

petite tumeur érectile, et c'est là surtout ce que Bickersteth a décrit. Alors on trouve des kystes qui contiennent, soit du sang à l'état fluide, soit un sérum plus ou moins coloré.

Comment peut-on interpréter la formation de ces kystes vasculaires? Se forment-ils dans les tumeurs érectiles comme dans d'autres tissus, et s'ouvrent-ils alors par compression dans les veines et leurs dilatactions variqueuses? ou bien faut-il admettre, avec H. Coote, que certaines dilatactions des vaisseaux sont graduellement séparées du courant sanguin, de façon à former des sacs clos? L'anatomie pathologique n'a pas encore donné réponse à ces questions, et ce sont là des vues hypothétiques qui appellent de nouvelles recherches.

La *symptomatologie* et le *diagnostic* de ces kystes sont fort obscurs, et nous pensons qu'il est seulement possible de soupçonner l'existence de cette espèce de tumeur. Le chirurgien devra tenir compte alors, dans son appréciation clinique, du siège du kyste sur le trajet d'un gros tronc veineux, de la présence de vaisseaux artériels et veineux en plus grand nombre autour de la tumeur, de l'existence antérieure d'un nævus sur le même point, enfin des mouvements d'expansion et de retrait qui seraient en rapport avec la circulation artérielle ou veineuse.

Les remarques qui précèdent doivent faire comprendre que le *pronostic* et le *traitement* ne peuvent être les mêmes ici que dans les autres kystes. La chirurgie opératoire n'a encore formulé sur ce point aucune règle; toutefois, lorsqu'un kyste se trouvera dans une des conditions énoncées plus haut, il ne faudra essayer aucun des procédés qui mettraient brusquement à nu sa cavité, et, si l'on veut en tenter l'ablation, on devra prendre les précautions nécessaires pour éviter une hémorrhagie mortelle, comme dans le fait déjà cité de Dalrymple. C'est alors le cas de porter une ligature préventive sur la base du kyste, et d'enlever seulement ce qui se trouve en avant de la ligature.

#### B. — KYSTES COMPOSÉS.

Les kystes que nous venons d'étudier ne contiennent que des produits de sécrétion ou d'excrétion; il nous reste à parler maintenant des kystes plus compliqués et dont l'étude générale manque dans la plupart des traités de pathologie. Ce sont des kystes qui renferment à leur intérieur: 1° d'autres kystes; 2° de simples productions végétantes de leur surface interne; 3° une organisation dermoïde ou autre de leurs parois, ou 4° des vers vésiculaires.

#### 1° Kystes autogènes.

On rencontre parfois une variété de cystomes multiloculaires qu'on peut désigner sous le nom de *kystes autogènes*, et dont la disposition est des plus curieuses: ce sont des kystes qui prennent naissance à l'intérieur

d'autres kystes. Tantôt ces kystes secondaires reproduisent assez bien les formes sphéroïdales des kystes primitifs; tantôt ils sont allongés et pédiculés.

Par leur accroissement successif, ils finissent par remplir la cavité de la poche mère. Une telle disposition s'observe dans l'ovaire, où elle a été bien décrite par Paget (1), dans la dégénérescence hydatique du placenta (2) et dans d'autres organes encore. Il n'est pas rare d'observer dans les kystes secondaires des kystes de troisième ordre; on voit aussi, mais moins souvent, des kystes naissant de la paroi mère venir faire saillie au dehors (*kystes exogènes*).

#### 2° Kystes prolifères.

La surface interne de certains kystes, surtout des kystes glandulaires, est quelquefois le siège d'un travail d'organisation qui a fait donner à ces tumeurs le nom de *kystes prolifères*. On voit dans quelques cas de petites productions purement épithéliales qui n'atteignent en général qu'un médiocre volume; mais plus souvent, la production qui fait saillie dans le kyste est d'une organisation plus élevée, c'est un tissu qui reproduit celui de la glande au milieu de laquelle existe le kyste glandulaire primitif. D'autre fois c'est un tissu fibroïde dans lequel on ne rencontre point d'éléments glandulaires. La mamelle et la thyroïde sont le siège de préférence de ces kystes, mais on en voit aussi dans la prostate, les lèvres, la joue, etc. La production organisée fait saillie dans le kyste distendu par le liquide, puis elle refoule ce liquide qui se résorbe peu à peu. La tumeur solide peut se mettre en contact avec la surface séreuse du kyste, y adhérer et oblitérer complètement la cavité; on a même vu de semblables productions perforer l'enveloppe fibreuse du kyste et venir se faire jour au dehors. Aucun symptôme ne traduit fidèlement la présence de cette variété de kystes, désignée par quelques auteurs sous le nom de *cysto-sarcoma*. On pourrait peut-être les soupçonner quand, dans une glande, on voit une tumeur solide succéder peu à peu à une tumeur manifestement liquide; d'ailleurs leur augmentation se fait lentement et sans douleur. En général, ces kystes ont la réputation de tumeurs bénignes; mais on en a vu quelques-uns marqués par une grande tendance à la récurrence. De ces derniers aux kystes vraiment cancéreux, il n'y a qu'un pas. Il peut se former des cancers dans des kystes de nature bénigne, comme il peut y avoir des formations cystiques dans des cancers: le cysto-carcinome sera l'objet d'études ultérieures.

