

poumon, il survient des désordres de la respiration que nous n'avons point à apprécier ici. Mais lorsque ces tumeurs hydatiques se forment dans le foie, par exemple, elles peuvent faire saillie à l'extérieur, et rentrent dans le domaine de la chirurgie.

C'est donc aux kystes hydatiques du foie que s'appliquera surtout ce que nous avons à dire ici. Lorsqu'ils ont acquis un grand volume, ils forment des tumeurs arrondies, résistantes, élastiques, qui dépassent les fausses côtes et dans lesquelles on sent de la fluctuation. Une matité absolue les sépare des organes voisins.

Dans certaines conditions, la pression sur les kystes hydatiques y fait découvrir un bruit particulier qu'on connaît sous le nom de frémissement hydatique. Ce frémissement, signalé d'abord par Piorry, étudié ensuite par Tarral (1), est pathognomonique; mais il faut avouer qu'on ne le rencontre pas toujours, et qu'il est passager. On ne le perçoit pas souvent dans deux examens successifs, à un court intervalle de temps.

On a pu confondre ce bruit avec celui qu'on désigne sous le nom de frottement péritonéal, qu'on a comparé au bruit de cuir neuf, et qui paraît dû au frottement réciproque des surfaces péritonéales couvertes d'un léger exsudat plastique.

L'existence du frémissement hydatique a paru liée à la présence de plusieurs hydatides secondaires dans une hydatide mère. Aussi a-t-on supposé que ce frémissement était uniquement dû au frottement de ces hydatides les unes contre les autres. Cependant cette explication ne s'accorde pas avec de récentes expériences de Davaine, communiquées à la Société de biologie en 1859. Ce médecin distingué a montré que le frémissement hydatique peut très-bien s'obtenir artificiellement au moyen d'une poche membraneuse très-mince, distendue par un liquide. Deux poches ainsi formées, l'une de baudruche et l'autre de caoutchouc, furent présentées à la Société de biologie par Davaine. Quand on les prenait dans la main, on sentait un frémissement qui imitait parfaitement celui du kyste hydatique. La sensation pouvait se percevoir également quand la petite poche était enveloppée de linges d'une assez grande épaisseur. Ce frémissement augmentait avec la densité du liquide employé, et paraissait dû, en résumé, à la vibration des liquides dans une cavité membraneuse. Si cette explication du frémissement hydatique se confirme, il faudra reconnaître que si les tumeurs hydatiques présentent les conditions les plus favorables à la production de ce phénomène, il doit aussi se manifester, comme l'ont avancé quelques personnes, dans d'autres tumeurs liquides à parois minces.

Les kystes hydatiques, et ceux du foie en particulier, peuvent être parfaitement indolents; s'ils sont douloureux, c'est en général par des douleurs de voisinage. Quelquefois, cependant, la douleur coïncide avec le développement d'accidents inflammatoires dans ces poches.

(1) *Journ. hebdom.*, t. VII, p. 108.

Les kystes du foie occasionnent aussi des troubles du côté des organes abdominaux et des organes thoraciques. L'ictère, l'ascite, la dyspnée, sont les principaux de ces symptômes sur lesquels on trouvera de plus amples détails dans les traités de pathologie interne.

Tous les kystes hydatiques sont loin d'avoir la même marche. Les uns, arrivés à un certain volume, se rompent, soit vers l'extérieur, soit dans quelque cavité intérieure. Lebert a vu chez un enfant de sept ans un kyste du foie guéri, après s'être ouvert sur un des points de la région épigastrique (1). Thompson (2) en a vu un s'ouvrir à l'ombilic, chez une femme de cinquante-trois ans. Ces kystes hydatiques du foie s'ouvrent quelquefois dans les bronches, après avoir perforé le diaphragme, ou bien directement dans l'intestin, comme Duparcque en a cité un exemple (3). Dans des cas moins heureux, l'ouverture se fait dans la cavité abdominale, et il peut en résulter une péritonite promptement mortelle. On trouvera dans une thèse remarquable de E. Cadet de Cassicourt (Paris, 1836) de bonnes indications sur ce qui est relatif à la rupture des kystes hydatiques du foie à travers la paroi abdominale et dans les organes voisins.

