

a pas de liquide interposé entre le kyste adventif et la membrane acéphalocyste; quelquefois pourtant on y rencontre un liquide purulent ou une matière pultacée jaunâtre semblable à du mastic de vitrier. La membrane acéphalocyste est distendue par un liquide très-clair non coagulable par la chaleur, renfermant très-peu d'albumine, quelques granulations graisseuses et quelques sels.

La membrane acéphalocyste présente quelquefois de véritables bourgeons que l'on aperçoit par transparence à travers sa face externe. Ces bourgeons se développent le plus souvent vers la surface interne, quelquefois vers la surface externe, et rarement dans l'épaisseur de la poche acéphalocystique. Ils forment une saillie à l'intérieur de la poche, s'accroissent peu à peu, tendent à se séparer de la membrane mère et finissent par s'en détacher tout à fait; dans ces cas, la membrane acéphalocyste qui a donné naissance à ces acéphalocystes secondaires leur sert d'enveloppe commune; toutes les acéphalocystes secondaires ont la même organisation que l'acéphalocyste mère et leur nombre peut être variable.

3° *Membrane germinale.* Cette membrane, qui tapisse la surface interne de la membrane acéphalocyste, ne lui est que faiblement adhérente; l'échinocoque en naît par bourgeonnement, finit par s'en détacher et tomber vivant dans la cavité de la poche acéphalocystique.

4° *Échinocoques.* Examinés au microscope, les échinocoques (fig. 24) sont ovoïdes ou pyriformes, longs de 0^m^m,5 à 1 millimètre, étranglés à leur partie moyenne. La partie postérieure de l'animal est la vessie caudale (B, f), la

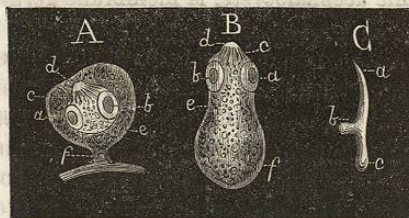


Fig. 24.

A, animal attaché en f à la paroi interne de la membrane acéphalocyste, la tête et le cou retirés dans le corps. a, tête; b, suçoir; c, couronne de crochets; d, proboscide.

B, animal développé. a, b, c, d, mêmes parties qu'en A; e, col; f, corps.

C, un des crochets de la tête de l'animal. a, griffe; b, garde; c, manche.

partie antérieure (A et B, a, a) est la tête armée d'une double couronne de crochets (A et B, c, c) que Livois évalue à quarante-quatre chez l'homme, et pourvue de quatre ventouses ou suçoirs (A et B, b, b). Le nombre d'échinocoques contenus dans chaque acéphalocyste est très-variable; Livois estime qu'il varie de cinq à vingt.

Causes. Les kystes acéphalocystes se remarquent surtout chez les individus arrivés à la

période moyenne de la vie, chez l'homme aussi fréquemment que chez la femme. On a eu occasion d'en observer dans toutes les contrées; Leudet prétend qu'ils sont plus fréquents à Rouen qu'à Paris, et Virchow a constaté qu'ils sont communs à Wurtzbourg et à Berlin. Guérout affirme que cette affection est endémique en Irlande, où elle attaque, dit-il, le cinquième de la population. On prétend que les échinocoques ne naissent point spontanément chez l'homme, qu'ils viennent du dehors; leurs larves seraient introduites dans l'économie par les boissons, les aliments.

Symptômes. Les kystes acéphalocystes se rencontrent dans toutes les

parties de l'organisme; dans les cavités séreuses, les os, les muscles, les glandes, le tissu cellulaire, le parenchyme des organes, notamment le foie. Les symptômes ne diffèrent pas sensiblement de ceux des kystes séreux (p. 163), si ce n'est qu'il faut y ajouter un signe que l'on a voulu donner comme pathognomonique de l'affection, le *frémissement hydatique*, et sur lequel nous reviendrons en parlant du diagnostic.

Abandonnés à eux-mêmes, ces kystes augmentent de volume et se comportent ultérieurement de diverses manières. Dans quelques cas, ils s'enflamment, et tantôt alors cette inflammation détermine la mort des animalcules, l'absorption du liquide renfermé dans la poche et la flétrissure des parois; tantôt l'inflammation est suivie de suppuration et l'abcès s'ouvre à l'extérieur ou dans un organe voisin.

