

pays, songer à la possibilité de la trichinose. Les doutes augmentent si l'on sait que les individus se sont nourris de viande de porc suspecte; enfin, la certitude est acquise si l'examen microscopique fait reconnaître des trichines dans les viandes qui ont servi à l'alimentation; on peut enfin, même pendant la vie, enlever de petites parcelles musculaires, ce qui n'est ni dangereux ni bien douloureux.

Tous les individus dont le corps est infecté de trichines ne succombent point, mais on ignore dans quelle proportion ces cas heureux se rencontrent. Quoi qu'il en soit, l'art ne saurait s'en prévaloir, car on ne connaît encore rien de rationnel à tenter pour détruire ces parasites. On a proposé récemment la benzine, qui a paru, en effet, tuer peut-être un grand nombre de trichines, mais l'animal a succombé lui-même, victime plutôt de la médication que de la maladie elle-même. La guérison peut arriver lorsque les trichines s'enkystent, elles cessent alors de cheminer, elles ne se reproduisent point, elles s'engourdissent et puis elles finissent par périr.

Prophylaxie. — La viande des carnivores est la seule qui puisse être suspectée, on surveillera surtout la viande de porc, et, dans les pays à trichine, elle ne devrait être livrée à la consommation qu'après s'être assuré, par l'examen microscopique, qu'elle ne contient pas de parasites. En attendant que cette mesure, qui probablement se fera longtemps attendre encore, soit acceptée, il faut s'abstenir de manger la viande de porc crue; les jambons fumés, les saucissons, les cervelas, les boudins, sont surtout dangereux. La salaison et la cuisson tuent les trichines, mais il faut qu'elles soient prolongées et complètes, car, s'il reste dans le centre une partie rouge, les trichines peuvent n'avoir point été attaquées, et l'on sait qu'un petit nombre suffisent pour infecter un adulte. Les trichines constituent donc un vrai danger public, tous les citoyens y sont exposés, car ils trouvent ce poison dans les aliments dont nous usons tous plus ou moins. On hésite à dire combien aisément les trichines pourraient devenir un instrument de mort dans des mains criminelles qui en saupoudreraient les aliments.

5° De la douve du foie (*Distoma hepaticum*).

Noms. — *Fasciola hepatica*, *Fasciola hominis*, *Fasciola humana*, *Distoma hepaticum*; vulgairement, douve, ver plat, ver du foie, distome hépatique.

La douve est un entozoaire qu'on trouve dans la vésicule et dans les conduits biliaires de l'homme et de plusieurs animaux. Il a la forme d'un fer de lance obtus à ses deux extrémités; il offre en avant une partie rétrécie qui forme le cou, et que surmonte un suçoir duquel partent des canaux qui portent dans tout le corps la bile qu'il pompe et qui est son unique nourriture. Un peu en arrière est un petit tentacule rétractile qui paraît être le pénis, et immédiatement après existe une capsule ou ventouse qu'on a cru être perforée et qui n'est en réalité qu'un organe d'adhérence. Cet entozoaire a, chez l'homme, de 5 à 11 millimètres; il paraît produire des accidents semblables à ceux que les acéphalocystes déterminent, mais on ne sait encore rien ni sur les causes qui l'engendrent, ni sur les symptômes qui peuvent en déceler la présence, ni sur la manière de la combattre.

Mehlis a fait voir que, sous le nom de douve du foie, on confondait deux espèces. Il a laissé à l'une d'elles le nom de *Distoma hepaticum*, et a désigné l'autre sous celui de *Distoma lanceolatum*. La première paraît la moins rare.

Elle a le corps ovale, la bouche et la ventouse triangulaires et le pénis spiral. La seconde présente le corps lancéolé, la bouche et la ventouse circulaires et le pénis droit; elle est un peu plus petite que le *Distoma hepaticum*.

Gescheidt assure avoir trouvé chez l'homme une troisième espèce qui habite sous la capsule du cristallin. Un enfant de cinq ans lui en offrit, une fois, quatre individus. Cette espèce a été nommée par Nordman *Distoma oculare*, et par Diesing *Distoma ophthalmobium*. Elle est longue d'un quart à un demi-millimètre et large d'un sixième. Son corps est ovale, lancéolé. Sa bouche et sa ventouse sont circulaires: cette dernière paraît subcentrale.

6° Du monostome lenticole (*Monostoma lentis*).

Nordman a signalé, sous le nom de *Monostoma lentis*, un animalcule dont il avait trouvé huit individus dans le cristallin d'une personne âgée.

