

est difficile de traiter une tumeur sans chaleur, sans rougeur, et que le malade attribue à une cause toute récente. Il faut, dans ce cas, comme nous l'avons déjà si souvent recommandé, s'assurer qu'elle ne présente aucun mouvement d'expansion ni de retrait, et faire ensuite une ponction exploratrice : c'est le meilleur moyen d'éviter toute méprise.

On ne saurait confondre les hydatides musculaires avec celles qui se développent sous les ligaments annulaires du carpe et du tarse ; leur siège, leur nature et leurs symptômes établissent des différences assez tranchées. Quant aux hydatides viscérales, leurs caractères sont généralement si obscurs, qu'on ne les reconnaît pas pendant la vie. Il est cependant quelques cas où l'on a pu en établir le diagnostic. M. Récamier est même parvenu à obtenir la guérison d'un kyste hydatique du foie par une ponction exploratrice, l'application de la potasse caustique et des injections de liquide. Ce fait nous paraît assez curieux pour que nous en donnions ici un extrait.

Obs. VI. — *Tumeur du foie. — Ponction. — Sortie de liquide. — Application de potasse caustique. — Apparition d'acéphalocystes. — Injections dans la poche. — Guérison.* — Un individu âgé de vingt ans, peintre en bâtiment, était à travailler dans une boutique, lorsque le plancher s'éroula ; il tomba dans une cave qui était environ à dix ou douze pieds de profondeur, et perdit connaissance sur le coup. Le lendemain, une légère teinte jaune commença à se développer sur la face, et envahit bientôt tout le corps.

Trois jours après, des douleurs gravatives se firent sentir dans la région de l'hypocondre droit ; le décubitus devint impossible sur l'un et l'autre côté.

Le 3 mai, septième jour de l'accident, le malade entra à l'Hôtel-Dieu. La région hypocondriaque droite était le siège d'une tumeur assez irrégulière qui s'étendait de l'appendice xyphoïde jusqu'à trois travers de doigt environ au-dessous de l'ombilic. On y reconnaissait une fluctuation assez obscure et plusieurs corps qui semblaient immobiles, assez durs, saillants et inégaux.

Afin de s'assurer de la nature de la tumeur, on y fait une ponction avec un trocart très fin ; une ventouse est appliquée sur la canule, et quelques gouttes d'un liquide fort limpide et en tout semblable à celui des hydatides s'écoulent par son ouverture. Les jours suivants, un large morceau de potasse caustique est mis sur le point le plus saillant de la tumeur et dans le voisinage des fausses côtes. Sous l'influence d'une nouvelle application de potasse, la tumeur contenue dans l'abdomen s'ouvrit spontanément et sans douleur à travers la plaie faite aux téguments par le caustique, et des flots d'un liquide jaunâtre et limpide mêlés d'un grand nombre d'hydatides furent chassés avec force au dehors. Ce jour même, une injection avec de l'eau d'orge miellée fut faite dans le kyste, afin de prévenir l'entrée de l'air dans son intérieur. Cette injection fut successivement remplacée par de l'eau salée, une décoction d'orge et de quinquina, une solution de chlorure de chaux. Peu à peu le foyer du kyste revint sur lui-même ; et lorsque le malade sortit de l'hôpital, il ne conservait de sa maladie qu'une fistule étroite qui donnait issue à une petite quantité de pus fétide et verdâtre. Quelques débris d'aliments et de matières stercorales étaient sorties par la plaie.

Le but que ce professeur s'était proposé en donnant à la potasse caustique la préférence sur l'instrument tranchant, était de déterminer une inflammation, et par suite des adhérences entre les parois du kyste et celles de l'abdomen ; d'établir ainsi un canal continu de l'intérieur du kyste à l'extérieur, et de prévenir tout épanchement dans la cavité abdominale. Aussi eut-il soin, pour arriver à ce but, d'entretenir les parois du kyste dans le plus grand état d'extension possible, afin qu'elles fussent en contact immédiat avec celles du ventre. Ces injections eurent encore pour effet de prévenir l'introduction de l'air dans sa cavité et les accidents inflammatoires qui en sont le résultat.

