, le corps étranger finit par être entraîné au dehors. On a vu des balles, après un long séjour dans un point de l'économie sans y produire aucun accident, déterminer un abcès, au fond duquel on les a trouvées à l'ouverture de la collection purulente. Dans les fractures comminutives par armes à feu, il n'est pas rare, si les esquilles sont nombreuses, et si toutes n'ont pu être extraites au moment de l'accident, de voir se former, à des intervalles souvent fort éloignés, des abcès qui donnent issue à quelques fragments osseux. Dans ces cas, l'inflammation passe assez souvent à l'état chronique, et il s'organise des trajets fistuleux qui s'étendent de la périphérie du membre jusqu'aux parties osseuses atteintes. Ces trajets fistuleux fournissent en général peu de matière purulente; il faut, dès que survient un gonflement du membre et de la douleur, avoir soin de les agrandir, soit par la dilatation progressive avec l'éponge préparée ou la *laminaria digitata*, soit par le débridement avec le bistouri.

Il est des cas dans lesquels le corps étranger, après avoir séjourné quelque temps à la place où il a été primitivement introduit, se déplace et, cheminant au milieu des tissus, donne naissance ultérieurement à un abcès situé plus ou moins loin du lieu par où il a pénétré. On observe surtout ces phénomènes de migration, lorsque les corps étrangers pénètrent dans des régions recouvertes d'aponévroses résistantes et qu'ils présentent une extrémité effilée.

Les corps étrangers peu volumineux, les aiguilles, par exemple, ne causent généralement que peu de désordres. La sensation de piqûre qu'éprouve le blessé n'est ordinairement un peu prononcée que quand on vient à comprimer l'endroit malade. Sous ce rapport, la compression est un moyen précieux de diagnostic, tant pour constater la présence du corps étranger lui-même que pour déterminer le point précis où il faut procéder à l'extraction.

Des portions de verre, des fragments d'instruments tranchants peuvent séjourner des années dans nos tissus, sans donner lieu à des accidents. Souvent la plaie par laquelle ils ont pénétré se réunit rapidement par première intention; quelquefois elle reste fistuleuse. Les arêtes, les pointes aiguës que présentent ces corps occasionnent, dans d'autres cas, des douleurs fort vives qui font reconnaître leur présence. On a cité nombre de cas dans lesquels ces corps étrangers ont produit de véritables *accès épileptiformes*, revenant plus ou moins souvent, et ayant complètement disparu après l'extraction du corps étranger. Schröder van der Kolk guérit une petite fille, devenue épileptique à la suite de l'introduction d'un morceau de verre dans la paume de la main, en enlevant le corps étran-

ger; B. Brodie fit cesser des accès épileptiques en enlevant une balle du mollet d'un soldat.

Nous avons examiné précédemment (p. 64 et 66) les moyens employés pour reconnaître et extraire les projectiles par armes à feu; il nous reste à étudier quelques-uns des procédés employés pour extraire quelques corps étrangers particuliers.

Les corps peu volumineux, placés dans l'épaisseur de la peau, seront enlevés avec la pointe d'une aiguille, d'une épingle, d'une lancette, d'une aiguille à cataracte. Les aiguilles, les épingles, les fragments de verre seront enlevés avec ménagement, soit par l'ouverture d'entrée, soit en pratiquant des incisions convenables, en raison du volume du corps à extraire et de la région sur laquelle on opère. On devra ménager les nerfs et les vaisseaux d'un certain volume, les articulations, les tendons; les muscles seront autant que possible coupés parallèlement à leurs fibres. Quand la plaie par laquelle le corps a pénétré s'est cicatrisée avant qu'on ait pu procéder à l'extraction, il faut abandonner le corps étranger à lui-même, s'il ne révèle sa présence par aucun accident; s'il donne lieu à du gonflement inflammatoire, à la formation d'abcès profonds, s'il chemine dans les tissus et qu'on ait à craindre de le voir arriver sur des organes importants, ou dans des régions très-riches en vaisseaux et en nerfs, ce qui en rendrait l'extraction périlleuse, il faut en débarrasser le malade le plus promptement possible. Dès qu'on constate la présence du corps étranger, il faut pratiquer sur-le-champ les incisions convenables pour l'enlever.