Une transformation plus favorable des kystes hydatiques, c'est leur flétrissure, sorte de mort des hydatides, par laquelle les poches s'aplatissent, se vident du liquide contenu, et semblent agglutinées par un enduit visqueux, jaunâtre, qui ressemble à du mastic de vitrier.

Sans rupture du kyste, il peut enfin survenir des accidents sérieux dus à la compression d'organes importants à la vie.

La durée de cette affection est souvent fort longue.

DIAGNOSTIC. — Si le frémissement pathognomonique de la maladie n'existe pas, on n'arrive au diagnostic que par exclusion d'autres affections. S'agit-il, par exemple, d'une tumeur dans la région hépatique, on rejette la probabilité d'un abcès du foie, en ne trouvant pas les phénomènes antérieurs de l'hépatite. Les tumeurs encéphaloïdes du foie peuvent, par leur gros volume, leur mollesse, leur indolence, en imposer pour un kyste hydatique; mais la marche rapide de la maladie, l'altération de la constitution, indiquent assez vite qu'on n'a point affaire à une affection de nature bénigne. Une ponction exploratrice conduira tout de suite au diagnostic: si elle donne lieu à l'écoulement d'un liquide séreux, transparent comme de l'eau de roche; si, après avoir fait reposer ce liquide, on y découvre quelques échinocoques ou des crochets de ces animalcules, il n'y a plus aucun doute sur la nature de la maladie. On peut encore être mis sur la voie de cette affection par la sortie d'hydatides au dehors. Il convient donc d'examiner avec soin les différents produits d'excrétion auxquels on suppose que les hydatides ont pu se mêler. L'examen des urines, des matières fécales délayées, peut rendre dans ce cas de grands services. Notre habile collègue de la Société de biologie,

(1) *Gazette médicale*, 1849.

(2) *The Lancet*, 1843.

(3) *Bulletin de thérapeutique*, août 1854.

Davaine, a déjà montré tout le parti qu'on peut tirer de l'examen des matières fécales pour le diagnostic des entozoaires, et l'on doit bien reconnaître au microscope quelque utilité dans ce cas.

ÉTILOGIE. — L'origine des kystes à entozoaires est entourée d'une grande obscurité. On a vu quelques-uns de ces kystes survenir après une contusion ; mais leur étiologie n'en est pas plus claire. On sait qu'une alimentation composée d'aliments humides développe les cysticerques chez le lapin. Ainsi on trouve en grand nombre ces entozoaires sur des lapins nourris dans des caves avec des herbes fraîches ; mais ce fait ne jette pas encore un grand jour sur le développement des cysticerques dans l'espèce humaine. Cependant l'helminthologie comparée est entrée depuis quelque temps dans une voie d'expérimentations qui promettent des résultats remarquables. Ce n'est pas ici le lieu d'exposer ce que nous ont appris sur les métamorphoses des cestoïdes les travaux de Van Beneden, Leuckart et Küchenmeister, et nous renverrons sur ce point nos lecteurs à un travail inséré par Lasègue dans les *Archives générales de médecine* (septembre 1855).

Le pronostic de ces kystes est très-variable, suivant le siège du kyste, son volume, les altérations diverses de ses parois, etc.

TRAITEMENT. — Tout ce que nous dirons ici sera particulièrement applicable aux kystes du foie. Deux indications se sont alors présentées à l'esprit du chirurgien : détruire les hydatides sur place, ou bien ouvrir le kyste pour faire sortir les poches hydatifères.

A. On a cru remplir la première indication par quelques médicaments pris à l'intérieur, comme le sel marin, le calomel, l'huile empyreumatique de Chabert, et par l'électricité ; mais aucun de ces moyens n'a fait ses preuves d'une manière satisfaisante, et il ne faut pas compter sur eux.

