

j'ai établies sur l'étendue à donner aux incisions, sur les moyens d'éviter les accidents consécutifs, ces accidents sont encore à craindre et peuvent exposer la vie des malades; puisque, d'un autre côté, ces tumeurs sont constamment indolores et n'offrent d'autre inconvénient que celui de gêner les mouvements articulaires, on ne doit avoir recours à l'opération que lorsque le volume de ces tumeurs, devenu fatigant pour les malades, les gêne au point de s'opposer au libre exercice de leur état. Dans le cas contraire, le chirurgien consulté pour cette affection doit engager le patient à vivre avec son mal; et s'il désire absolument en être débarrassé par l'opération, il est de son devoir de le prévenir des risques qu'elle peut lui faire courir. Lorsqu'elle a été pratiquée, on doit s'attacher à contenir l'inflammation dans de justes bornes; et, quand elle devient trop intense, il faut déployer avec vigueur l'appareil des moyens antiphlogistiques.

DES TUMEURS HYDATIQUES DÉVELOPPÉES DANS LES MUSCLES
ET DANS DIFFÉRENTES PARTIES DU CORPS.

J'ai quelquefois observé, dit M. Dupuytren, sur le trajet des muscles, des tumeurs hydatiques dont le développement gênait plus ou moins leurs fonctions. Les effets qu'ils produisent varient singulièrement. En général, ces kystes paraissent agir sur les organes de l'homme à la manière des corps étrangers, c'est-à-dire en refoulant ou en comprimant les parties au milieu desquelles ils sont situés: aussi leurs signes sont-ils souvent confondus avec ceux de plusieurs autres affections, et notamment avec ceux des tumeurs enkystées ordinaires, qui ne contiennent que de la sérosité, ou qu'une matière albumineuse dont l'aspect varie.

Ce sont surtout les kystes des acéphalocystes situés dans les membres ou dans les autres parties de l'extrémité du corps, qu'il est difficile de distinguer, pendant la vie, des kystes simplement membraneux. L'observation suivante va nous en fournir la preuve.

OBS. I. — *Tumeur dans le biceps. — Incision acéphalocyste musculaire. — Guérison.* — Un homme d'environ vingt-sept ans entra, vers les premiers jours de janvier 1833, dans les salles de la clinique de M. le baron Dupuytren, où il fut couché, salle Sainte-Marthe, n° 34. Cet individu, d'une assez bonne constitution, d'un tempérament lymphatique, et qui exerce la profession d'imprimeur, était occupé, il y a trois semaines, à charger sa presse. Ayant été obligé de faire un effort plus grand que de coutume, il sentit, dit-il, une vive douleur dans le bras gauche vis-à-vis le corps du biceps; il y porta la main, et y découvrit pour la première fois une tumeur. Lorsqu'il vint à l'hôpital, quelques jours après, il avait une tumeur développée à la partie antérieure et moyenne du biceps sur le trajet de la brachiale. Elle avait le volume d'un petit œuf de poule; elle était sans chaleur, sans changement de couleur à la peau, immobile, et cependant la flexion de l'avant-bras sur le bras produisait sur elle un mouvement d'affaissement. Au dire du malade, cette tumeur datait de huit ou dix jours au plus; mais elle était assurément d'une époque beaucoup plus ancienne. Était-elle produite par une rupture de quelques fibres musculaires? Mais le malade n'éprouvait aucune douleur sur le trajet du muscle.

Était-elle déterminée par un épanchement? mais la peau n'offrait point cette coloration violacée qui caractérise les ecchymoses. L'artère avait été lésée? Mais la tumeur ne présentait pas ces mouvements d'expansion et de retrait, isochrones aux battements du cœur, qui sont le signe essentiel des anévrismes.

Son existence était donc évidemment antérieure à l'accident que le malade avait récemment éprouvé. Or, pouvait-on la considérer comme une production squirrheuse? L'absence d'élançements, l'existence d'une fluctuation obscure, venaient détruire cette supposition.