Des corps plus volumineux que les précédents, des lames de couteau, d'épée, de sabre, de fleuret, des bouts d'échalas, des bâtons pointus, peuvent rester implantés dans nos tissus. Si ces corps font une saillie assez considérable à l'extérieur, on les saisit avec les mains, avec une tenaille, une pince à pansement, un davier, et on procède à l'extraction. Dans quelques cas, si, par exemple, la lame s'est brisée au niveau d'un os où elle est implantée, l'opération devient plus difficile. Lisfranc a vu extraire, par son père, une lame de couteau brisée au niveau du sternum: il mit à nu le corps étranger, en pratiquant sur les parties molles une incision en T; il fit ensuite, à l'aide d'une spatule, éprouver à l'os une perte de substance, puis il saisit la lame de couteau avec une pince à polypes, et réussit ainsi à l'attirer au dehors. Une lame de fleuret, de sabre, de couteau vient-elle à se briser au niveau d'une côte, on peut porter le doigt, armé d'un dé à coudre, dans l'intérieur de la poitrine, et refouler de dedans en dehors le corps étranger. Si enfin ce dernier ne fait saillie ni au dehors ni au dedans d'une cavité, il faut appliquer une ou plusieurs couronnes de trepan à son pourtour, de façon à se créer les moyens de le saisir.

II. Corps étrangers inanimés introduits par les voies naturelles.

Les accidents auxquels donnent lieu ces corps sont fort différents, selon la région dans laquelle ils ont été introduits. On les rencontre dans le conduit auditif externe, dans les fosses nasales, le tube digestif, le larynx, la trachée, l'urètre dans les deux sexes, le vagin. Les uns pénètrent accidentellement; c'est ainsi que des enfants avalent des billes de pierre ou de verre,

des pièces de monnaie, etc.; que de petites portions d'os pénètrent dans l'œsophage, pendant une mastication inattentive. Dans le conduit auditif externe et dans les narines, on a observé souvent la présence de corps peu volumineux, de noyaux de cerise, de pois, etc., poussés dans ces organes, par des enfants au milieu de leurs jeux. Dans l'anus, l'urètre, le vagin, on a constaté la présence de corps étrangers nombreux: les uns sont introduits dans ces cavités par une main étrangère, dans un but de malveillance, les autres par le sujet lui-même, dans le but de satisfaire des passions désordonnées. Quelquefois ces corps étrangers ont été introduits dans un but thérapeutique: une bougie, destinée à combattre un rétrécissement de l'urètre, se rompt dans la vessie, et devient le noyau d'un calcul vésical; un pessaire est oublié pendant de longues années dans le vagin, etc. (Pour plus de détails, voy. *Corps étrangers de l'œsophage, des voies aériennes, etc.*)

III. Corps étrangers inanimés se développant spontanément. Cette classe comprend tous les corps qu'on a désignés sous le nom générique de *calculs*, ainsi que les corps étrangers des articulations. Leur mode de production est en général assez mal connu; quelquefois ils ont pour origine l'introduction dans un organe creux d'un corps étranger, autour duquel se forment des dépôts de substances existant normalement dans l'économie; des calculs urinaires ont parfois pour noyau un haricot, un épi de blé, une épingle à cheveux, etc. Le plus souvent, le calcul se développe spontanément. Les régions dans lesquelles on a constaté la présence de ces calculs sont surtout la vessie, la vésicule biliaire, le sac lacrymal, les reins, les canaux salivaires, etc., etc. Les causes qui en favorisent la formation sont nombreuses; souvent ils sont le produit d'une diathèse générale, de la goutte, du rhumatisme, etc. Les calculs sont multiples ou solitaires. Souvent on en constate un certain nombre, surtout dans la vésicule biliaire; J. Cruveilhier en a compté jusqu'à cinquante-six, chez une femme morte à la Salpêtrière.

IV. Corps étrangers vivants. Les uns siègent à la surface du corps, sous l'épiderme: tel est l'*acarus scabiei*; d'autres au pourtour des orifices naturels, sur la peau, ou encore sur les plaies: des larves de mouches, surtout celles du *musca carnaria*. Jules Cloquet rapporte l'histoire d'un homme ramassé en état complet d'ivresse aux environs de Montfaucon. Ce malheureux était dévoré vivant par de gros vers blancs; il mourut dans le marasme, trois jours après son entrée à l'hôpital. On a vu aussi des larves s'engendrer sous des appareils inamovibles, appliqués dans le but de remédier à des fractures compliquées de plaies. Legrand du Saulle a vu une jeune fille de neuf ans, dont les sinus frontaux renfermaient des larves; elles occasionnaient une céphalalgie opiniâtre, accompagnée de convulsions.