Dans d'autres cas, le kyste distendu par le produit qu'il renferme se rompt, les conséquences ultérieures de cette rupture varient d'après les rapports de la tumeur; si le kyste s'ouvre dans une cavité séreuse telle que le péritoine, il en résulte une inflammation suraiguë très-grave; si c'est dans une cavité muqueuse, les acéphalocystes peuvent être expulsés au dehors; ainsi on a vu des acéphalocystes du foie éliminés par le tube digestif ou par les voies respiratoires; si c'est à la surface de la peau, il se forme une fistule qui persiste longtemps et s'accompagne d'une suppuration abondante; si c'est dans le tissu cellulaire, il se développe une tumeur qui s'ouvre quelquefois loin du siège primitif du mal.

Diagnostic. Les kystes acéphalocystes peuvent être confondus avec les kystes séreux. Pour les en distinguer, on a conseillé de rechercher une sensation particulière qu'ils présentent quelquefois, et que Piorry et Tarral ont fait connaître sous le nom de *frémissement hydatique*. Cette sensation, comparée à celle qu'on éprouve en frappant sur une montre à répétition, et dont on se rend beaucoup mieux compte en agitant quelques acéphalocystes dans la paume de la main, s'obtient en percutant légèrement la paroi du kyste acéphalocyste. Il ne faut pas s'exagérer l'importance de ce signe qui fait défaut dans le plus grand nombre des cas. La ponction exploratrice elle-même ne donne pas toujours de résultats satisfaisants, attendu que les acéphalocystes sont quelquefois trop volumineux pour sortir par la canule du trocart. Il est bien entendu que le diagnostic ne présente pas de difficultés lorsque l'issue de ces vésicules a lieu, soit par l'instrument explorateur, soit par l'un des canaux muqueux (bouche, rectum), à travers lesquels les acéphalocystes sont quelquefois expulsés au dehors.

Les considérations précédentes s'appliquent aux kystes qui ont déjà atteint un grand volume; pour ceux qui ont des dimensions petites, le diagnostic est encore plus embarrassant; les kystes profonds ne seront même pas soupçonnés la plupart du temps à cette période de leur formation, les superficiels seront facilement confondus avec d'autres tumeurs liquides ou solides.

Pronostic. Il est subordonné au siège du kyste; les kystes profonds sont plus graves que les superficiels.

Traitement. Il diffère dans les kystes superficiels et dans les kystes profonds ou viscéraux:

1° Lorsque le kyste est superficiel, qu'il n'a pas un volume considérable, on le traite par la méthode de l'*incision*. Est-il au contraire assez volumineux pour qu'on soit en droit de craindre le développement d'une inflammation intense et d'une suppuration abondante, il est préférable d'avoir recours à la *ponction* avec *injection iodée*; il faut bien se rappeler, dans ce dernier cas, que, pour vider complètement la tumeur, le trocart doit être porté en diverses directions pour piquer les divers acéphalocystes contenus dans la poche. Lorsqu'on est appelé auprès du malade à l'époque où le kyste est déjà enflammé et menace de s'ouvrir, il faut pratiquer une large incision, vider le contenu et panser à plat.

2° Les kystes acéphalocystes profonds, ceux du foie et de l'ovaire, comportent l'emploi d'autres procédés. On conçoit, en effet, que les précédents exposeraient à la blessure du péritoine et surtout à l'issue des acéphalocystes dans la cavité séreuse. Il fallait donc trouver un moyen qui permit d'arriver dans le kyste sans produire ces accidents. Plusieurs méthodes ont été proposées dans ce but :

(a) Récamier applique sur l'abdomen au niveau du point où la paroi abdominale est immédiatement en rapport avec la paroi du kyste, c'est-à-dire où ces deux parties ne sont pas séparées par des circonvolutions intestinales, une trainée de potasse caustique; le lendemain, il excise l'escarre et au moyen d'une nouvelle application de potasse, mortifie une couche plus profonde de la paroi abdominale qu'il traverse ainsi de proche en proche dans toute son épaisseur. Lorsque le caustique a pénétré jusqu'aux confins de la membrane séreuse, il se développe une inflammation adhésive qui fait adhérer le feuillet pariétal au feuillet entourant le kyste; toute cette portion du péritoine se trouvant ainsi isolée du reste de la séreuse, on peut arriver jusqu'au kyste sans avoir à redouter d'épanchement intra-abdominal. Le traitement ultérieur varie suivant que l'on juge convenable d'employer la *ponction* ou l'*incision* (voy. plus haut).