En l'examinant avec plus d'attention, je fus porté, ajoute M. Dupuytren, à soupçonner qu'elle était formée par un kyste hydatique; et cette opinion me parut d'autant plus

probable, que je me rappelai un fait qui offrait de l'analogie avec celui-ci. Une jeune fille vint, il y a vingt ans, à ma consultation, avec une tumeur à la tempe, qu'on attribuait à un violent coup de fouet qui lui avait été donné par un voiturier. Je fis une ponction exploratrice, ce qu'on doit toujours pratiquer quand la nature du mal n'est pas bien déterminée; un jet de liquide séreux s'élança aussitôt. En agrandissant l'ouverture, je pressai sur les deux côtés; il sortit un grand sac blanc: c'était une hydatide qui s'était développée dans le corps du temporal.

Mais avant d'employer ce moyen chez l'individu qui faisait le sujet de notre observation, on appliqua pendant quinze jours des résolutifs et des astringents qui ne produisirent aucun changement. Le 15 janvier, la tumeur offrait une fluctuation des plus marquées; je pris le parti de faire une ponction exploratrice. Si, contre toute attente, nous devions rencontrer un anévrisse, une compression exercée avec la main aurait arrêté aussitôt l'hémorrhagie; et la ligature aurait été pratiquée immédiatement; s'il se fût agi d'un abcès, nous aurions donné issue à la collection purulente, et le but aurait été atteint. Un bistouri fut donc introduit; il s'écoula une grande quantité de sérosité qui s'était à peine teinte de sang en passant à travers les bords de la plaie. En pressant sur les deux côtés de l'ouverture, nous avons fait sortir un petit corps blanchâtre, que nous avons reconnu pour être l'acéphalocyste musculaire; il offrait un ovale à parois très minces, transparentes. Deux jours après l'opération, le malade était dans le meilleur état possible; il n'éprouvait aucune douleur; le muscle était revenu sur lui-même. Il s'y manifesta cependant une légère inflammation qui se termina par une suppuration fort peu abondante. Huit jours après, tous les accidents étaient dissipés.

Les acéphalocystes ont été long-temps confondues avec toutes les autres vésicules morbifiques. Mais lorsque l'anatomie pathologique fut cultivée avec plus de soin, on s'aperçut qu'il existait une très grande différence de nature entre les tumeurs vésiculaires membraneuses, fermes, et unies for-

tement au tissu des organes, et les vésicules plus molles, qui, libres de toute adhérence, roulent dans les cavités accidentelles, ordinairement tapissées par les premières. Les unes sont des kystes membraneux dont la texture est analogue, tantôt à celle des membranes séreuses, tantôt à celle des membranes fibreuses, etc. Les autres, au contraire, sont de véritables vers vésiculaires. L'acéphalocyste est l'un des plus simples de tous les animaux. Il se présente sous l'aspect d'une vessie membraneuse, de consistance d'albumine à demi concrète, et dans laquelle l'œil ne peut apercevoir, même à l'aide du microscope, aucun organe distinct.

La structure des kystes dans lesquels sont logés ces vers est assez composée; leur existence est constante, et c'est à tort qu'on a prétendu qu'ils pouvaient manquer. On rencontre toujours dans ces kystes un tissu fibreux, de la nature de celui des ligaments articulaires et des tendons, mais composé de fibres entre-croisées dans divers sens, et souvent très irrégulièrement. L'intérieur des kystes est quelquefois blanc et assez lisse, mais jamais il n'offre une surface aussi unie que les kystes séreux. Son aspect, fibreux et fort ressemblant à celui des aponévroses, l'en distingue d'ailleurs beaucoup. Les acéphalocystes sont ordinairement réunies en grand nombre dans un même kyste. Ces vers nagent dans un liquide qui, quelquefois, de même que celui qui est contenu dans les cavités des acéphalocystés, est absolument semblable à de l'eau pure, mais qui, souvent aussi, est jaunâtre, bourbeux, puriforme, plus ou moins épais. Quelle que soit la nature du liquide contenu dans le kyste, celui de la cavité des acéphalocystes est presque toujours transparent et semblable à de l'eau.