La mouche *hominivore*, assez commune à la Guyane, dépose ses larves dans les sinus frontaux, dans les oreilles, dans les fosses nasales. Chez un malade, Saint-Pair a vu sortir trois cents larves, à la suite d'injections dans les fosses nasales. Le globe de l'œil fut bientôt envahi, puis la bouche, et le malade succomba dix-sept jours après son entrée à l'hôpital.

Les larves de mouches peuvent non-seulement s'introduire par les voies

naturelles ou par les plaies, mais se développer sous l'épiderme préalablement perforé par la mouche qui les dépose; des faits de ce genre sont rapportés par Leeuwenhoek, Hope, Saltzmann, Roulin, etc.

On a vu encore d'autres insectes s'introduire dans l'économie par les voies naturelles, ce sont surtout des coléoptères (*perce-oreilles*, *pédère allongé*, *blaps porte-malheur*, etc., etc.); des *myriapodes* (*scolopendre électrique*). Scoutetten rapporte un cas où il eut occasion d'observer des symptômes assez graves produits par l'introduction dans les narines d'une *scolopendre électrique*: douleurs insupportables revenant par accès, larmoiement, écoulement par les narines de mucosités fétides et mêlées de sang; hyperesthésie de l'ouïe et de la vision, parfois du délire. La maladie dura un an, et se termina subitement par l'expulsion de l'animal vivant qui avait 60 millimètres de long. Si pareil cas se présentait, on détruirait ces larves ou ces insectes, soit en les enlevant directement, soit en les faisant périr par des applications de topiques, tels que liquides désinfectants, alcool, acide phénique, injections huileuses dans les cavités naturelles, etc.

Les entozoaires que nous indiquerons ici sont: l'*ascaride lombricoïde*, l'*oxyure vermiculaire*, la *filaire ou ver de Médine*, les *cysticerques* et les *échinocoques*; d'autres seront signalés plus loin. (V. *Entozoaires de l'œil*.)

1° ASCARIDES LOMBRICOÏDES. Ils se tiennent généralement dans l'intestin grêle; parfois ils remontent jusque dans l'estomac et arrivent dans l'œsophage et le pharynx; ils peuvent même s'introduire dans le larynx, la trachée et les bronches. A.-J. Jobert cite l'exemple d'un sujet qui fut ainsi asphyxié par un de ces vers. On en a vu remonter dans les fosses nasales et sortir par la narine. Dans l'intestin, s'ils sont nombreux et se réunissent en peloton, ils donnent lieu parfois à des accidents semblables à ceux de l'étranglement interne. Charcellay raconte qu'une artériole de l'intestin fut percée par un lombric et qu'il en résulta une hémorragie mortelle. Les ascarides peuvent aussi sortir de l'intestin après l'avoir perforé, et former à l'extérieur des tumeurs désignées sous le nom d'*abcès vermineux*. De ces abcès, les uns sont *non stercoraux*, la perforation de l'intestin étant si petite que les matières fécales ne peuvent pas passer; les autres sont *stercoraux*, c'est-à-dire que l'ouverture intestinale permet la filtration des excréments.

On ne connaît pas d'exemples authentiques de péritonite déterminée par le passage d'un ascaride dans le péritoine.

2° OXYURES VERMICULAIRES. Ils ont de 2 à 4 millimètres de long, sont minces et très-blancs; l'extrémité postérieure est contournée en spirale chez le mâle. La femelle, plus grande que le mâle, a de 8 à 12 millimètres et est très-mince. Ils habitent d'ordinaire le rectum; on en a vu dans le cœcum, dans l'estomac, dans l'œsophage et jusque dans la bouche. Ils peuvent pénétrer dans le vagin, où ils excitent des démangeaisons vives, un prurit fort incommode et même un écoulement muco-purulent abondant. Souvent, chez les petites filles, la présence de ces vers dans le vagin provoque la masturbation et même la nymphomanie. J'ai opéré, il y a trois ans, d'une fistule à l'anus, un malade qui avait été tourmenté pendant longtemps par des oxyures. Les sinuosités et l'étroitesse des trajets permettaient de sup-

poser, avec le patient, que ces entozoaires s'étaient introduits dans le tissu cellulaire périanal.

Pour détruire les oxyures, on a recommandé des lavements avec de l'eau froide, de l'eau salée, une décoction de suie, une infusion d'absinthe, d'ail et d'asa fœtida, de sulfure de potasse, d'eau de chaux; ou bien encore une pommade à l'onguent gris ou au calomel.