L'extirpation est le seul traitement applicable aux kystes prolifères.

(1) *Lectures on Tumours*, p. 58.

(2) *Müller's Archiv*, 1850, p. 417.

3<sup>o</sup> Kystes dermoïdes.

Il faut donner quelques développements à l'étude d'une variété de kystes composés que l'on désigne maintenant sous le nom de *kystes dermoïdes*. Ce sont des poches qui présentent à leur surface interne une organisation qui se rapproche beaucoup de celle de la peau, et dans lesquelles on trouve de l'épiderme, du derme, des glandes sébacées et sudoripares, des poils implantés, une graisse abondante, et, en outre, dans quelques cas, des os et des dents. Les kystes dermoïdes sont décrits dans les divers recueils sous les noms de *kystes pileux*, *kystes graisseux*, etc. D'après la nature de leur contenu, et en conséquence de leur organisation cutanée, Lebert les désigne sous le nom de *kystes dermoïdes*.

HISTORIQUE. — Les exemples de kystes dermoïdes sont très-nombreux dans la science, mais ils ne peuvent être tous mentionnés dans un article général sur ce sujet. Nous nous bornerons à indiquer ici quelques travaux qui donneront une bonne idée de cette question.

MECKEL, *Ueber regelwidrige Haar- und Zahnbildungen* [Sur les formations anormales de cheveux et de dents] (*Meckel's Archiv*, 1815, t. I, p. 519). — LAWRENCE, *Encysted Tumours of the eyelids* [Sur les tumeurs enkystées des paupières] (*London medical Gazette*, 1838, t. XXI, p. 471). — LEBERT, *Des kystes dermoïdes, et de l'hétéropie plastique en général* (*Mémoires de la Société de biologie*, 1<sup>re</sup> série, 1852, t. IV). Ce dernier et important travail renferme un très-grand nombre d'indications bibliographiques, et suffit à mettre tout de suite au courant d'une masse de faits disséminés dans la science. On consultera aussi sur ce sujet un travail de Verneuil : *De l'inclusion scrotale et testiculaire* (*Archives de médecine*, 1855); une thèse récente : *Des kystes pileux de l'ovaire*, par DEROCQUE (mai 1858), et les principaux traités d'anatomie pathologique, tels que ceux de CRUVEILHIER, LEBERT, etc., le livre de PAGET, *On Tumours*, etc., etc.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Ces kystes dermoïdes ont été trouvés dans les diverses régions du corps, mais on les rencontre de préférence dans l'ovaire ou à son voisinage. On les voit aussi dans divers points du tissu cellulaire sous-cutané. Les ophthalmologistes les ont depuis longtemps signalés au voisinage de l'orbite, aux sourcils, dans les paupières. On les a vus encore à la racine du nez, à la jambe (Venot), près du pubis, entre le cartilage thyroïde et la fourchette du sternum (Giraldès), dans le cuir chevelu. Chez les animaux, leur siège de prédilection paraît être le tissu cellulaire intermusculaire de l'encolure, et celui des rayons supérieurs des membres antérieurs, surtout en dessous de l'épaule. Dans d'autres parties on voit rarement ces kystes dermoïdes; cependant Menghini, Morgagni, Paget et Lebert en ont trouvé dans les méninges; Kölliker (1) en a décrit un exemple dans le poumon; d'autres en ont signalé près du foie, dans l'estomac, dans l'épiploon, dans le mésentère; enfin, certains

(1) *Mikr. Anat.*, t. II, p. 172.

kystes pili-osseux du scrotum paraissent devoir être rangés dans cette catégorie de kystes dermoïdes. Puisqu'on les trouve dans des régions très-variées, il est nécessaire de leur consacrer un article général; et ce qu'ils présentent de particulier dans les ovaires sera l'objet de remarques ultérieures.