Ce ver est long d'un vingtième de millimètre. On peut le confondre avec le *distome oculaire*.

7° Du tétrastome rénal (*Tetrastoma renale*).

Cet entozoaire a été observé par Lucarelli dans les urines d'une femme, et trouvé ensuite par delle Chiaje dans les reins de cette même femme.

C'est un animal long de 5 millimètres, large de 2, ovale-oblong, déprimé, un peu convexe en dessous et de couleur brun-rouge.

Des helminthes vésiculeux.

Sous le nom de vers vésiculeux ou d'*hydatides*, les anciens désignaient des parasites vésiculaires, des entozoaires terminés par une ampoule, ou contenus dans une poche, ou bien encore des dilatations morbides et différentes tumeurs enkystées. Ce ne fut que vers la fin du XVII^e siècle, que trois observateurs habiles, Hartmann, Tison et Malpighi, distinguèrent entre elles des productions aussi dissemblables, en démontrant presque en même temps que plusieurs de ces tumeurs hydatiques étaient constituées par des êtres vivants. Pallas et Laënnec ajoutèrent à ces premiers travaux des recherches encore plus précises. Bientôt on crut ne pouvoir rapporter ces vers ou prétendus vers à un seul genre, et l'on divisa les vers vésiculaires en *cysticerques*, en *échinocoques* et en *acéphalocystes*. Aujourd'hui on regarde les *cysticerques* et les *échinocoques* comme les larves de *ténias* et de *bothriocéphales*, ce ne serait donc là que deux formes que la même larve pourrait revêtir (voyez ces deux articles); enfin on distingue les *acéphalocystes*, qui ne sont rien autre que des productions morbides, des espèces de poches contenant peut-être toujours des *échinocoques*.

1° Des cysticerques.

Les *cysticerques* sont des vers vésiculaires qu'on observe très-fréquemment chez l'homme: cependant on pourrait dire qu'ils existent très-rarement chez ce dernier, eu égard à leur fréquence extrême dans certaines classes de mammifères, et notamment chez le porc. Leur présence chez celui-ci, dans la plu-

part des organes, constitue la maladie connue sous le nom de *ladrerie*. Chez l'homme, on rencontre surtout les cysticerques dans le cerveau, et quelquefois dans le tissu cellulaire des muscles. Ils y sont presque toujours enfermés dans des kystes membraneux remplis d'un liquide transparent.

Le *cysticerque* est un ver vésiculaire ayant un corps cylindroïde ou légèrement aplati, ridé transversalement, terminé par une vésicule remplie d'un liquide transparent qu'on a comparé à une queue (*vésicule caudale*). L'extrémité opposée constitue la tête; elle est obronde ou ovoïde, présente sur ses parties latérales quatre suçoirs courts, et se termine à son sommet par une couronne de petits crochets comme dans le ténia. On a distingué un assez grand nombre d'espèces de cysticerques qu'il est inutile de faire connaître ici.

2° Des échinocoques.

Les *échinocoques*, dont quelques auteurs ont à tort contesté l'existence chez l'homme, furent signalés dans notre corps par Goëze, en 1787; Brera les décrivit aussi au commencement de ce siècle; mais presque tous les naturalistes et les médecins les regardent encore comme étant une des espèces les plus rares. Cependant, dans le courant de l'année 1843, deux internes distingués des hôpitaux, M. Mayor, dans les *Archives générales de médecine*, et M. Livois surtout, dans sa thèse inaugurale, qui est un excellent travail, ont cherché à prouver que l'échinocoque, non-seulement n'était pas rare, mais qu'il était le plus commun des vers vésiculaires qu'on rencontre chez l'homme. Ces médecins ont même avancé que toutes les vésicules sans adhérences, confondues anciennement avec les diverses espèces de vers vésiculaires, et avec toutes les tumeurs acqueuses enkystées, sous le nom d'*hydatides*, et connues depuis Laënnec sous le nom d'*acéphalocystes*, n'étaient que de simples poches renfermant toujours dans leur intérieur un nombre plus ou moins considérable d'échinocoques. C'est ainsi que M. Livois, sur plus de huit cents hydatides acéphalocystiques qu'il a examinées, tant chez l'homme que chez les animaux, n'en a pas trouvé une seule qui ne contint un nombre plus ou moins considérable d'échinocoques. Ce médecin, par contre, n'en a jamais vu dans les môles vésiculaires, et cette circonstance, jointe à l'adhérence de ces tumeurs sur des pédicules, fait que M. Livois établit entre elles et les véritables hydatides une distinction bien tranchée.