3° LA FILAIRE OU VER DE MÉDINE attaque les Européens aussi bien que les nègres dans les contrées où il est endémique. Il se loge sous la peau, dans le tissu cellulaire; quelquefois on le rencontre entre les muscles, surtout aux pieds, aux cuisses, aux jambes et même au scrotum. La partie affectée ressemble à une veine variqueuse mobile sous la peau. Les douleurs sont atroces. Il existe peu ou point de symptômes généraux; il se forme un petit abcès, rarement un phlegmon diffus; une fois le pus sorti, on aperçoit une espèce de filament blanchâtre: c'est le ver. On l'extrait en le tirant doucement au dehors.

4° CYSTICERQUES. Le genre *cysticerque* est caractérisé par une vessie extérieure simple, contenant un seul individu, dont le corps, un peu cylindrique ou déprimé, se termine en une vessie caudale. La tête est semblable à celle de ténias armés, pourvue de quatre suçoirs et d'un petit museau garni de crochets.

Le *cysticerque du tissu cellulaire* (fig. 14; l'animal est vu dans toutes ses portions en A; on a représenté en B le cou et la tête grossis) a une tête quadrangulaire, un cou très-court s'élargissant à sa partie antérieure, un corps cylindrique assez long, une vessie caudale elliptique transversale. La plus grande masse de l'animal est formée par la *vessie caudale* (v, A), de forme ovulaire ou ellipsoïde, assez régulièrement arrondie, d'un volume plus ou moins considérable, ayant dans son plus grand diamètre de 4 à 12 millimètres. Cette vessie est remplie d'une petite quantité de liquide limpide qui s'écoule quand elle est entamée; elle est formée

d'une membrane séreuse très-mince, semi-diaphane, blanche-bleuâtre ou presque incolore, ressemblant à un kyste hydatique, quand l'animal est au repos. Ce qui distingue alors le cysticerque du kyste hydatique, c'est que la vésicule du premier présente à l'une de ses surfaces un *petit disque blanchâtre et opaque* répondant à la tête et au cou de l'entozoaire. En effet, la

vessie caudale se continue par un point de sa surface avec l'extrémité postérieure du corps (cr, A). Ce dernier forme une petite masse cylindrique ou allongée, d'une teinte blanc-grisâtre, de 2 à 8 millimètres de long, de 4 à 4 millimètres de large. Il est opaque et sillonné de rides transversales. A la partie antérieure, il se prolonge en un cou très-mince (cu, A et B), recouvert d'un grand nombre de petites élévations semi-diaphanes visibles au microscope. L'extrémité antérieure du cou supporte la tête (tt, A et B), irrégulièrement arrondie, presque quadrangulaire, entourée de quatre suçoirs et termi-

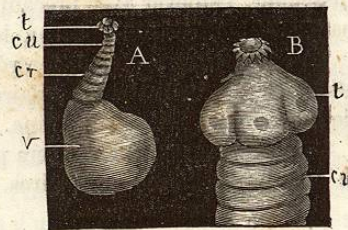


Fig. 14.

née en avant par un petit museau conique plus ou moins pointu. Les suçoirs, placés symétriquement au pourtour de la tête, représentent des disques circulaires, élevés, et munis au centre d'une plaque arrondie, composée de points noirâtres (t, B). Le museau, placé au centre et à la partie antérieure de la tête, est entouré d'une double couronne de crochets recourbés, d'une teinte brunâtre foncée et d'une disposition assez irrégulière, mais caractéristique.

Le cysticerque est plus rarement mobile dans les cavités et les liquides (chambre antérieure de l'œil) qui le contiennent, qu'attaché aux organes par l'intermédiaire d'un véritable kyste qui l'enveloppe. D'après J. Cruveilhier, il y a des cysticerques *akystiques*. La *capsule* ou l'*enveloppe* du cysticerque n'existe que lorsque le milieu où l'animal prend naissance est plus ou moins restreint et riche en tissu cellulaire. Lorsqu'elle existe, elle est formée d'une membrane en général résistante et épaisse, de nature fibreuse; doublée en dedans d'une membrane séreuse très-fine, blanche et lisse.