Nous avons dit que ces kystes se rapprochaient de la peau par leur structure. Kohlrausch (1) démontra ce fait le premier, et les observations recueillies depuis lors, et rassemblées par Lebert, confirment cette opinion.

Les enveloppes des kystes dermoïdes les plus simples, de ceux qui contiennent une matière grasse et des poils, renferment en effet les éléments de la peau. A la face interne de la poche, on découvre des lamelles épidermiques très-distinctes, dont les plus centrales sont aplaties et déjà vieilles, et dont les plus extérieures ont tous les caractères des jeunes cellules d'épithélium. Cet épiderme repose sur une trame fibro-aréolaire comparable au derme, et comme lui pourvue de vaisseaux. De cette surface interne du kyste, on voit naître des poils plus ou moins longs, de couleur variable, souvent différente de la couleur des poils de l'individu qui porte le kyste. Ces poils sont pourvus de bulbes entourés d'une gaine bien distincte. Deux glandes sébacées les accompagnent généralement (fig. 23); mais on trouve encore çà et là des poils sans glandes et des glandes sans poils. Lebert a pu suivre distinctement les contours lobulés de ces glandes et leur canal excréteur. Sur un kyste dermoïde que nous avons extrait de la région sourcilière, les glandes étaient plus volumineuses et plus distinctes que dans la peau normale. Dans un kyste dermoïde du poumon, Kölliker a vu aussi des glandes sudoripares et des papilles.

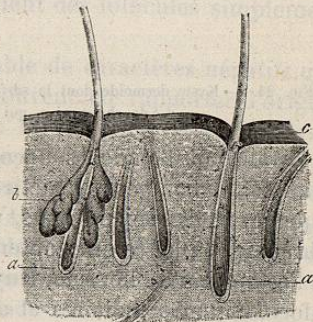


FIG. 23. — Structure de la paroi d'un kyste dermoïde du sourcil, a, a, bulbes pileux; b, glandes sébacées; c, surface interne ou épidermique du kyste.

Le contenu de ces kystes varie beaucoup, et à cause de cela certains auteurs éprouvent quelque répugnance à classer dans une même catégorie les kystes pileux et les kystes osseux et dentifères. Cependant une analyse attentive de tous les cas montre une transition graduelle entre ces diverses espèces de kystes. Quoi qu'il en soit, on rencontre le plus souvent dans les kystes dermoïdes une matière grasse, jaunâtre, de la consistance du suif, composée de granules ou de petites vésicules. Cette matière est de tous points identique avec celle que contiennent les glandes sébacées des poils. De nombreuses cellules épidermiques et des poils déhiscents s'y mêlent. Le

(1) *Müller's Archiv*, 1843, p. 365.

contenu de ces kystes revêt un aspect particulier lorsqu'il s'y rencontre des cristaux de cholestérine. On trouve alors des masses noueuses d'une substance cassante comme la cire, et dont la surface présente le vif éclat de la nacre de perle. Dans d'autres cas, les matières renfermées dans ces kystes sont complexes.

Au sein de quelques-uns de ces kystes, on trouve des dents et des os. Sans discuter maintenant l'origine de ces dents et de ces fragments osseux, il importe d'établir tout de suite qu'on les a trouvés ailleurs que

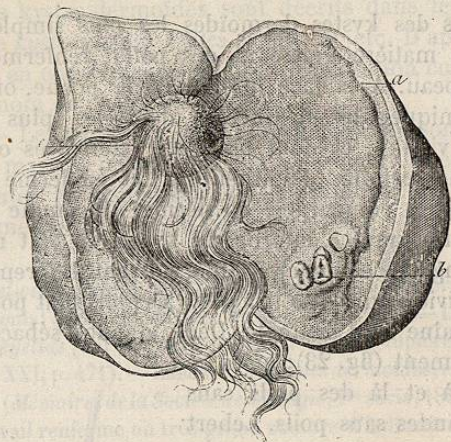


FIG. 24. — Kyste dermoïde dont la surface interne *a* contient trois dents, *b*, et une touffe de cheveux, *c*, qui naît d'une sorte de tubercule.