Il est rare qu'un kyste ne contienne qu'un seul ver. L'acéphalocyste est ordinairement fort grosse, et en contient plusieurs autres dans sa cavité intérieure. Quelquefois cependant on trouve des kystes assez forts qui ne renferment qu'une seule acéphalocyste. Il est probable que les kystes qui sont dans cette condition se sont formés depuis peu.

On ne connaît point d'observation authentique qui établisse

que les acéphalocystes puissent se développer dans les cavités naturelles du corps. Elles naissent toujours dans un kyste plongé dans le tissu même des organes. Il est vrai qu'on en a vu sortir de diverses cavités naturelles; mais il y a de fortes raisons de croire que cela n'a lieu qu'après que les kystes qui contenaient les vers se sont rompus dans ces cavités : tel était sans contredit le cas de cet individu dont nous avons parlé ailleurs. (Tom. I, *Leçons orales*, pag. 479.)

Lorsque cet homme sortit de l'Hôtel-Dieu, il avait une paralysie du côté gauche de la langue qui avait déterminé l'atrophie de cette partie; mais il conservait le sentiment du goût, ce qui fait penser que la lésion portait sur le nerf grand hypoglosse. Près de deux ans se passèrent sans entendre parler de lui, lorsque nous apprîmes qu'il était allé mourir à l'hôpital Cochin. M. le docteur Gendrin, qui a bien voulu nous communiquer quelques renseignements sur ce malade, nous informa qu'il avait conservé ses facultés intellectuelles presque jusque dans les derniers moments de sa vie. La paralysie du côté gauche de la langue et l'atrophie étaient encore plus marquées que lorsqu'il quitta l'Hôtel-Dieu; le goût avait un peu diminué du côté malade, mais il s'était néanmoins conservé. Cet individu disait que ses fonctions génératrices étaient très affaiblies. Quelques jours avant de mourir, des symptômes de compression se manifestèrent, et le malade succomba. A l'autopsie, qui fut faite avec soin, on trouva beaucoup de sérosité dans les ventricules; mais ce qu'il y a de plus remarquable, c'est qu'on découvrit un assez grand nombre d'hydatides à la base du cervelet; l'une de ces hydatides s'était introduite dans le trou condylien antérieur, et comprimait de la manière la plus évidente le nerf grand hypoglosse. Ainsi se trouva confirmé le diagnostic que nous avons établi. Ce fait est d'autant plus curieux, qu'il vient à l'appui de l'opinion des physiologistes qui pensent que ce nerf est plus spécialement destiné au mouvement et à la nutrition. M. Gendrin a prétendu que ces hydatides n'étaient point enkystées; mais il est probable que, dans ce cas, il y a eu déchirure des enveloppes; et ce qui le prouve, c'est

que le foie contenait une assez grande quantité de ces acéphalocystes qui étaient renfermées dans un kyste.

On a observé les acéphalocystes dans presque toutes les parties du corps humain. On a trouvé des kystes remplis de ces vers, dans la glande thyroïde, dans les duplicatures du péritoine; dans les poumons; dans les différentes parties du tissu cellulaire extérieur du péritoine; entre les tuniques des intestins; entre les lames de l'épiploon; dans le tissu du foie; dans les reins; dans les ovaires; dans la matrice, où elles forment la plupart des môles vésiculaires; dans la lèvre antérieure du museau de tanche; dans l'épaisseur des parois de l'abdomen; dans le tissu cellulaire inter-musculaire du col, du dos, de la cuisse, de l'épaule, et dans plusieurs autres parties.