B. L'ouverture du kyste est le procédé auquel se rallient tous les chirurgiens. S'il s'agit d'un kyste extérieur, soit dans le tissu cellulaire sous-cutané, soit dans une glande, on peut l'enlever ou l'inciser largement pour le faire suppurer ensuite. Ainsi dans un kyste situé au milieu de la glande mammaire on cherche, après l'incision, à enlever les poches hydatiques, et si l'on n'y parvient pas complètement, on remplit de charpie la cavité morbide pour la faire suppurer.

Mais quand il s'agit de kystes hydatiques situés dans des cavités séreuses, comme ceux du foie, on ne peut songer ni à l'extirpation ni à l'incision directe.

La crainte d'une inflammation violente des séreuses, surtout d'une péritonite, a éloigné de l'esprit des chirurgiens l'idée d'une large ouverture du kyste, et a conduit, en particulier pour les kystes du foie, à chercher des procédés qui permettent d'ouvrir ces poches morbides, en évitant l'épanchement de leur contenu dans la séreuse abdominale. Nous avons, pour atteindre ce but, une série de moyens qui tendent à créer, avant l'ouverture du kyste, des adhérences entre cette poche et le péritoine pariétal ; mais ces moyens, hautement préconisés il y a quelques

années, semblent aujourd'hui un peu délaissés. Nous allons cependant les faire connaître, quoique nous ne soyons convaincu ni de leur innocuité, ni de la certitude de leur résultat.

Le procédé de Récamier est sans doute le plus sûr de tous les procédés qui consistent à produire d'abord des adhérences entre le kyste et la paroi du ventre, puis à ouvrir la poche à travers ces adhérences pour éviter l'épanchement dans le péritoine. On pratique d'abord une ponction exploratrice à l'aide d'un trocart presque capillaire, et, la lésion bien constatée, on fait successivement, sur le point le plus saillant de la tumeur, des applications répétées de potasse caustique jusqu'à proximité du kyste. Quand on est à peu près sûr que par la propagation de l'inflammation développée par les caustiques des adhérences sont établies entre le kyste et la paroi du ventre, on incise la tumeur dans l'eschare, et l'on vide la poche qu'on lave ensuite par des injections, et dont la rétraction cicatricielle se fait peu à peu.

Bégin substitua, dans ce cas, le bistouri aux caustiques. Il conseilla d'inciser couche par couche la paroi abdominale, jusques et y compris le péritoine, et, cela fait, de panser la plaie ; puis au bout de trois jours, à la levée de l'appareil, il espérait trouver le péritoine qui recouvre le kyste adhérent au péritoine pariétal, et par ce résultat éviter encore les épanchements dans la cavité abdominale. Mais l'opération, ainsi conduite, nous paraît horriblement dangereuse, et, avant de craindre l'épanchement du liquide dans le péritoine, nous serions surtout préoccupé de la péritonite traumatique après l'incision.

Le procédé de Graves pour ouvrir les kystes du foie diffère de celui de Bégin en ce point que le médecin irlandais n'incise point le péritoine. Il conduit le bistouri jusqu'au péritoine exclusivement, et compte sur la formation d'adhérences par propagation de l'inflammation. Certes ce procédé est moins dangereux que le précédent, mais il ne nous est pas encore démontré qu'il remplisse bien le but qu'on se propose.

Les procédés que nous venons de mentionner ne sont presque plus employés aujourd'hui, parce qu'ils ne garantissent pas l'opéré contre la péritonite, soit en n'atteignant pas leur but, soit en provoquant même la phlegmasie du péritoine, et l'on a simplement recours à la ponction pour évacuer le contenu des kystes du foie. Mais, dans ces derniers temps surtout, on a voulu attacher une grande importance à l'emploi de trocarts très-fins, dits capillaires. Jobert (de Lamballe) a d'abord fait servir les ponctions fines à la création d'adhérences entre le kyste et la paroi abdominale ; à cet effet, il propose de faire dans le kyste, à quelque temps d'intervalle, des ponctions successives avec un petit trocart, et de laisser la canule en place pendant vingt-quatre heures.