Les échinocoques sont, dit M. Livois, des vers vésiculaires ayant pour caractères un *corps lisse, oblong ou ovale, une tête armée d'une couronne de crochets disposés en deux rangées et munie de quatre suçoirs*, c'est-à-dire qu'elle est organisée comme celle des cysticerques et des ténias. Ils sont constamment enfermés dans une vésicule hydatide, où ils sont toujours libres. Ce sont les échinocoques qui constituent, dit-on, ces granulations opaques, sphériques, de la grosseur d'un grain de sable ou de semoule fine, de couleur blanchâtre, regardées par la plupart comme des espèces de bourgeons, et dont nous signalerons l'existence dans les acéphalocystes. On les distingue très-bien si l'hydatide est transparente; ils nagent dans le liquide, ou bien ils adhèrent aux parois, et ressemblent tout à fait, dit M. Livois, aux petits globules d'air déposés à la surface interne d'un verre dans lequel on a versé de l'eau chaude; du reste, cette union n'est jamais intime, car il suffit de percuter légèrement l'hydatide pour les détacher; cependant, pour reconnaître la véritable nature de ces corps, il faut recourir au microscope. Cet instrument dé-

montre, en effet, que ce sont bien réellement des échinocoques. Ces animaux se présentent à l'observation sous deux formes, suivant qu'ils sont développés ou rentrés en eux-mêmes. Voici quelle est la description qu'en a tracée M. Mayor.

Dans son état de développement, l'échinocoque a une longueur de 25 à 30 millimètres et offre la forme d'une gourde de pèlerin. Des deux renflements qui le constituent, l'un, le plus volumineux, est formé par la tête, qui supporte quatre suçoirs manifestes; ceux-ci sont surmontés d'un rostre arrondi, plus ou moins saillant, suivant que le petit ver est plus ou moins développé; il est entouré à sa base d'une double couronne de petits crochets. L'autre renflement est séparé de la tête par un rétrécissement quelquefois peu distinct, et correspond à ce qu'on appelle la vessie caudale chez les cysticerques.

La deuxième forme sous laquelle se présente l'échinocoque est le résultat de la rétraction de sa tête dans la vessie caudale, rétraction opérée comme celle de l'œil du limaçon dans le tentacule qui le supporte : alors il est ovoïde. Par l'une des extrémités de l'ovoïde il adhère à la surface interne d'une petite capsule très-délicate; son autre extrémité offre une dépression correspondante à un infundibulum formé par la surface externe renversée de l'animal; les bords de cet infundibulum se voient par transparence, plus ou moins écartés l'un de l'autre; à droite et à gauche se dessinent plus ou moins nettement deux suçoirs, et à son extrémité postérieure se montre la couronne avec des crochets tournés en sens inverse de celui dans lequel ils sont quand l'animal est développé : ils ont dans cet état leur pointe dirigée en arrière.

Nous avons dit plus haut que dès le dernier siècle plusieurs naturalistes, et en particulier le pasteur Goëze, avaient noté la grande ressemblance du cysticerque et de l'échinocoque avec la tête du ténia. Ils les avaient donc rangés dans la même classe, celle des *ténias*, mais comme constituant des espèces d'un même genre, et existant à côté l'une de l'autre sans pouvoir se reproduire entre elles. Récemment on a découvert que le cysticerque et le ténia constituaient un seul et même animal développé dans des conditions diverses et parvenu à un état d'évolution différente. Nous avons dit, en effet, que des cysticerques avalés par l'homme et par les animaux supérieurs se transformaient rapidement dans le tube digestif en ténia. Mais comment celui-ci produit-il le cysticerque? Et surtout comment ce cysticerque pénètre-t-il dans la plupart de nos tissus? Il est prouvé aujourd'hui que les anneaux de ténia chargés d'œufs fécondés se détachent du reste du ver et donnent naissance à de jeunes embryons qui ne sortent de leur coque que lorsqu'ils ont été évacués par les selles et avalés de nouveau. Les animaux, comme le porc, qui mangent les excréments humains, peuvent par conséquent déglutir souvent des œufs de *tania solium*, et c'est là sans contredit la cause principale de la ladrerie. Plusieurs fois des expérimentateurs, tels que Küchenmeister, Haubner, Leuckart, ayant donné à des cochons de lait des anneaux de *tania solium*, et ayant tué ces animaux à des intervalles inégaux, ont trouvé dans l'intestin des cysticerques arrivés à des états plus ou moins avancés de développement, et qui correspondaient aux époques où l'ingestion avait eu lieu. Les embryons issus du ténia et éclos dans le tube digestif s'enfuient ensuite dans les tissus et s'y transforment en cysticerques, lesquels, pour devenir ténia, doivent être portés dans les voies digestives.