On voit, dans ce cas remarquable, que M. Récamier s'est conformé au précepte que nous n'avons cessé d'établir, que dans les tumeurs d'une nature douteuse on doit toujours



recourir à la ponction exploratrice, qui éclaire singulièrement le diagnostic, et n'entraîne après elle aucun accident. C'est la conduite qu'il faudrait également tenir dans des circonstances semblables.

Nous avons dit que les hydatides viscérales ne pouvaient, dans la grande majorité des cas, être reconnues sur le vivant; voici quelques symptômes qui ont été observés chez les individus qui présentaient cette affection: leur présence dans le tissu cellulaire extérieur du péritoine ou dans celui qui unit entre elles les tuniques de l'estomac et des intestins occasionne un trouble quelconque dans les fonctions digestives; quelquefois même elles compriment assez fortement le canal intestinal pour déterminer une véritable passion iliaque.

Les kystes situés dans le tissu du foie donnent lieu à des phénomènes morbifiques très variés, et qui sont d'autant plus graves que leur volume est plus considérable. Les plus ordinaires sont: un sentiment de pesanteur, rarement de douleur aiguë, et quelquefois une tumeur visible et plus ou moins circonscrite dans l'hypocondre droit; une gêne quelquefois très grande de la respiration; une anxiété, une sorte d'inquiétude, qui forcent le malade à changer sans cesse de position; quelquefois l'ictère, des vomissements, des hémorrhagies nasales, la diarrhée ou une constipation opiniâtre. Il y a dans quelques cas un frémissement que l'on a comparé à la sensation que donnerait la gélatine mise en mouvement.

Les acéphalocystes des reins ne s'annoncent guère que par des douleurs dans cette région. Celles des ovaires occasionnent absolument les mêmes effets que les kystes membraneux, ou l'hydropisie enkystée proprement dite de ces viscères.

Les effets produits par les hydatides de la matrice sont très différents, suivant la manière dont elles sont logées dans ce viscère: lorsqu'elles sont situées profondément dans l'épaisseur des parois de l'utérus, leur présence n'est guère annoncée que par un sentiment de pesanteur vers la région de cet organe; mais lorsqu'elles se développent entre la mem-

brane interne et la matrice, elles finissent par dilater cette dernière, son col s'aplatit en s'élargissant, et tous les phénomènes qui ont coutume d'accompagner la grossesse se manifestent: les acéphalocystes constituent alors l'affection connue sous le nom de môle vésiculaire.

Les hydatides des poumons occasionnent une dyspnée plus ou moins grande, mais dont il est le plus souvent impossible de soupçonner la cause.

L'observation suivante est une de celles où la présence des acéphalocystes a été le mieux constatée dans les viscères et surtout dans les poumons.

OBS. VII. — *Acéphalocystes développées dans le foie et les poumons.* — *Mort.* — *Autopsie.* — Un jeune homme né de parents sains, avait eu, à dix-huit ans, une péripneumonie qui avait été guérie parfaitement. A vingt-quatre ans, il avait éprouvé un rhume très violent et très opiniâtre, accompagné de vives douleurs au côté gauche qui l'empêchaient de pouvoir se coucher sur ce point. Ces douleurs cessèrent avec le rhume; mais la cause la plus légère les faisait reparaître.

Au mois de juillet 1800, ou du moins peu de temps après, la douleur de côté et une toux sèche reparurent, avec tant de violence que le malade ne pouvait faire le moindre mouvement. Bientôt il se plaignit d'une petite tumeur dont le siège était, selon lui, dans l'hypocondre droit. Cette tumeur, peu sensible d'abord, le devint bientôt davantage, et fut parfaitement reconnue. A cette époque, la toux sèche revint de nouveau accompagnée d'étouffements momentanés.

Au mois de mai 1803, le malade se trouvait dans l'état suivant: il était fort maigre; s'étant couché pour faire palper sa tumeur, elle parut d'un volume si considérable que la main pouvait à peine en embrasser la moitié; sa dureté était telle qu'elle ne cédait pas sous le doigt; sa surface semblait très lisse; elle était mobile et pouvait être facilement déplacée, soit à droite, soit à gauche. Les battements du cœur étaient si violents dans la région épigastrique, qu'ils étaient sensibles même à l'œil.