Aran (1) a aussi recommandé l'emploi d'un trocart très-fin pour établir le diagnostic de ces kystes hydatiques du foie, en évacuer le liquide et in-

(1) *Bulletin de thérapeutique*, 1851, t. XLVII, p. 218.

jecter la teinture d'iode. La première de ces indications peut être facilement remplie par le trocart explorateur des trousses, mais l'évacuation du liquide et l'injection iodée se font mieux, selon nous, par des voies plus larges, car avec de fins trocarts le moindre grumeau, le moindre fragment membraneux, empêchent le liquide de couler.

Du reste, cette application des ponctions capillaires au traitement des kystes hydatiques, et en particulier des kystes du foie, est une question complexe qui demande, pour être résolue, un plus grand nombre de faits. Moissenet, dans un remarquable travail inséré dans les *Archives* (1), a examiné de la façon la plus impartiale tous les côtés du problème, mais il faut, avec ce médecin distingué, suspendre tout jugement définitif et en appeler de nouveau à l'expérience.

Nous préférons employer des trocarts plus gros que les trocarts capillaires, des trocarts comme ceux dont on fait usage pour l'ascite. Du reste, une remarque intéressante, faite par Boinet (2), établit que le danger des épanchements de liquide dans le péritoine est, dans le plus grand nombre des cas, empêché par une disposition importante à signaler. Selon lui, lorsque les tumeurs sont saillantes au dehors et dans les conditions qui indiquent l'opération, il existe presque toujours, pour ne pas dire toujours, des adhérences entre le kyste et les parois abdominales. Pour s'assurer de ces adhérences, on fait coucher le malade sur le côté opposé au kyste, et, si ces brides celluleuses existent, la tumeur ne s'éloigne pas du point où elle est le plus saillante; on y sent très-distinctement la fluctuation. Ce sont là des conditions très-favorables au succès immédiat de l'opération; mais leur existence n'est pas absolument nécessaire pour mettre en usage le procédé que nous allons conseiller. Voici ce procédé.

On pratique une ponction avec un assez gros trocart, sur le point le plus saillant de la tumeur. La pointe du trocart retirée, on glisse dans la canule une sonde de gomme élastique qui remplit parfaitement le calibre du tube métallique, qu'on retire ensuite. Lorsque le liquide s'est écoulé au dehors, on pousse par cette sonde de gomme une certaine quantité d'une solution faite avec : teinture d'iode, eau distillée, de chaque 50 grammes; iodure de potassium, 2 grammes. Cette solution, laissée cinq minutes dans le kyste, est ensuite expulsée au dehors. Jusque-là l'embarras du chirurgien n'est pas grand; mais que faire ensuite? Il n'y a pas de règles bien positives sur ce point; cependant il nous paraît prudent d'agir ici de deux façons différentes, selon que le kyste est petit ou volumineux. Nous n'hésitons point, dans le premier cas, à conseiller d'extraire la sonde dès que l'injection est complètement sortie du kyste. On abandonne alors les choses à elles-mêmes; le malade doit garder le repos pendant quelques jours, et, dans les cas favorables, la résolution s'opère peu à peu, et la

(1) *Archives générales de médecine*, 1859.

(2) *Iodothérapie*, p. 385.

guérison s'obtient par le retrait de la poche morbide. Mais si le kyste est très-volumineux, les choses ne se passent pas toujours aussi bien, et il faut prendre quelques précautions contre la suppuration qui peut envahir une surface assez étendue. Dans ce cas, il nous paraît prudent de laisser la sonde en place pendant quelques jours pour que des adhérences solides se forment entre le kyste et les parois de l'abdomen; il est possible ensuite de laver plusieurs fois la poche morbide avec la teinture d'iode, jusqu'à ce que la rétraction des parties ait amené la guérison.

Il n'est pas rare, durant ces ponctions, de voir des fragments d'hydatides boucher en tout ou en partie le point par où s'écoule le liquide; on peut alors essayer soit de repousser la poche hydatique, soit de l'extraire à l'aide de longues et fines pinces. Mais il faut reconnaître qu'il n'est pas toujours très-facile de mettre en pratique ces derniers conseils. Pour extraire par une si petite ouverture des poches souvent étendues, on s'est trouvé dans la nécessité d'agrandir l'orifice de la ponction. On peut, dans ce cas, pratiquer un débridement très-peu étendu à l'aide d'un bistouri boutonné; mais, quoi qu'il en soit, il faut être très-réservé sur ces débridements, qui peuvent dépasser la limite des adhérences.