dans l'ovaire, où l'on doit soupçonner une grossesse, ou au voisinage des mâchoires, où l'on peut admettre une poussée anormale de dents. Ainsi, quoique ces faits soient rares, on a trouvé chez un homme, près du diaphragme, un kyste qui contenait des os et quatre dents molaires (1). Dans l'estomac d'un homme, Ruysch (2) a vu un kyste qui renfermait un os informe, quatre molaires et une touffe de poils. Un kyste situé dans le mésentère d'une jeune fille de quinze ans contenait deux canines, huit molaires, deux incisives (3). Gordon décrit (4) le cas très-curieux d'une tumeur trouvée dans la cavité thoracique, derrière le sternum, et renfermant de la matière sébacée et un os portant sept dents, les unes solidement implantées, les autres entourées d'une capsule fibreuse à leur base. Enfin, on a vu, chez des oiseaux, à droite et en avant du cœur, des kystes pennifères.

Ainsi les dents existent dans des points autres que l'ovaire et le voisinage des mâchoires. Ces dents sont en nombre variable. Dans des kystes

(1) *Berl. Sammlung*, Bd. III, S. 264.

(2) *Hist. nat. méd.*, déc. III, n° 1, p. 2.

(3) Schutzer, *Abh der Schwed Akad.*, Bd. XX, S. 177.

(4) *Medic.-Chirurg. Transact.*, t. XIII.

non ovariens, ce nombre a varié de 1 à 13, mais, dans des kystes ovariens, de 1 à 14, 100 et 300 (1). Ces dents sont libres ou implantées dans la paroi du kyste ou sur des fragments osseux. Le groupement de ces dents ne se rapproche point de la dentition normale, et c'est à tort que Meckel a soutenu l'opinion contraire pour les kystes ovariens. Dans deux cas on a fait mention de dents ovariennes qui s'étaient cariées, et leur évolution put aller jusqu'à leur chute dans la cavité du kyste. La forme de ces dents et leur structure sont tout à fait celles des dents normales. Avec ou sans dents on rencontre dans ces kystes des fragments osseux. Ces os, lorsqu'ils sont seuls, n'ont point, en général, de ressemblance avec le squelette d'un fœtus. Le plus souvent il n'y a qu'un seul os, tantôt aplati, tantôt plus épais et de forme tout à fait irrégulière. Ces fragments d'os sont le plus souvent incrustés dans les parois du kyste, mais ils peuvent s'isoler au sein de la cavité. Lorsqu'il existe des dents à l'intérieur des kystes, on trouve, en général, un plus grand nombre d'os, et ceux-ci ressemblent davantage aux os de fœtus. Quant aux os dans lesquels des dents sont implantées, Lebert ne leur a jamais trouvé la forme si régulière des maxillaires, et en particulier leurs apophyses et leurs trous. L'examen microscopique de ces dents et de ces os y montre tous les caractères de la substance dentaire et de la substance osseuse.

Ces kystes dermoïdes, quand ils sont sous-cutanés, n'ont aucune ouverture extérieure, ce qui les distingue nettement des follicules simplement oblitérés.

SYMPTOMATOLOGIE. — C'est par un ensemble de caractères négatifs que ces kystes se révèlent. D'abord on peut souvent en rapporter l'origine à la naissance ou aux premiers temps de la vie. Mais ils sont alors à l'état latent, et leur indolence comme leur petit volume font qu'ils échappent à l'observation. Ils peuvent rester ainsi pendant de longues années, toujours même, ou bien augmenter avec l'âge, et acquérir alors d'assez notables proportions. Sans cause appréciable, il se produit souvent à leur intérieur un travail phlegmasique qui se termine par la suppuration du kyste et son ouverture au dehors. Le malade accuse dans la partie un certain malaise, et s'il s'agit d'un kyste sous-cutané, la peau s'amincit, s'ulcère, et le contenu de la poche se vide au dehors; on voit sortir cette matière sébacée unie à des poils; mais comme l'ouverture du kyste est en général étroite, cette poche se remplit de nouveau, puis se vide encore jusqu'à ce que le chirurgien intervienne. Cette intervention n'est pas souvent heureuse, car quelques chirurgiens, peu familiarisés avec la structure dermoïde de ces kystes, se bornent à les inciser, à les perforer par un séton ou à y pratiquer quelques injections irritantes, sans que cette poche morbide soit modifiée par ces divers traitements. Il résulte de là qu'on voit souvent des malades opérés plusieurs fois sans succès de cette espèce de kyste, et cette circonstance, jointe à la présence de la tumeur

(1) Reil et Autenrieth, *Archiv*, t. VII.

dans la région du sourcil, par exemple, suffit ordinairement à nous indiquer la nature du kyste.