Obs. II. — *Kyste hydatique de l'amygdale. — Accident. — Mort. — Autopsie.* — Adalberg (Joséphine), âgée de vingt et un ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, mariée, ayant eu quatre grossesses, dont aucune n'est arrivée à son terme naturel, et habitant un lieu bas et humide, éprouva, il y a onze mois, une angine tonsillaire à droite, laquelle dura quinze jours, et nécessita plusieurs applications de sangsues sur le côté du cou. Il y a quatre mois, nouvelle amygdalite à gauche, avec gonflement, rougeur et douleur. Quatre saignées et deux purgatifs firent cesser la rougeur et la douleur; mais le gonflement persista. La malade conserva de la difficulté à parler, fut de plus sujette à des maux de tête, et la menstruation fut moins abondante qu'auparavant. Dans la nuit du 8 au 9 avril 1827, frissons, céphalalgie violente, augmentation du gonflement. La malade vint le lendemain à la consultation de M. Dupuytren, qui trouve l'amygdale gauche d'un volume très considérable, formant une tumeur lisse, rouge, fluctuante, s'étendant en dedans jusqu'à la luette, en haut jusque dans l'épaisseur du voile du palais, qui est refoulé par elle en bas jusqu'à la base de la langue, et réduisant l'isthme du gosier à la moitié de son étendue; la voix était altérée, la déglutition douloureuse, la respiration difficile, surtout la nuit. La malade était obligée d'avoir la bou-

che très ouverte, et l'air ne sortait qu'en sifflant. Au toucher, cette tumeur présentait de la fluctuation. Le professeur crut à l'existence d'une collection purulente dans l'amygdale, plongea à la partie inférieure la pointe d'un bistouri, et vit, non sans étonnement, sortir par la bouche un flot de liquide transparent, assez semblable à de la sérosité. La pression augmenta cet écoulement, qui fut évalué à plus de deux onces.

La tumeur parut d'abord diminuée, mais pas tout-à-fait réduite; ce qui fit croire qu'il y avait probablement inflammation des parois du kyste et du reste de l'amygdale, qui pouvait même être altérée et squirrheuse. La malade cependant partit. Deux jours après, la tumeur était revenue avec tous ses symptômes, et ce fut alors qu'elle se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu, où elle fut admise, salle Saint-Jean, n° 10, le 12 avril 1827.

Le 13, les règles parurent, quoiqu'elles eussent eu lieu à leur époque naturelle, quinze jours auparavant, et durèrent cinq jours. Pendant ce temps, la tumeur perdit de son volume, de son inflammation, et demeura indolente. Le 17, M. Dupuytren saisit, avec les pinces de Museux, la portion de la tumeur qui dépassait les piliers du voile du palais, et l'enleva avec un bistouri boutonné. Cette portion offrit, du côté de la section, comme le fond des parois d'un kyste. Une nouvelle incision fut faite, et cette fois tous les doutes furent levés. Cette partie, à sa face interne, offrait une surface lisse, d'apparence séro-muqueuse. Le doigt, porté dans l'incision, se promena dans une cavité beaucoup plus considérable qu'on ne l'avait jugé d'abord, mais dont la capacité ne put être appréciée. La malade étant demeurée tranquille, on aperçut au bout d'une demi-heure un corps d'un blanc jaunâtre qui se présentait à l'ouverture; M. Dupuytren le saisit avec des pinces à anneaux, et en fit l'extraction sans difficulté; on vit alors que c'était une poche ovoïde, du volume d'un gros œuf de poule, un peu étranglée à sa partie moyenne, d'une couleur blanche jaunâtre, d'une demi-ligne d'épaisseur, ayant la consistance des fausses membranes ar-