Ces ponctions, suivies ou non d'injections iodées, ne sont pas exemptes d'accidents graves et trop souvent mortels. La péritonite est encore la cause la plus fréquente de ces terminaisons funestes, et, en voyant cette phlegmasie survenir dans les conditions opératoires en apparence les plus satisfaisantes, on ne peut donner ici de règles préventives d'une aussi sérieuse complication.

§ II. — Tumeurs fibreuses. — Fibromes.

HISTORIQUE. — L'histoire des fibromes est assez bien faite dans les récents traités d'anatomie pathologique. On trouve encore sur ces tumeurs des renseignements utiles dans quelques articles de Dupuytren, insérés dans ses *Leçons orales de clinique chirurgicale* (*Des tumeurs fibreuses de la matrice*; — *D'une espèce particulière de tumeurs fibro-celluleuses enkystées*, t. IV, p. 237 et 414), et dans un travail de Verneuil : *Quelques propositions sur les fibromes ou tumeurs formées par les éléments du tissu cellulaire avec des remarques sur la nomenclature des tumeurs* (*Mémoires de la Société de biologie*, 2^e série, 1855, t. II, p. 183).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Tout un groupe de pseudoplasmes a pour élément anatomique la fibre qu'on rencontre dans le tissu fibreux normal. Ces tumeurs dites *fibreuses* ne sont point rares, et peuvent se montrer dans toutes les parties du corps humain. On en trouve sur la peau, dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans la profondeur des organes, etc. Ainsi à la surface du derme on voit assez souvent de petites tumeurs arrondies, mollasses, pédiculées, qui sont essentiellement formées par du tissu fibreux. Les tumeurs très-douloureuses qu'on rencontre dans le tissu cellulaire sous-cutané sont de la même nature. Enfin, sous certaines muqueuses,

mais plus rarement qu'ailleurs, à la vérité, il se développe des productions fibreuses analogues.

Il semble que la tumeur fibreuse soit ici formée d'éléments nouveaux, mais dans d'autres cas elle paraît résulter de l'hypertrophie d'un tissu fibreux normal. Dans cette dernière catégorie viennent se placer les tumeurs fibreuses qui se forment aux dépens du périoste, comme les tumeurs fibreuses de la base du crâne (polypes naso-pharyngiens), les tumeurs de même nature qui se développent dans les mâchoires, dans l'épaisseur des nerfs.

Il faut aussi mentionner, parmi les tumeurs fibreuses, celles qui prennent naissance dans l'utérus ou dans ses annexes ; mais Lebert, poussant très-loin l'analyse microscopique, a trouvé dans ces tumeurs la fibre cellule qu'on rencontre dans les muscles de la vie organique, et il en a conclu à l'existence d'une espèce distincte de tumeurs fibreuses. Cependant cette distinction purement anatomique ne nous paraît pas encore suffisamment établie pour séparer les corps fibreux de l'utérus du groupe des autres tumeurs fibreuses.

Les tumeurs fibreuses se présentent, en général, sous la forme de masses arrondies, ovoïdes ou pyriformes. Quelquefois elles sont lobulées et végétantes. Ces lobules se développent de tous les côtés, et si la tumeur est au voisinage d'anfractuosités osseuses, comme dans le cas de polypes naso-pharyngiens, ces lobules polypiformes y pénètrent, dépriment ou écartent les os, et dans tous les cas rendent très-laborieuses les tentatives d'extraction. Quelquefois enfin les tumeurs fibreuses sont pédiculées.