Les choses se passent différemment si le fond du kyste est largement mis à nu par l'ulcération ou par le bistouri; il ne tarde point à prendre les caractères du tissu qui lui est propre, c'est-à-dire à peu près l'aspect du tégument externe. Cette transformation de la face interne des kystes dermoïdes est une preuve de plus à ajouter en faveur de leur nature cutanée.

Les kystes profonds, situés au voisinage d'une cavité muqueuse, s'ouvrent en général de ce côté. Tel est le cas des kystes ovariens ou abdominaux qui s'ouvrent dans l'intestin, le vagin, la vessie, et dont on ne peut soupçonner l'existence que par la sortie de quelques poils, de dents ou d'os. Ces kystes ainsi ouverts peuvent persister indéfiniment, et la science compte un assez bon nombre de cas où il existait des fistules entretenues par le passage continu des matières sécrétées à l'intérieur de ces kystes.

ÉTILOGIE. — Deux des anciennes hypothèses sur la formation de ces kystes ne peuvent être rappelées maintenant que comme histoire de l'art. Personne aujourd'hui ne croit guère plus à l'action des maléfices qu'à l'étrange opinion de Meckel, qui voulait voir dans ces kystes des produits incomplets, des conceptions sans cohabitation (*lucina sine concubitu*). Trois hypothèses seules sont discutables : elles supposent, soit une inclusion, soit une grossesse extra-utérine, soit des formations spontanées que Lebert désigne sous le nom d'*hétérotopie plastique*.

L'inclusion fœtale est une monstruosité parasitaire qui implique certaines conditions qu'on ne rencontre guère dans tous les kystes dermoïdes. Le fœtus inclus est un individu très-petit, absolument imparfait, un être parasite qui se greffe sur un individu plus grand, bien conformé dans la plupart de ses organes et autosite. Ainsi, dans l'inclusion, on trouve diverses parties d'un fœtus très-reconnaissable. Tantôt c'est une tête plus ou moins rudimentaire, tantôt ce sont des membres bien visibles ou des viscères distincts. D'ailleurs ces produits de l'inclusion sous-cutanée siègent presque constamment dans les régions sacrée ou périnéale.

On a observé quelquefois l'inclusion scrotale, comme dans le cas célèbre de Velpeau (1) et dans ceux que Verneuil a rassemblés pour un travail très-remarquable (2) entrepris à propos d'un nouveau fait d'inclusion qu'il a très-minutieusement étudié; les os contenus dans la poche appartenaient manifestement alors à un fœtus. Mais il n'en est plus de même dans quelques cas où l'on a trouvé, avec de la matière sébacée et des poils, des fragments osseux qui n'avaient rien de comparable aux os d'un squelette. Enfin on a vu ces kystes scrotaux divisés en plusieurs loges, dont chacune renfermait des matières différentes, il n'y avait

(1) *Clinique chirurgicale*, 1841, t. III, p. 198.

(2) *Archives de médecine*, juin, juillet, août, septembre 1855.

pas de poche séreuse d'enveloppe, comme dans le cas d'inclusion. En résumé, on ne peut trouver dans l'inclusion la cause de la plupart des kystes qui contiennent des poils, de la graisse, des os, etc.

Quelques auteurs ont expliqué la présence des kystes dermoïdes intra-abdominaux par des grossesses ovariennes ou extra-utérines. Nous ferons remarquer d'abord que tous les kystes dermoïdes ne formant qu'un seul groupe, on ne peut rattacher à des grossesses tous les kystes situés en dehors de la sphère d'action de l'ovaire. La théorie d'une grossesse extra-utérine, dùt-elle s'appliquer à certains kystes, resterait en défaut pour tous les kystes sous-cutanés, pour ceux qu'on a trouvés dans la poitrine, dans l'épiploon, dans le mésentère, etc. On a vu aussi ces kystes chez des jeunes filles vierges, sans aucun retentissement du côté de l'utérus, qui, au contraire, se développe et s'accompagne d'une caduque dans les grossesses extra-utérines. Les produits de conception sont entourés alors par des membranes qu'on ne voit pas dans les kystes dermoïdes; ces derniers ne renferment jamais, comme les premiers, soit quelques viscères, soit un ensemble squelettique. La matière grasse des kystes ne peut être comparée au gras de cadavre, dans lequel se transforment parfois certains fœtus extra-utérins. Enfin, dans aucun cas de grossesse extra-utérine, on ne rencontre des dents au nombre de 44, de 100, de 300. Dans l'hypothèse d'une grossesse abdominale, il serait encore bien difficile d'expliquer cette conservation des dents, leur mode d'insertion et la disparition des os qui les supportent à l'état normal.