3^o Des acéphalocystes.

Laënnec, dans un remarquable travail lu, en 1804, à la Société de la faculté de médecine, a proposé de désigner sous le nom d'*acéphalocystes* de prétendus vésiculaires consistant en une vessie remplie d'un liquide transparent, n'offrant aucune apparence de corps ni de tête, libre de toute espèce d'adhérence, et contenus dans un kyste. Les recherches modernes ont fait voir que les acéphalocystes de Laënnec ne devaient être considérés que comme de simples poches servant à loger des échinocoques en plus ou moins grand nombre.

Description générale. — Les *acéphalocystes* peuvent se former dans tous les tissus, dans tous les organes, et même, dit-on, dans les cavités séreuses (Reynaud); mais on ne les trouve nulle part aussi fréquemment que dans les organes parenchymateux, particulièrement dans le foie; puis viennent, par ordre de fréquence, les ovaires, les reins, les poumons, le cerveau, la rate, l'utérus; il s'en trouve aussi entre les vertèbres et la dure-mère, dans les bourses muqueuses, dans le tissu cellulaire extérieur, dans les muscles et dans les os.

Les acéphalocystes sont, disons-nous, constituées par des vésicules; leur grosseur varie depuis celle d'un grain de chènevis jusqu'à celle d'une tête de fœtus à terme; la plupart ont le volume d'une aveline ou d'une noix; elles sont ovoïdes ou arrondies; leurs parois sont minces, fragiles, homogènes, sans fibres distinctes, élastiques et extensibles: elles sont incolores, quelquefois grisâtres ou d'une teinte laiteuse; quelques-unes offrent des points blancs opaques, formés par un simple épaississement des parois; ailleurs ce sont de petits corps sphériques qui ont le volume d'un grain de millet ou celui d'un petit pois, et que l'on considère généralement comme des espèces de bourgeons qui, après avoir atteint un degré de développement suffisant, se détachent, tombent dans la cavité intérieure et constituent de nouvelles poches. Telle est probablement l'origine des acéphalocystes contenues dans des vessies plus grosses; celles-ci constituent véritablement alors des acéphalocystes mères. Le liquide contenu dans chaque acéphalocyste est parfaitement limpide. Il est neutre ou alcalin; sa densité n'est que de 1008 à 1013; il renferme du chlorure de sodium, quelques très-faibles traces d'albumine, car il ne se coagule ni par la chaleur ni par l'acide nitrique.

Les acéphalocystes existent en nombre variable: il peut n'y en avoir qu'une, et l'on a pu en compter plus de mille. Qu'elles soient solitaires ou multiples, elles sont toujours renfermées dans un kyste résistant, composé généralement de plusieurs feuillets, et se rapprochant beaucoup par sa structure des ligaments articulaires. L'épaisseur de ces kystes est communément en rapport avec leur ancienneté; ils ont quelquefois subi partiellement la transformation cartilagineuse ou osseuse. L'intérieur du kyste est tapissé par une membrane lisse, d'aspect séreux, qui exhale un liquide transparent, dans lequel nagent les hydatides et qui est identique avec celui contenu dans les vésicules elles-mêmes. Le kyste adhère plus ou moins intimement aux parties voisines; celles-ci ne sont pas détruites, mais seulement aplaties, un peu condensées et quelquefois atrophiées par suite de la compression que la tumeur exerce sur elles.

Ce qui précède constitue l'état physiologique de l'acéphalocyste; mais souvent on trouve que le liquide contenu dans le kyste est opaque et purulent; la

membrane interne est inégale, les hydatides sont rompues, flétries; le liquide qu'elles contiennent est jaune, opaque, purulent. On peut conclure alors qu'il y a eu inflammation du kyste: toujours dans ces cas les acéphalocystes sont altérées. Elles sont friables, elles sont ridées, flétries. Dans ces kystes, dont les hydatides ont péri, on voit le liquide s'épaissir et finir par être remplacé par une matière comme crayeuse, ou analogue au mastic des vitriers, et dans laquelle on trouve des débris d'acéphalocystes et quelques crochets d'échinocoques. L'analyse chimique y a fait constater avec quelques sels calcaires une grande quantité de matières grasses.