Le malade se plaignait d'un étouffement continuel et d'une espèce d'étranglement lorsqu'il montait un escalier. Il éprou-



vait des faiblesses assez fréquentes, toussait de temps en temps crachait parfois un peu de sang, et avait un tremblement presque continu. Ces symptômes étaient plus prononcés dans les temps froids; ils diminuaient notablement lorsque la température était douce. Le pouls n'offrait point de dérangement notable.

Cet état fut à peu près le même jusqu'au mois de janvier 1804, époque à laquelle la gêne de la respiration augmenta considérablement, ainsi que tous les autres symptômes. Vers le commencement de juin, il éprouva deux accès très violents, à un jour de distance, qui faillirent le suffoquer. Voyant alors son état empirer, il revint à Paris pour prendre des conseils sur sa santé. Il avait fait dix lieues en voiture; rendu chez lui, il se trouva assez bien et soupa légèrement; quelques heures après, il fut pris d'un nouvel accès de strangulation, dans lequel il périt.

L'ouverture du corps fut faite par M. Geoffroy et par moi. Nous trouvâmes dans le lobe gauche du foie un kyste en partie caché dans la substance de ce viscère, en partie saillant dans la cavité abdominale, et semblable à une vessie qu'on pouvait mouvoir et déplacer à volonté. Les parois du kyste étaient minces et cependant fibreuses; elles semblaient retirées sur elles-mêmes et comme racornies. La cavité contenait, 1° une certaine quantité d'un liquide de couleur jaune; 2° un grand nombre de petites hydatides, la plupart de la grosseur d'un pois; on en remarquait une ou deux qui pouvaient avoir celle d'un jaune d'œuf.

La partie du kyste hydatique qui était placée hors du foie adhérait fortement à la petite courbure de l'estomac, et cependant il n'existait aucune trace de cicatrice sur la membrane externe de cet organe.

La poitrine avait une dimension considérable et était si exactement remplie, que le cœur, repoussé en bas, correspondait à la partie supérieure de l'épigastre. Les deux poumons comprimés, aplatis et réduits à un feuillet très mince, étaient refoulés vers la partie antérieure de la poitrine, derrière les cartilages des côtes. Le reste des cavités des plèvres

était occupé par deux tumeurs très volumineuses, étendues l'une et l'autre depuis le sommet de la poitrine jusqu'au diaphragme; elles adhéraient intimement aux côtés et à la totalité du médiastin, et avaient repoussé le cœur hors de la cavité de la poitrine. Les deux tumeurs, également tendues et fluctuantes, avaient une enveloppe blanche, fibreuse, assez mince, quoique fort résistante, et renfermaient chacune une énorme hydatide. Ces hydatides remplissaient exactement chaque kyste et semblaient y adhérer à l'aide d'une matière glutineuse. Le liquide parfaitement limpide qu'elles contenaient fut évalué à cinq pintes et demie pour chacune. Leur longueur était d'environ onze pouces.

Obs. VIII. — *Tumeur à l'ombilic. — Ouverture. — Issue d'hydatides. — Communication avec le poumon. — Présence des hydatides dans ce viscère.* — Une femme vint, en 1811, à l'Hôtel-Dieu pour une tumeur inflammatoire à l'ombilic. M. Dupuytren ne voulut pas d'abord y toucher; mais la fluctuation étant devenue manifeste et la peau menaçant de s'ouvrir, une incision donna issue à une grande quantité de pus et à quelques poches hydatiformes. Cette femme mourut, et à l'autopsie M. Dupuytren trouva une communication entre l'ouverture de l'ombilic et une cavité contenue dans le poumon, par une espèce de canal formé à travers le diaphragme, entre le foie et les parois abdominales. La cavité du poumon contenait encore une grande quantité de poches hydatiques. Il était évident que cet organe avait été le siège primitif de la maladie.

Obs. IX. — *Rate énorme remplie d'hydatides. — Variété musculaire très remarquable.* — En l'an XIII, M. Dupuytren disséqua à l'Hôtel-Dieu le cadavre d'un homme qui avait succombé à la phthisie. Il était réduit au dernier degré de marasme. Le rein droit occupait presque tout l'hypocondre du même côté; il adhérait fortement au diaphragme. Mais l'organe qui présentait l'altération la plus remarquable était la rate: son volume était énorme; elle repoussait fortement en haut le diaphragme, et avait contracté des adhérences avec ce muscle et avec le péritoine. En l'incisant, M. Du-



puytren fit sortir une quantité considérable d'hydatides de différentes grandeurs. Le rein en était également rempli.