En constatant qu'on ne peut rien expliquer par l'inclusion ni par la grossesse extra-utérine, on est conduit à admettre que certains tissus peuvent se former spontanément, en vertu de lois inconnues, dans des régions du corps où à l'état normal on ne les rencontre point. Ne voyons-nous pas tous les jours le tissu osseux se former dans des points où jamais il n'en existe? Puisque le tissu osseux, avec ses canalicules et ses corpuscules, se forme ainsi de toutes pièces, pourquoi des produits organisés plus complexes ne prendraient-ils pas naissance?

Si maintenant on examine l'ensemble des kystes dans lesquels on a trouvé des poils, des dents, des os, on reconnaît que chacune des trois hypothèses que nous venons de mentionner est applicable à quelques cas. Aussi serait-ce un travail important que de bien préciser les caractères exacts des kystes qui peuvent venir se classer sous chacune de ces hypothèses; mais dans le présent article nous avons eu surtout en vue les kystes qui ne tiennent ni à une inclusion ni à des grossesses extra-utérines.

Il nous reste à mentionner encore une dernière explication de l'origine des dents qu'on a pu trouver dans certains kystes dermoïdes au voisinage des mâchoires. On a cru que ces dents provenaient de follicules dentaires anormalement situés; mais si, dans ce cas, on adoptait cette explication, il resterait encore à trouver une théorie nouvelle pour les kystes des autres régions.

Nous n'insistons pas sur l'opinion qui veut voir dans ces kystes pili-grais-

seux des follicules sébacés oblitérés; nous examinerons mieux cette question en parlant des maladies chirurgicales de la peau. Mais ce serait un singulier follicule que celui qui produirait à sa face interne des poils nombreux, des dents, etc. D'ailleurs les kystes dermoïdes sont clos partout et ne présentent point l'ouverture qu'on trouve dans les follicules oblitérés.

En terminant ce qui a trait à l'étiologie des kystes dermoïdes, on ne peut oublier un caractère signalé par Paget et qu'aucun auteur ne mentionne. Ce chirurgien prétend que ces kystes sont héréditaires, qu'ils sont même plus héréditaires que certaines formes de cancer. Nous avons eu l'occasion de voir plusieurs faits de kystes dermoïdes; mais nous n'avons pas confirmé cette opinion.

TRAITEMENT. — La ponction et l'incision simples, la cautérisation, l'injection, ne peuvent convenir aux kystes dermoïdes. C'est à l'extirpation qu'il faut avoir recours, car c'est dans ce cas la seule méthode rationnelle.

L'extirpation doit être complète; un fragment de kyste laissé au fond d'une plaie suffit pour empêcher la guérison. Lawrence, dans son travail déjà cité, rapporte deux faits à l'appui de cette remarque. Une jeune personne portait un kyste dermoïde à la racine du nez, entre les deux paupières; on en fit l'ablation, mais la cicatrisation ne devint jamais complète. Lawrence incisa alors la fistule, et trouva au fond de la plaie un fragment de kyste sur lequel des poils étaient implantés. L'excision fut pratiquée, et la guérison ne tarda point à s'accomplir. Le chirurgien anglais cite un autre fait, en tout semblable au premier, et nous avons eu récemment l'occasion d'observer la même chose sur deux malades que nous avons guéris seulement par l'extirpation très-complète du kyste. Cette extirpation offre parfois quelques difficultés; car le kyste dermoïde adhère assez solidement au tissu cellulaire du voisinage. Les kystes dermoïdes du sourcil tiennent souvent au périoste du frontal, et, dans quelques cas même, ils dépriment l'os et semblent s'y creuser une cavité.

#### 4<sup>e</sup> Kystes à entozoaires.

On trouve dans le tissu cellulaire et dans l'intérieur des organes, des kystes contenant des vers vésiculaires aujourd'hui bien déterminés. Nous ne parlerons ici que des kystes renfermant, soit des *cysticerques*, soit des *échinocoques*, et nous dirons même peu de chose des premiers, qui sont rarement accessibles au chirurgien.