rivées à un degré d'organisation peu avancé, pouvant facilement être décomposée en plusieurs lames, offrant une face interne lisse et comme séreuse, et une face externe, inégale et légèrement rugueuse. Cette poche enfin fut considérée par M. Dupuytren comme un kyste hydatique. Le fond de la gorge n'offrit plus la moindre tuméfaction; la malade ne souffrit plus, si ce n'est quand elle avalait quelques liquides. Les 18, 19 et 20, le mieux se soutient. On espère une prompte guérison. Il est survenu un léger dévoiement, qu'on peut attribuer à la frayeur de l'opération. Le 20, frissons, insomnie et agitation; déglutition plus difficile, couleur grise de la plaie, langue blanche, légères douleurs épigastriques, envies de vomir. En explorant le ventre, M. Dupuytren découvre une tumeur circonscrite, dure, indolente, occupant l'hypocondre gauche. La malade ne s'en était jamais aperçue; elle avait seulement remarqué, depuis l'âge de quatorze à quinze ans, que son ventre était volumineux. Les 22 et 23, même état; vomissement bilieux. Administration d'un vomitif, cinq vomissements. La nuit, six à sept évacuations alvines. Les 24 et 25, moins de douleur au fond de la gorge; déglutition plus libre, les nausées continuent; il s'y joint un peu de dévoiement. Le 26, le nez devient rouge, tuméfié, douloureux; la fièvre augmente. Le 27, face tuméfiée, rouge, luisante, et couverte de quelques phlyctènes transparentes. Le 28, le dévoiement augmente, l'érysipèle fait des progrès, les nuits sont agitées; la langue est rouge sur ses bords, et enduite au milieu d'une couche jaunâtre. Le 29, l'érysipèle quitte le côté gauche pour se jeter du côté droit. Le 30, la desquamation continue du côté gauche; l'érysipèle gagne l'oreille droite; langue rouge et sèche; nausées, vomissements, dévoiement abondant; ventre point douloureux. Le 1^{er} mai, l'érysipèle est borné du côté de l'oreille, mais il s'étend sur le front dans la journée; le ventre est douloureux; les vomissements et le dévoiement augmentent. Le soir, il y a un trouble léger dans les idées. Pendant la nuit, rêvasseries. Les sangsues qu'on a appliquées la nuit sur l'épigastre ont fait diminuer les vomissements et le dévoiement. Le 2, l'érysipèle est borné, les parties qui en

étaient le siège pâlissent; les autres symptômes diminuent. Le soir, le pouls est fréquent et petit; accablement, rêveries, froid des extrémités; des sinapismes promenés sur les jambes rappellent la chaleur. Le 3, langue moins rouge et assez humide. La malade n'éprouve aucune douleur, mais l'ouïe est dure; les extrémités sont couvertes d'une sueur froide. Le soir, la faiblesse augmente; la surdité est presque complète; la malade a toute sa connaissance; mais, excessivement faible, elle expire dans la nuit.

Autopsie. — Rien de particulier dans le cerveau et ses enveloppes. La rougeur érysipélateuse a disparu. *Entre les piliers* du voile du palais du côté gauche existe une ouverture ovale d'un demi-pouce de diamètre, aux bords arrondis et lisses, conduisant dans une cavité assez grande pour loger un œuf de poule, aux parois minces, fibreuses, lisses, grisâtres, et recouverte d'une couche purulente très légère, limitée en devant par le muscle ptérygoïdien interne, en arrière et en dedans par le pharynx, en arrière et en dehors par l'apophyse styloïde et les muscles qui en partent, en haut par la base du crâne, en dehors par la glande parotidienne, qui est aplatie et repoussée vers la peau; en bas, elle s'étend jusqu'au niveau de l'angle de la mâchoire. On ne trouve nulle part de trace de l'amygdale. *Les viscères de la poitrine n'offrent rien de remarquable.* Dans la cavité abdominale, on aperçoit une tumeur qui occupe tout le flanc gauche, et qui est placée sous le péritoine et le colon lombaire gauche, qui est un peu comprimé par elle, au-devant et au-dessous du rein du même côté. Elle est ovoïde de haut en bas, égale au volume de la tête d'un enfant de six ans; ses parois sont minces et laissent apercevoir la transparence du liquide qu'elle contient. Elle est couverte à l'extérieur par une membrane fibro-celluleuse; la face interne de celle-ci est tapissée par une seconde enveloppe, d'une ligne d'épaisseur, ayant la consistance de l'albumine concrétée, composée de plusieurs couches et se déchirant avec facilité. Cette poche contient un liquide séreux, semblable à celui qui était dans le kyste de l'amygdale. Le péritoine est sain. Les vaisseaux