Quelques auteurs, adoptant l'idée de Laënnec, ont regardé les *acéphalocystes* comme de véritables animaux, Rudolphi, Cuvier, Meckel, et de nos jours Dumeril et Moquin-Tandon les ont considérées comme de simples productions morbides, sans caractère d'animalité, comme une portion de tissu qui commence à s'organiser et qui revêt une forme vésiculaire. Nous acceptons cette opinion, car l'absence de vaisseaux, d'un estomac, d'un orifice quelconque et de toute espèce de mouvement, ne permet pas de ranger ces productions parmi les animaux même les plus élémentaires. Mais dans ces poches existent des êtres organisés, des échinocoques.

Symptômes. Marche. — Les tumeurs acéphalocystiques, ayant un développement très-lent, acquièrent souvent un volume considérable sans révéler leur présence par aucun symptôme. Cependant il survient le plus souvent différents phénomènes morbides, dépendant surtout de la compression que la tumeur exerce, soit sur l'organe dans lequel elle s'est développée, soit sur un organe environnant. C'est ainsi qu'un kyste à acéphalocystes, développé dans les parois de l'intestin, gêne le cours des matières fécales, et peut produire tous les accidents de l'iléus. L'acéphalocyste naît-elle dans le cerveau, on voit se manifester tous les symptômes qui surviennent toutes les fois qu'une tumeur se développe lentement dans le crâne et vient comprimer l'encéphale.

Si la tumeur acéphalocystique proémine à l'extérieur, son exploration pourra fournir quelques caractères importants. Dans la plupart des cas, elle a une forme arrondie; elle a une résistance élastique, et l'on y sent plus ou moins distinctement de la fluctuation. Percutée, elle donne un son mat; la percussion fait en outre entendre quelquefois un bruit particulier, ou plutôt le doigt qui frappe a la sensation d'une sorte de mouvement vibratoire qu'on a comparé au frémissement qu'on produit en percutant une montre à répétition sur la face opposée au verre. On a donné à ce phénomène le nom de *frémissement hydatique*. Indiqué d'abord par M. Briançon (1), puis par M. Piorry et par M. Tarral, c'est à tort que quelques personnes en ont contesté la valeur diagnostique ou l'existence. Nous affirmons que ce signe existe réellement; nous ajoutons qu'il est pathognomonique, car on ne le rencontre dans aucune autre circonstance; mais malheureusement on le trouve très-rarement, et souvent il n'existe que d'une manière passagère. On croit que ce phénomène est produit par la collision de plusieurs hydatides ou par leur mouvement dans le liquide, lorsqu'on vient à les agiter par la percussion de la tumeur. Ce signe doit donc manquer lorsqu'il n'y a qu'une acéphalocyste, ou lorsque la poche est ou trop distendue, ou incomplètement remplie. En général, les kystes acéphalocystiques produisent peu de douleur; lorsqu'ils ne sont pas trop volumineux ou qu'ils ne compriment pas un organe trop important, ils peuvent exister longtemps sans altérer la nutrition: dans le cas contraire, les malades languissent et dépérissent.

(1) Thèses de Paris, année 1828, n^o 216.

Quelquefois cependant la tumeur est le siège de douleurs vives et lancinantes; elle semble augmenter de volume; il y a du malaise et de la fièvre. Ces accidents, qui sont le plus souvent spontanés, surviennent quelquefois à la suite d'une contusion de la tumeur, et indiquent que celle-ci est le siège d'une phlegmasie, laquelle a pour résultat ordinaire d'arrêter le développement des hydatides et de remplacer le liquide transparent du kyste par une sérosité louche ou par du pus.

Terminaisons. Durée. — Les kystes acéphalocystiques peuvent guérir par l'expulsion des hydatides au dehors; d'autres fois le kyste se resserre et revient sur lui-même; enfin il peut finir par se transformer en un petit noyau fibreux. D'autres fois la maladie a une issue funeste; la mort survient alors, tantôt par la gêne ou par l'obstacle que la tumeur apporte à l'accomplissement de certaines fonctions importantes. Pravaz rapporte dans sa thèse l'histoire d'un individu qui mourut suffoqué avec tous les symptômes de l'angine œdémateuse: à l'autopsie, on trouva, pour expliquer ces accidents, deux hydatides du volume d'une noix, qui s'étaient logées sous l'épiglotte, et occupaient, à droite surtout, une partie des ventricules du larynx. Ailleurs la mort arrive avec les symptômes généraux et locaux qui accompagnent la plupart des affections organiques graves, tels que douleurs vives, amaigrissement, faiblesse croissante; cela a surtout lieu dans le cas où la tumeur est volumineuse et a été fréquemment enflammée. D'autres fois les malades succombent à la suite de la rupture de la tumeur dans une séreuse, comme le péritoine ou la plèvre. Lorsque le kyste s'ouvre à l'extérieur, il peut consécutivement s'enflammer et suppurer; s'il est vaste, la mort survient alors par épuisement ou bien avec les symptômes de la résorption purulente ou putride.