HISTORIQUE. — Les principaux travaux à consulter sur ce sujet sont les suivants :

- LAENNEC, *Mémoire sur les vers, et principalement sur ceux qui se trouvent dans le corps humain* (*Mémoires de la Société de médecine établie au sein de la Faculté*, 1804). —  
 RUDOLPHI, *Entozoorum sive vermium intestinalium historia naturalis*, 1808. — ERN.  
 LIVOIS, *Recherches sur les échinocoques chez l'homme et chez les animaux*, 1843. —  
 SIEBOLD, article PARASITEN, in *Wagner's Handwörterbuch der Physiologie*, 1844. —  
 FOLLIN et CH. ROBIN, *Bulletin de la Société philomatique*, novembre 1845, ou RICHARD,

*Éléments d'histoire naturelle*, t. III, p. 505. — F. DUJARDIN, *Histoire naturelle des helminthes*, 1845. — VAN BENEDEN, *Les vers cestoïdes*, 1851. — KUGHENMEISTER, *Ueber Cestoden im Allgemeinen*, 1854. — DAVAINÉ, *Recherches sur les hydatides, les échinocoques et le cœnure, et sur leur développement* (*Mémoires de la Société de biologie*, 2<sup>e</sup> série, 1855, t. II).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — A. Le *cysticerque* est très-commun chez le porc, où il constitue l'affection qu'on appelle *ladrerie*; mais dans l'espèce humaine on le rencontre bien moins souvent. On le voit surtout dans le système musculaire et quelquefois dans les centres nerveux. Les muscles du tronc et des membres sont particulièrement le siège de ces productions.

Le *cysticerque*, renfermé en général dans un kyste adventif, est un entozoaire formé d'un corps de tænia, pourvu d'une double couronne de crochets, et terminé en arrière par une ampoule plus ou moins volumineuse qu'on désigne sous le nom de *vessie caudale*. Quand il y a plusieurs *cysticerques*, chaque helminthe a en général son kyste propre; cependant nous avons montré en 1852, à la Société de biologie, un kyste solitaire siégeant à la face externe du muscle droit de l'abdomen, et qui contenait trois *cysticerques*. Mais on peut encore observer des *cysticerques* sans kyste adventif; tel est le cas des *cysticerques* qu'on a rencontrés dans l'œil humain.

Cet entozoaire peut être étudié lorsqu'il est sorti de sa vessie caudale ou lorsqu'il est rétracté à l'intérieur de cette cavité. Dans le premier cas, on aperçoit très-distinctement sa tétragonale, munie d'une double rangée de crochets alternes, au nombre de trente-deux; plus bas se trouvent quatre suçoirs, sur la constitution définitive desquels on n'est point fixé. Au-dessous de la tête on voit un cou assez court, auquel fait suite un corps allongé et sillonné de plis transversaux.

Quand le *cysticerque* est rétracté à l'intérieur des poches qui le renferment, il affecte avec elles les rapports suivants que nous ont bien fait voir les recherches entreprises avec Robin sur ce sujet. On trouve d'abord le *kyste adventif*, petite poche celluleuse qui n'appartient pas à l'animal même, mais qui est le résultat de sa présence. Au-dessous du kyste adventif on voit le *kyste propre* de l'animal, vésicule d'un blanc de lait, et de la face interne de laquelle part une seconde ampoule qui renferme le corps du *cysticerque*. Ce corps est par l'extrémité opposée à la tête en continuité du tissu avec cette seconde ampoule qu'on peut véritablement désigner sous le nom de *vessie caudale*. Quand l'animal est rétracté, sa tête et son cou sont renfermés dans cette dernière vésicule; il en sort à travers un petit orifice qui existe sur le kyste propre, à la façon d'un doigt de gant qu'on retourne.

Les kystes à *cysticerque* échappent souvent, par la profondeur de leur siège, au diagnostic du chirurgien. S'ils existaient dans le tissu cellulaire sous-cutané, ils se montreraient sous l'aspect d'une petite tumeur oblongue, résistante, un peu fluctuante; mais assurément ces caractères ne suffiraient pas à les faire reconnaître. Si toutefois on trouvait au-dessous

de la conjonctive une tumeur pourvue de ces caractères extérieurs, on devrait plus particulièrement songer à un cysticerque. Nous dirons ailleurs comment, à l'aide de l'ophthalmoscope, on peut reconnaître ces entozoaires dans l'œil, et l'on est forcé d'avouer que sans ce précieux instrument on ne peut arriver à ce résultat.