Beaucoup de ces hydatides étaient dans un état de putrilage; plusieurs présentaient des espèces de suçoirs bien prononcés; quelques unes avaient deux tuniques à peine visibles, tandis que d'autres en offraient trois et même quatre bien distinctes; deux ou trois étaient opaques dans un point de leur étendue; celles-ci avaient cinq tuniques. L'opacité était d'un blanc mat.

Le fluide des hydatides de la rate était aqueux et limpide, exhalant une odeur d'œufs pourris. Celui des hydatides du rein était diversement coloré. La surface interne des poches de ces deux organes ressemblait beaucoup aux membranes sereuses.

Le cadavre de cet homme présentait une variété musculaire dont les auteurs n'ont point parlé. A gauche, le grand psoas existait seul; à droite, on trouvait dans leur ordre naturel le grand et le petit psoas. De ce même côté, on voyait un troisième muscle surnuméraire, situé dans la cavité pelvienne. Supérieurement, il était placé derrière le grand psoas, devant lui, inférieurement; grêle, allongé, charnu en haut, tendineux en bas, il s'étendait obliquement de haut en bas, de dedans en dehors; en haut, il s'insérait au côté droit du corps de la quatrième vertèbre lombaire par un court tendon aponévrotique, duquel naissait un faisceau charnu qui descendait en convergeant jusqu'au-dessus de l'arcade crurale; là, il dégénérait en un tendon qui passait sous elle enveloppé dans une gaine aponévrotique; parvenu à trois ou quatre lignes au-dessus de l'insertion du tendon réuni des psoas et iliaque, il se trifurquait. Le tendon moyen se confondait avec le tendon commun des deux muscles dont nous venons de parler; le supérieur se portait de bas en haut pour s'unir à un faisceau charnu de l'iliaque; l'inférieur descendait deux pouces au-dessous du petit trochanter, à la lèvre interne de la bifurcation supérieure de la ligne âpre du fémur, au-dessus du muscle ilio-pectiné. Par la face postérieure de son corps, il était en rapport avec les deux apo-

physes transverses des deux dernières vertèbres lombaires, avec le feuillet antérieur du transverse abdominal et les nerfs lombaires; par la face antérieure, avec la face postérieure du grand psoas; par la face postérieure de son tendon, avec le tendon réuni des psoas et iliaque et avec le fémur; sa face antérieure répondait à la partie inférieure du tendon du petit psoas, à l'arcade crurale, aux vaisseaux et nerfs cruraux. Ce muscle nous a paru concourir aux mêmes usages que les psoas et iliaque, c'est-à-dire à fléchir la cuisse sur le bassin, et réciproquement, en portant la pointe du pied un peu en dehors; il doit aussi contribuer à fléchir le tronc sur le bassin, l'incliner de son côté, et empêcher que la chute du centre de gravité en arrière n'ait lieu.

On voit, d'après ce qui précède, que les signes qui annoncent la présence des acéphalocystes dans les diverses parties des corps sont absolument semblables à ceux de beaucoup d'autres affections. L'absence des autres caractères de maladies mieux connues est souvent le seul signe qui puisse permettre de soupçonner l'existence de ces vers; mais quelquefois cependant on peut avoir sur ce point une certitude entière, c'est lorsque les kystes qui contiennent ces vers se rompent et s'ouvrent spontanément dans quelques unes des cavités tapissées par les membranes muqueuses, ou même se font jour au dehors, comme lorsqu'elles sortent par un abcès formé dans les parois abdominales.

La rupture des kystes des acéphalocystes dans les cavités tapissées par des membranes muqueuses a ordinairement des résultats très heureux. L'art a même quelquefois imité avec avantage ce procédé de la nature. Cependant le professeur Lassus, dans ses recherches sur l'hydropisie enkystée du foie, a rapporté plusieurs cas où l'incision, faite à des kystes hydatiques de ce viscère, n'a pu sauver les malades, et a même quelquefois hâté la mort. Notre expérience nous a appris que dans ceux de ces kystes qui attaquent les parties externes du corps, l'incision a ordinairement des résultats heureux.

Il paraît que la maladie peut guérir sans rupture natu-