(b) Le procédé de Graves est fondé sur les mêmes données d'anatomie pathologique que celui de Récamier. Il consiste à inciser toute l'épaisseur de la paroi abdominale jusqu'au péritoine, qui est respecté. Sous l'influence du travail inflammatoire qui se développe dans la plaie, les deux feuillets du péritoine contractent des adhérences dans une certaine étendue; dès que ces adhérences sont assez solides pour qu'on n'ait plus à craindre un épanchement péritonéal, on peut pénétrer dans le kyste.

(c) Le procédé de Bégin, antérieur à celui de Graves, n'en diffère que par l'incision du péritoine lui-même. On pansé à plat, et, à la levée de l'appareil, le péritoine qui recouvre le kyste est adhérent au péritoine pariétal, ce qui permet encore d'éviter l'épanchement dans la cavité abdominale. Ce procédé expose plus que les précédents à la péritonite traumatique.

(d) Le procédé de Jobert consiste à pratiquer dans la tumeur, avec un trocart *capillaire*, dont la canule n'a pas plus d'un millimètre de diamètre, une ponction à l'aide de laquelle on évacue le plus de liquide possible. La canule est laissée en place pendant vingt-quatre heures. Si le kyste ne s'enflamme pas, et si le liquide se reproduit, on renouvelle la ponction à quel-

ques jours d'intervalle, jusqu'à ce que des symptômes locaux, douleur, fièvre, etc., annoncent le développement d'une inflammation adhésive. Celle-ci est alors combattue énergiquement, et plus tard on a recours à de nouvelles ponctions jusqu'à ce qu'on obtienne une guérison complète.

(e) Un procédé mixte a été recommandé par Trousseau. A l'aide d'aiguilles à acupuncture, enfoncées et laissées en place dans le kyste, on provoque l'adhérence des deux feuillets du péritoine, puis on pratique l'incision du kyste.

Chacun de ces procédés compte quelques succès, mais il faut attendre de nouvelles expérimentations pour en juger définitivement la valeur respective.

ARTICLE VII.

Tumeurs érectiles.

Les tumeurs *érectiles* ont été ainsi nommées, par Dupuytren, à cause de leur organisation. Elles sont, en effet, formées d'un tissu spongieux, aréolaire, continuellement baigné de sang, et qui ressemble beaucoup au tissu érectile des corps caverneux de la verge ou du gland.

On les a appelées *tumeurs variqueuses* (J.-L. Petit), *navus maternus* ou *navus sub-cutaneus* (Callisen, Wardrop); *tumeurs fongueuses sanguines* (Boyer, Roux); *anévrisme par anastomose* (J. Bell, Abernethy); *télangiectasie* (Græfe et Walther, Chélius); *fongus hématoïde* (Delpech, Maunoir); *angiomes*, etc.

Espèces. Variétés. On peut les diviser en trois espèces, suivant qu'elles sont exclusivement ou presque exclusivement formées par des vaisseaux à *sang rouge*, par des vaisseaux à *sang noir*, ou par les deux ordres de vaisseaux à la fois. Il y a donc des tumeurs érectiles *artérielles* ou *anévrismatiques*, des tumeurs érectiles *variqueuses* ou *veineuses* et des tumeurs *mixtes*.

Les tumeurs érectiles *artérielles* présentent deux variétés : dans quelques cas très-rares, un gros tronc artériel ou plusieurs artères d'un moyen diamètre se dilatent, leurs parois s'ulcèrent et se percent d'une infinité de petites ouvertures par lesquelles le sang s'échappe et s'infiltré dans le tissu cellulaire voisin et les parties adjacentes qui se transforment en un tissu mollasse, spongieux, abreuvé de sang. Pott a vu cette affection, deux fois, à la partie postérieure de la jambe, sur le trajet de l'artère tibiaie postérieure. P.-J. Roux a proposé le nom d'*anévrisme par érosion* ou d'*anévrisme de Pott* pour cette variété. Bien plus fréquemment, les tumeurs érectiles artérielles commencent par une dilatation des vaisseaux capillaires les plus ténus de la peau ou du tissu cellulaire sous-cutané, et les gros vaisseaux ne se dilatent que plus tard; nous les appellerons *tumeurs érectiles* proprement dites. Les tumeurs *variqueuses* offrent deux variétés analogues aux précédentes : tantôt ce sont les veinules les plus déliées qui sont dilatées, agrandies, agglomérées et entrelacées de manière à former une tumeur qui grossit plus tard; tantôt les gros troncs veineux sont altérés de la même manière que les troncs artériels dans l'anévrysme de Pott. Les tumeurs *mixtes* com-