du mésentère sont gorgés de sang noir. La muqueuse de l'estomac et des intestins est rouge et enflammée. La vésicule biliaire contient un calcul ovoïde d'un demi-pouce de diamètre. Elle est remplie par une bile jaunâtre et purulente; les parois sont épaissies, couvertes de fausses membranes; le canal cystique est très dilaté et offre les mêmes altérations. *L'utérus*, un peu volumineux, est plus rouge, et contient plus de sang que dans l'état naturel. Les *ovaires* sont deux fois plus volumineux que dans l'état normal; leur enveloppe extérieure, blanchâtre, dure, offre une demi-ligne d'épaisseur. Leur tissu propre est rougeâtre.

OBS. III. — *Kyste hydatique dans le sein.* — *Ouverture.* — *Guérison.* — Marie Lelièvre, âgée de vingt et un ans, entra à l'Hôtel-Dieu, le 4 juin 1830, pour se faire extirper une tumeur que l'on avait regardée comme étant de nature squirrheuse, et qu'elle portait dans le sein gauche. Mère de deux enfants, la malade attribue son mal à un engorgement qu'elle a éprouvé à la suite de sa dernière couche. Après quelques légers préparatifs, la malade descend à l'amphithéâtre, où M. Dupuytren, à l'aide de deux incisions semi-elliptiques, cerne la tumeur et l'enlève. Avant de l'examiner, M. Dupuytren rappelle qu'il y a environ un an, croyant enlever une tumeur squirrheuse qu'une femme portait dans le sein, il trouva une poche remplie d'hydatides. Il pense que la tumeur qu'il a sous les yeux est de même nature. Son diagnostic ne tarda pas à être justifié; car, ayant fendu la tumeur dans le sens de sa plus grande longueur, il trouva une poche tapissée par une membrane séreuse, et contenant une hydatide du volume d'un œuf de pigeon. Quelques ligatures faites, on réunit la plaie par première intention, et la malade, parfaitement guérie, ne tarda pas à quitter l'hôpital.

OBS. IV. — *Kyste hydatique situé dans l'épaisseur du masséter gauche.* — *Ouverture.* — *Guérison après cinq semaines.* — M. Junguera, âgé de vingt-neuf ans, capitaine de grenadiers de la garde royale espagnole, portait depuis fort long-temps une tumeur dans l'épaisseur de la joue gauche. Cette tumeur, à laquelle il ne pouvait assigner

aucune cause, était située dans l'épaisseur du muscle masséter du côté gauche; elle avait le volume d'un œuf de poule d'Inde; elle était dure; on n'y observait aucune fluctuation manifeste; la peau qui la recouvrait était tendue, mais n'avait subi aucune altération, ni dans sa structure ni dans sa couleur; par son développement, elle gênait et rendait douloureux les mouvements de la mâchoire. Depuis son apparition, époque qu'il ne peut préciser, il avait déjà consulté un grand nombre de médecins espagnols; les uns lui avaient fait faire des traitements plus ou moins longs, qui tous avaient échoué, d'autres lui avaient surtout conseillé de n'y pas faire toucher, lorsque des événements politiques le forcèrent de quitter sa patrie et de venir chercher un asile à Paris. Ce fut alors qu'il consulta M. Dupuytren (dans les premiers jours du mois de mars 1821), qui après avoir examiné attentivement sa tumeur, lui conseilla de la faire enlever. Plein de confiance et de courage, et désirant être débarrassé d'un mal contre lequel tant de moyens avaient été inefficaces, il se décida à l'opération, qui fut pratiquée le dimanche 25 mars 1821.