On a regardé les acéphalocystes comme pouvant être l'origine de diverses affections. On a dit qu'en se transformant, elles pouvaient produire un athérome (Bremser), des tubercules (Baron), un cancer, des fungus, mais il n'y a rien de fondé dans cette manière de voir, et je crois volontiers, avec M. le docteur Davaine, que les kystes prétendus *tuberculeux* ne sont qu'un degré moins avancé de l'altération que subit la matière contenue avant de présenter l'état athéromateux et l'état créacé qui est le dernier terme des changements qui peuvent survenir. Il n'est pas rare d'ailleurs sur le même individu de trouver dans des kystes multiples les différentes transformations que l'hydatide peut subir.

La durée de la maladie est très-variable; elle est rarement moindre de cinq à six mois; le plus souvent elle s'étend à plusieurs années; dans quelques cas exceptionnels, elle se prolonge, dit-on, pendant vingt ou trente ans.

Diagnostic. — Lorsque les acéphalocystes se développent dans des organes profonds ou qui sont protégés par des enveloppes résistantes, et lorsqu'on ne peut s'éclairer que par les troubles fonctionnels, le diagnostic est à peu près impossible: c'est ce qui a lieu surtout pour les acéphalocystes nées dans le crâne, dans le canal rachidien, dans les parties profondes de la poitrine et de l'abdomen. Lorsque le kyste fait saillie à l'extérieur, nous avons vu qu'on pouvait reconnaître sa nature à la résistance élastique de ses parois, à la fluctuation et au frémissement hydatique. Mais ce dernier signe, le seul qui soit pathognomonique, existe rarement; de sorte que dans la plupart des cas on n'arrive au diagnostic que par voie d'exclusion, et c'est parce que les principaux caractères de maladies plus fréquentes, comme le seraient, par exemple, les abcès, manquent qu'on est conduit à soupçonner des acéphalocystes. Dans ces cas si obscurs, on a conseillé de faire une ponction exploratrice avec un

trocart extrêmement délié. S'il s'écoule un liquide clair, transparent, non coagulable par la chaleur ni par l'acide nitrique, et laissant déposer, par l'évaporation d'une gouttelette sur une lame de verre, des cristaux de chlorure de sodium reconnaissables au microscope, on devra penser à l'existence des acéphalocystes. Ce diagnostic ne sera exact que dans la plupart des cas, car il ne faut pas oublier qu'il existe des kystes simplement séreux. Il est inutile de dire que l'issue d'une ou plusieurs acéphalocystes par quelque ouverture naturelle ou accidentelle enlève toute espèce d'incertitude.

Pronostic. — Le pronostic des acéphalocystes est généralement grave; mais cette gravité varie suivant une foule de circonstances: ainsi le danger est d'autant plus grand que le kyste occupe, avoisine et comprime un organe plus essentiel à la vie. C'est ainsi que de petites acéphalocystes suffisent pour tuer les malades, si elles se sont développées dans le cerveau, tandis que de plus volumineuses peuvent exister longtemps dans la rate, le foie, les reins, sans même se révéler par aucun phénomène morbide. Le volume du kyste, les altérations survenues dans ses parois, la profondeur à laquelle il est situé, l'influence fâcheuse que la constitution en a ressentie, sont tout autant de circonstances qui doivent rendre le pronostic beaucoup plus fâcheux.

Étiologie. — Nous ne savons rien de positif sur l'origine des acéphalocystes chez l'homme et sur leurs causes, soit prédisposantes, soit efficientes; il paraît établi pourtant que les acéphalocystes, à peu près également fréquents dans l'un et l'autre sexe, surviennent surtout dans la période de vingt à quarante ans. Chez les ruminants, la maladie naît surtout sous l'influence de l'humidité et quand on nourrit ces animaux avec de l'herbe humide. Si des conditions hygiéniques spéciales sont capables de leur donner naissance, n'oublions pas que le plus souvent peut-être les germes des cysticerques et des échinocoques contenus dans les poches hydatiques proviennent du dehors. (Voyez plus haut page 645.)