Il résulte des observations de Bremser qu'à l'état de repos de l'entozoaire, aussitôt que le cysticerque apparaît en dehors du kyste enveloppant, la tête, le cou et le corps se rétractent d'avant en arrière vers la vessie caudale et rentrent successivement en eux-mêmes, et les uns dans les autres d'abord, puis dans la cavité de la vessie caudale, en se renversant de dehors en dedans, comme les ventricules d'un limaçon. Le mouvement de rétraction commence par l'extrémité antérieure du ver, c'est-à-dire par la partie la plus saillante du museau. C'est aussi ce dernier qui, devenu le point le plus intérieur, sort le dernier, lors de l'exsertion de ces parties. Lorsque celles-ci sont revenues sur elles-mêmes, elles apparaissent à la face externe du kyste, sous forme d'un disque opaque, *d'une tache blanche comme du lait, un peu dure au toucher*. Ces parties, saillantes dans la cavité de la vessie caudale, à leur état de contraction, ne sont pas autrement reconnaissables à l'œil nu, ni même au microscope. Pour les voir, il faut ouvrir la vessie caudale, la disséquer, l'enlever avec précaution, lambeau par lambeau, en tout ou en partie, et mettre à nu le corps, le cou et surtout la tête du parasite.

Le cysticerque a été rencontré chez l'homme dans les muscles, la substance cérébrale, le tissu cellulaire sous-conjonctival, la chambre antérieure de l'œil, le corps vitré, la rétine.

5° ÉCHINOCOQUES. On trouvera plus loin, à l'article *Kystes acéphalocystes*, la description de ces entozoaires.

CHAPITRE IV.

DE L'INFLAMMATION.

On dit qu'une partie du corps est enflammée, lorsque cette partie présente quelques-uns ou la totalité des phénomènes suivants :

Phénomènes de l'inflammation. Ils sont de deux sortes : les uns se manifestent sur le lieu même qui est le siège de l'inflammation ; on les

appelle phénomènes *locaux* ; les autres se montrent dans l'économie tout entière : ils sont dits *généraux*.

I. Phénomènes locaux. Ce sont la rougeur, la douleur, l'élévation de la température, le gonflement, des troubles dans la circulation et la formation de produits nouveaux.

A. ROUGEUR. Phénomène constant, mais qui échappe sur le vivant à l'investigation du chirurgien, quand la partie enflammée est située profondément. La nuance est variable : tantôt c'est un rose léger, d'autres fois une couleur pourpre-foncé. La teinte propre aux parties enflammées résulte de la distension des vaisseaux par le sang qui y afflue en plus grande quantité, de la formation de capillaires nouveaux. La rougeur peut être uniforme dans tous les points enflammés ; le plus souvent, elle décroît d'intensité du centre à la périphérie. Elle se présente sous la forme de plaques ou de stries.

B. DOULEUR. Elle se manifeste en même temps et quelquefois avant la rougeur. Son caractère et son degré d'intensité présentent de nombreuses variétés : tantôt c'est une sensation gravative ; tantôt, et le plus souvent, ce sont des élancements ou des battements ; quelquefois, une sensation spéciale : celle de graviers situés derrière les paupières dans l'hyperhémie de la conjonctive ; une démangeaison dans les affections cutanées. La douleur est le plus souvent continue ; plus ou moins augmentée par la pression exercée sur l'organe enflammé, par les mouvements que le malade imprime à ce dernier, ou par l'action de certains excitants spéciaux.

C. CHALEUR. C'est un fait généralement admis, que la température des parties enflammées est supérieure à celle des parties environnantes. Les malades perçoivent eux-mêmes cette sensation de chaleur, et le chirurgien la reconnaît facilement, en plaçant la main sur la région qui est le siège de la phlogose. Cette sensation est-elle illusoire ou réelle, et un thermomètre appliqué sur la partie enflammée accuse-t-il une élévation de température ? Dans le but de répondre à cette question, J. Hunter a institué les expériences suivantes : — 1° La température de la tunique vaginale d'un homme atteint d'hydrocèle, était, au moment de l'opération, de 92° Fahr. ; l'inflammation développée dans la poche, après quelques jours, l'instrument marquait 98° ³/₄ Fahr. — 2° La température du diaphragme d'un chien, prise avant et après l'inflammation, ne varia pas de 101° Fahr. — 3° La température du rectum d'un chien, prise avant et après l'inflammation développée dans l'intestin, au moyen d'une injection irritante, resta à peu près uniforme, et des résultats semblables furent obtenus dans une expérience de même genre tentée sur le vagin d'une ânesse. H. Roger s'est assuré, par des expériences délicates, que chez les enfants atteints de stomatite, la température de la bouche dépasse la température de l'aisselle de quelque fraction de degré centigrade. Chez un enfant atteint d'une attaque de goutte du gros orteil, le thermomètre accusa, sur la face dorsale du pied malade, un degré de plus que sur la face dorsale du pied sain. En résumé, l'expérience démontre que les parties enflammées subissent une élévation de température dont les véritables limites ne sont