Pour enlever cette tumeur, deux partis pouvaient être pris. On pouvait l'attaquer, ou par l'intérieur de la bouche, ou en dehors, en faisant une incision à la joue, incision qui laissait, il est vrai, après elle une cicatrice qui, chez un homme, ne peut être comptée pour une difformité. Ce dernier parti fut préféré par le malade.

Une incision longue de deux pouces, parallèle aux fibres du masséter, fut faite à la joue; la peau et le tissu cellulaire sous-cutané furent entamés; une seconde incision divisa le masséter; peu de sang s'écoula (circonstance à remarquer, parce que les artères transversales de la face ont dû être divisées, et qu'il survint, comme on le verra plus loin, une hémorrhagie quelques jours après); les deux lèvres de l'incision furent tenues écartées par les doigts de l'aide; alors l'œil put voir et le doigt sentir un corps lisse, mollasse, d'une couleur blanchâtre; ce corps fut saisi et extrait à l'aide de pincettes à ligatures: c'était un kyste à parois séreuses; il fut ouvert, et contenait un liquide transparent et un grand nom-

bre d'hydatides, les unes entières, les autres vidées. La saillie formée par la tumeur a disparu; le doigt introduit dans la plaie n'y rencontre plus rien; une mèche est introduite, par-dessus on met de la charpie; des compresses et une grande bande servent à maintenir cet appareil.

Le premier jour, pas d'écoulement de sang; une douleur assez forte se fait sentir à la tête. Des lavements, des bains de pieds, de la limonade cuite, sont prescrits, ainsi qu'une demi-once de sirop diacode.

Le quatrième jour, M. Dupuytren lève le premier appareil; la suppuration est établie, elle est de bonne nature; un gonflement assez considérable s'est développé; il s'étend depuis l'angle de la mâchoire inférieure jusque dans la fosse temporale; les mouvements de la mâchoire sont gênés. Des cataplasmes émollients sont appliqués et renouvelés soir et matin.

Tout va bien jusqu'au septième jour, au moment où le malade se baissant pour arranger son feu, il sent tout-à-coup quelque chose de chaud (ce sont ses propres expressions) à l'endroit de sa plaie; il y porte la main, du sang imbibait son appareil; effrayé, il crie pour appeler du secours; ses cris, ses efforts, augmentent l'hémorrhagie; trois ou quatre palettes de sang s'écoulent, une syncope survient; on dépanse alors la plaie, et on la tamponne avec de l'agaric; l'hémorrhagie est arrêtée.

Le neuvième jour, M. Dupuytren lève cet appareil sans qu'il s'écoule une goutte de sang; une mèche est introduite; l'usage des cataplasmes émollients est continué. Malgré ce moyen et le sang que le malade avait perdu par la plaie, le gonflement persistait toujours, les douleurs même augmentaient; les mâchoires ne pouvaient être écartées l'une de l'autre; insomnie, inappétence. M. Dupuytren fit appliquer trente sangsues sur l'engorgement, et après leur chute, des cataplasmes arrosés de laudanum. Dès ce moment, le gonflement diminua chaque jour; les douleurs cessèrent; le sommeil, l'appétit revinrent bientôt; la suppuration diminua, les mouvements de la mâchoire se rétablirent, et cinq semaines

après l'opération le malade était parfaitement guéri n'ayant sur la joue qu'une cicatrice linéaire à peine visible (1).