Traitement. — Pour empêcher le développement des acéphalocystes et pour détruire celles qui se sont développées, on a conseillé l'emploi de diverses substances, comme le sel marin à l'intérieur ou en bain, le calomel, l'huile empyreumatique ou anthelminthique de Chabert, l'iodure de potassium, l'application du froid, les courants électriques; malheureusement la science ne possède aucune série de faits suffisants pour justifier la confiance que quelques personnes ont encore dans l'emploi de ces remèdes. En somme, le traitement médical est nul et l'on ne saurait espérer détruire les acéphalocystes par les moyens topiques ou les médications internes actuellement connus. L'intervention chirurgicale peut seule attaquer efficacement la maladie.

Lorsque le kyste est à la portée de nos instruments, il faut se hâter de l'ouvrir avec le bistouri, ou bien avec la poudre de Vienne. Les uns ont fait une simple ponction avec un trocart explorateur, et cette opération, pratiquée dans l'unique but de reconnaître la nature de la tumeur, a parfois suffi pour la guérir. D'autres, à l'imitation de M. le professeur Jobert, ont laissé après la ponction une canule à demeure pendant vingt-quatre heures, pour enflammer le kyste et provoquer son adhésion avec l'extérieur, dans le cas où il serait viscéral; on a encore, avec M. Jobert, pratiqué des ponctions successives pour amener une diminution progressive du kyste. Ces diverses méthodes comptent des succès sans doute, mais peut-être plus de revers encore. Il en est de même de l'incision faite comme s'il s'agissait d'ouvrir un abcès. Si c'est un kyste occupant les membres ou les parois des cavités, on réussit le plus souvent par ce procédé; mais il n'en est pas de même si l'on attaque un kyste abdominal, car il est à

redouter que le liquide ne pénétre dans la séreuse, si le kyste n'a pas préalablement contracté adhérence avec les parois. C'est dans le but de provoquer celle-ci qu'on a conseillé de faire l'incision en deux temps. Dans le premier, on arrive jusqu'à la tumeur ou jusqu'à la séreuse, et, aussitôt que l'adhésion est faite, on pénètre dans le kyste par une dernière incision. Mais on préfère communément, pour obtenir ce résultat, se servir de la potasse ou du caustique de Vienne. Pour cela, on place sur le point le plus culminant de la tumeur un morceau de caustique de Vienne, de la largeur d'une pièce de 2 francs pour le moins; l'eschare formée, on l'incise et l'on met dans le fond un nouveau fragment de caustique; on fait pendant plusieurs jours deux, trois ou quatre applications, jusqu'à ce qu'on parvienne sur le foyer. Après s'être bien assuré que le kyste adhère à la séreuse pariétale, on pénètre dans son intérieur, soit avec le bistouri, soit par une dernière application de caustique. On provoque l'issue des hydatides par des injections et par une position convenable. De quelque manière qu'on pénètre dans le kyste, on a conseillé, pour modifier sa surface et hâter l'adhésion des parois, de pratiquer dans sa cavité des injections iodées qu'on renouvelle plus ou moins souvent, car elles sont utiles pour hâter la cicatrisation du kyste et pour empêcher ou pour corriger la septicité des liquides épanchés dans sa cavité. C'est M. le docteur Boinet qui le premier a eu cette pensée. On compte quelques succès, mais souvent la méthode a été impuissante, et parfois on a pu lui attribuer la mort des malades.

En résumé, il est difficile encore de donner une prééminence absolue à l'une des méthodes exposées plus haut. Toutefois, pour les kystes viscéraux qui sont à peu près les seuls qui intéressent le médecin, le procédé qui consiste à attaquer la tumeur par des applications successives de potasse est celui qui remplit le mieux les indications qu'on se propose. Le kyste ouvert, on essaiera d'en modifier la surface par des injections iodées, et l'on s'efforce par des pansements convenables et suffisamment renouvelés, comme par la position et des irrigations abondantes, à prévenir la rétention des matières septiques et l'infection de l'économie.

Pour compléter l'histoire des acéphalocystes, nous terminerons en faisant connaître ce que ces produits morbides offrent de spécial sous les rapports anatomique et symptomatique, suivant les organes dans lesquels ils se sont développés.

Des acéphalocystes du foie.

Nous avons dit que les acéphalocystes ne se développaient nulle part plus fréquemment que dans le foie, sans qu'on puisse expliquer cette particularité par la structure de l'organe ou par la nature de ses fonctions.