Ces pseudoplasmes varient beaucoup de poids et de volume. On en a vu qui pesaient plus d'un kilogramme, et dont la grosseur dépassait celle

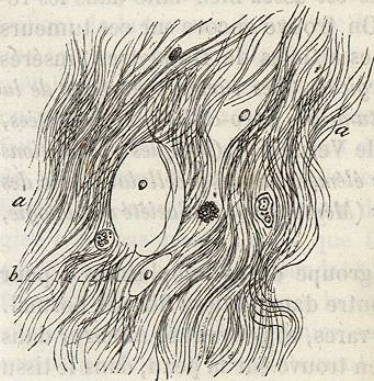


FIG. 25. — Éléments anatomiques d'une tumeur fibreuse. *a*, fibres; *b*, noyaux et granulations moléculaires.

d'une tête d'adulte. La consistance est aussi très-variable, et ces différences tiennent particulièrement à la quantité de liquide interposé entre les fibres de la tumeur.

Lorsqu'on coupe une tumeur fibreuse par le milieu, on la trouve formée d'un tissu blanc plus ou moins nacré, criant sous le scalpel, et dont les fibres sont tantôt concentriques les unes aux autres, tantôt entrecroisées d'une façon irrégulière. La pression fait sortir de l'intervalle de ces fibres un liquide transparent, jaunâtre, assez souvent gluant. Quelquefois ce liquide se rassemble sous

La substance fondamentale des fibromes est peu vasculaire, mais on trouve assez souvent un lacis veineux assez développé dans la gaine celluleuse qui entoure ces tumeurs.

L'analyse micrographique des fibromes est des plus simples. On trouve là des fibres étroites, allongées, comme celles représentées figure 25, et entre ces fibres, identiques avec elles-mêmes, des granulations ou des éléments cellulaires et fusiformes; de la graisse sous différentes formes, des grains calcaires, etc., se voient aussi assez souvent au milieu des éléments que nous venons d'indiquer.

Si l'on soumet à l'ébullition une tumeur dite fibreuse, on en extrait une certaine quantité de gélatine.

SYMPTOMATOLOGIE. — Les tumeurs fibreuses n'ont point, sur le vivant, de caractères pathognomoniques. Quand leur développement se fait en toute liberté, elles sont parfaitement indolentes. Les accidents qu'elles occasionnent viennent soit de quelque complication des tumeurs, soit de leur action sur des organes voisins qu'elles compriment.

Les tumeurs fibreuses, en atteignant de grandes dimensions, peuvent gêner par leur poids et par leur volume. Il se produit aussi dans leur intérieur des transformations qui sont la source d'accidents particuliers et qui ont trop souvent fait confondre ces pseudoplasmes avec le cancer. Ainsi elles peuvent se vasculariser d'une façon très-notable sur certains points, et presque revêtir le caractère des tumeurs érectiles. Elles saignent alors avec une grande facilité lorsque leur tissu est mis à nu par certaines causes traumatiques ou inflammatoires.

Les tumeurs fibreuses peuvent s'enflammer superficiellement, même se gangrener, et la surface malade est alors recouverte de détritits putrilagineux. C'est dans ces conditions que la confusion avec le cancer est possible.

Une complication bien plus rare des tumeurs fibreuses, c'est une infiltration œdémateuse qui les rend fluctuantes et les place dans des conditions peut-être favorables à une disparition naturelle. Nous avons constaté sur quelques tumeurs fibreuses de l'utérus un pareil changement : c'est une sorte de liquéfaction du tissu morbide, le premier degré d'une dissolution plus complète.

Quelquefois les fibromes acquièrent une consistance plus grande que d'habitude, et cette induration est due à un dépôt d'éléments calcaires ou osseux au milieu de la trame de la tumeur. Cette modification du pseudoplasme primitif s'accompagne, en général, d'un retrait dans le volume de la masse morbide, et marque une période rétrograde dans le développement du fibrome.

Le plus souvent les fibromes sont uniques, mais il ne serait pas difficile de réunir un assez grand nombre de cas de tumeurs fibreuses multiples. Cette multiplicité n'a toutefois rien qui puisse être comparé à la généralisation du cancer; elle ne nuit que par une influence locale, en comprimant quelques organes ou en amenant des hémorrhagies graves.