L'acéphalocyste n'est pas le seul ver qui se développe dans le corps de l'homme; j'ai rencontré, il y a un assez grand nombre d'années, le cysticerque ladrique dans le muscle grand péronier d'un individu, ainsi que j'en rapporterai bientôt l'observation. Ce ver est toujours renfermé dans un kyste ou vessie, et y vit solitaire. La cavité de ce kyste, recouverte d'une couche membraniforme, contient, outre le cysticerque, qui est libre, une sérosité de même nature que celle qui est renfermée dans la vessie caudale du ver. Le cysticerque ladrique habite principalement le tissu des muscles, ou plutôt le tissu cellulaire qui unit entre eux les divers faisceaux qui composent les muscles.

Le développement du cysticerque ladrique chez le porc y devient la cause d'une maladie très grave connue vulgairement sous le nom de *ladrerie*.

OBS. V. — *Existence du cysticerque finnus dans le muscle grand péronier d'un homme.* — Il y a environ trente ans, je trouvai, dans le muscle grand péronier d'un homme, un ver vésiculaire. Ce ver, qu'il était facile de reconnaître au premier abord pour le *cysticerque finnus*, présentait quelques particularités remarquables, relativement à son corps et au kyste qui le renfermait.

Le kyste, ovoïde, long d'environ huit lignes, adhérait très fortement par sa face externe aux fibres musculaires, à la graisse et au tissu cellulaire environnant; intérieurement, il était tapissé, dans presque toute son étendue, par une matière jaunâtre, peu abondante, assez ferme, friable dans certains points, et dans d'autres, plus ferme, blanchâtre, ou légèrement rougeâtre, et assez semblable à la fibrine du sang. La membrane propre du kyste était évidemment fibreuse, et offrait une texture et une fermeté analogues à celles des ligaments latéraux des articulations. Cependant les fibres étaient plus transparentes, plus intimement liées entre elles, et sous ce rapport se rapprochaient beaucoup de la teinte laiteuse

(1) Observation recueillie par M. Marx.

et de la texture homogène des cartilages, dont elles différaient par leur souplesse. Cette membrane propre du kyste avait une épaisseur inégale, et qui, dans quelques endroits, était de plus d'une demi-ligne. Ses fibres étaient teintes, dans une partie de son étendue, d'une couleur rougeâtre assez semblable à celle du sang.

Le ver vésiculaire contenu dans ce kyste avait un corps renfermé dans la vessie caudale, qui était longue d'environ cinq lignes, et formée par une membrane mince, égale, sans fibres, plus ferme que le blanc d'œuf durci. Elle avait, dans la plus grande partie de son étendue, une teinte rougeâtre qui la rendait un peu plus opaque, et qui paraissait provenir du sang qui avait souillé une partie de son kyste. Je cherchai, à l'extérieur de cette vésicule, la petite ouverture par laquelle le corps sort, et se développe à l'extérieur: je ne pus la distinguer; ce qui venait probablement de ce que le ver avait déjà passé quelques heures dans l'esprit-de-vin. J'ouvris alors la vessie caudale. Le corps qui y était renfermé se présentait sous la forme d'un tubercule un peu allongé, d'un blanc jaunâtre, opaque, et de la grosseur d'un noyau de cerise. Il adhérait aux parois de la vésicule par le moyen d'une substance blanche, opaque, humide, et qui, quand on la pressait, laissait suinter quelques gouttelettes d'un liquide d'un blanc laiteux. Cette matière était informe, tuberculeuse à l'extérieur, et avait une volume à peu près égal à celui du corps auquel elle adhérait par continuité de substance; elle paraissait être sortie du corps par une sorte d'éventration analogue à celle que l'on voit quelquefois chez quelques vers longs, comme les crinons et les ascarides lombriciformes. Le corps, développé entre deux lames de verre, avait un pouce de longueur, une ligne et demie de diamètre à sa base, et environ une demi-ligne à sa tête. On distinguait très facilement à la loupe la couronne des crochets et les quatre suçoirs.

On rencontre assez souvent les hydatides dans la dissection, mais il est rare de les trouver sur le vivant; et lorsqu'on parvient à en constater l'existence, on comprend combien il