M. le docteur Barrier, dans sa thèse (1840), a prouvé que le kyste acéphalocystique avait ordinairement son siège primitif dans l'intérieur du foie, rarement à la surface de l'organe. Dans la plupart des cas, la maladie n'envahit qu'un seul lobe; le droit paraît être deux fois plus souvent affecté que le gauche. Il résulte encore d'un fait rapporté par M. Barrier que des acéphalocystes peuvent exister dans les canaux biliaires dilatés; mais ce cas est fort rare. La tumeur comprime et atrophie l'organe; presque toujours elle n'apporte que peu ou point de gêne à la circulation de la bile et du sang de la veine porte; c'est ce qui explique pourquoi l'ictère et l'ascite sont des accidents assez rares dans le cours de la maladie.

Symptômes. — Une tumeur acéphalocystique peut exister longtemps sans provoquer ni douleur, ni gêne, ni trouble quelconque, souvent c'est par hasard

que les malades s'en aperçoivent, parfois c'est une douleur sourde, obtuse ou plutôt une gêne vague dans le ventre qui fixe l'attention et qui fait découvrir une tumeur proéminente à l'hypochondre, offrant les caractères précédemment indiqués. C'est dans celle-ci surtout que l'on a reconnu le *frémissement hydatique*, mais il faut bien prendre garde de confondre ce signe avec le *frottement péritonéal*. Ce dernier, beaucoup plus fréquent que l'autre, est perçu lorsque le péritoine s'est enflammé au niveau de la tumeur et qu'il y a eu à son niveau production des fausses membranes. Ces deux phénomènes sont faciles à distinguer l'un de l'autre. En effet, le frottement péritonéal donne à l'oreille qui ausculte la sensation de deux surfaces inégales qui se frottent; lorsqu'on produit ce bruit, en pressant avec les doigts sur la tumeur (et ce cas est le seul où l'on pourrait le confondre avec le bruit hydatique), on sent un craquement que je comparerai, avec J. Corrigan, à ce qu'on éprouve en ployant du cuir neuf dans les mains, ou en frottant le doigt sur un carreau de vitre humide, ou bien en froissant de l'amidon; ces sensations ne ressemblent en rien à celle que donne à travers la boîte d'une montre la vibration du ressort; c'est à peu près celle qui caractérise le frémissement hydatique.

Un kyste hydatique du foie, lorsqu'il est un peu volumineux, ou bien lorsqu'il est placé au voisinage de certains organes, peut troubler plus ou moins leurs fonctions. Comprimant l'estomac, il rend les digestions lentes, difficiles; il provoque parfois du vomissement. La compression des canaux biliaires, du tronc de la veine porte et du diaphragme explique l'ictère, l'ascite, la dyspnée et la toux, qu'on observe quelquefois à une période plus ou moins avancée. La maladie peut avoir tous les modes de terminaison dont nous avons parlé précédemment (page 648); de plus, eu égard à son siège, le kyste peut s'ouvrir dans le péritoine, dans l'estomac et dans les intestins, dans la veine cave inférieure, dans les canaux biliaires et dans la vésicule, dans la plèvre, dans les poumons ou à travers les parois abdominales.

Des accidents fort différents surviennent dans ces cas. La pénétration du kyste dans le péritoine donne lieu à une péritonite suraiguë très-promptement mortelle. Une inflammation pleurale arrive lorsque le kyste s'ouvre dans la plèvre. Cependant la mort n'en est pas la conséquence absolument fatale, puisqu'on a vu en pareil cas la thoracentèse réussir comme dans un épanchement ordinaire. Le kyste se fait-il jour dans le poumon même, le malade rend des hydatides par l'expectoration, et souvent au niveau de la tumeur du foie, qui d'ailleurs est généralement affaissée, on constate du gargouillement, un souffle et une résonance quasi amphorique. Cette pénétration dans le poumon est parfois directe, immédiate; ailleurs, au contraire, elle est consécutive à l'épanchement des hydatides dans la plèvre. Plus souvent on voit les hydatides se faire jour à l'extérieur à travers l'estomac ou les intestins; elles sont alors rejetées parfois par le vomissement, presque toujours par les selles. Lorsque, nonobstant l'épaisseur considérable des parois abdominales, les kystes hydatiques se frayent une issue à travers elles, c'est en les distendant, en les usant peu à peu et en les abécédant. Ce mode de terminaison me paraît être des plus rares, du moins c'est celui que j'ai le moins observé. Deux fois on a vu le kyste hydatique se faire jour dans la veine cave inférieure. Les malades, dont l'histoire a été rapportée par M. Piorry et par M. Lhonneur, sont morts en quelques instants, l'un suffoqué, l'autre après une perte de connaissance (1). Un fait très-insolite aussi, mais beaucoup moins rare que le précédent, est la péné-

(1) Percussion médiate, 2^e édit., p. 107, et *Bulletins de la Société anatomique*, année XXX.