La manifestation d'un de ces kystes est un fait grave, car on peut craindre qu'il ne s'en développe dans les organes essentiels à la vie. L'extirpation serait de tous les moyens de guérison le plus convenable; mais le plus souvent ce conseil est sans application possible, car on ne reconnaît la nature de la tumeur qu'après l'extirpation.

B. Les kystes qui renferment des échinocoques, et qu'on connaît plus particulièrement sous le nom de kystes hydatiques ou d'hydatides, sont d'une plus grande importance, car ils forment souvent des tumeurs volumineuses que le chirurgien est appelé à traiter. Depuis l'époque (1804) où Laënnec lisait à ce sujet un travail à la Société de la Faculté de médecine, de très-nombreuses recherches ont été entreprises sur la détermination exacte des diverses parties qui composent l'hydatide. Parmi les plus récentes, qui méritent de fixer particulièrement l'attention, il faut citer celles de Davaine.

Les kystes hydatiques sont assez fréquents, surtout en France, dit-on; mais on ne possède pas de faits positifs sur cette statistique comparative.

Ces tumeurs, d'un volume quelquefois considérable, ont été trouvées dans les différentes régions du corps, mais dans le foie plus fréquemment. On les rencontre aussi dans les amygdales, dans la glande thyroïde, dans les mamelles. On les a vues dans les os, dans le tissu cellulaire du bassin, dans celui qui existe au-dessous de l'omoplate. Un kyste hydatique existait, dans un cas, à l'ombilic, et a pu être pris pour une hernie ombilicale étranglée.

Les plus récentes études sur les kystes hydatiques permettent d'y distinguer quatre parties essentielles : 1° le *kyste adventif*, 2° la *membrane acéphalocyste*, 3° la *membrane germinale*, 4° l'*échinocoque*.

1° Le *kyste adventif* est la partie la plus extérieure des kystes hydatiques, et il manque rarement. Il est fibreux, assez dense, épais, adhérent aux parties voisines; sa surface interne est libre d'adhérences, un peu chagrinée et rugueuse. Quelquefois ce kyste est infiltré de dépôts ostéo-calcaires. En général, il s'agit d'un kyste uniloculaire, car les kystes à plusieurs loges sont très-rares.

2° Au-dessous du kyste adventif, mais sans adhérence avec lui, on trouve la *membrane acéphalocyste*. Celle-ci est légèrement opaline et transparente, comme le serait une branche mince de blanc d'œuf coagulé. On n'y distingue au microscope ni fibrilles, ni cellules, ni granulations; elle se sépare en lamelles stratifiées. Sa consistance est peu considérable. Lorsque cette membrane est distendue par le liquide, elle jouit d'une certaine élasticité, et si on laisse tomber sur un corps résistant la poche hydatique, elle rebondit. On trouve quelquefois ces poches flétries, plis-

sées les unes par les autres, et mêlées à un liquide jaunâtre, puriforme, poisseux, ou à une matière qui ressemble au mastic.

La substance de la membrane acéphalocyste a la propriété de produire de véritables bourgeons qui se développent le plus souvent vers la surface interne, quelquefois à la surface externe, plus rarement dans l'épaisseur même de la poche hydatique. Ces bourgeons, qui deviendront plus tard des hydatides, possèdent déjà tous les caractères de la tunique qui a servi à les former. Quand ils poussent vers la cavité hydatique, ils forment d'abord une saillie largement adhérente par sa base, puis peu à peu ils s'arrondissent, ils s'isolent, ne tiennent plus que par un léger pédicule, et finissent par tomber dans la cavité de l'hydatide mère, en formant des hydatides secondaires.

Mais il faut dire tout de suite que ces bourgeons ne produisent jamais des échinocoques. Ces entozoaires paraissent provenir d'une membrane que nous allons indiquer maintenant.

3° La *membrane germinale*, décrite par Goodsir et par Davaine, tapisse la surface interne de la membrane acéphalocyste, à laquelle elle adhère faiblement. Elle est formée d'un stratum fibrillaire infiltré de granulations élémentaires.

Cette membrane paraît jouer un rôle important dans la génération de ces entozoaires. En effet, elle produit, par extension de son tissu, des animalcules pourvus d'une tête de cestoïde, des échinocoques.

4° Les *échinocoques*, étudiés d'abord par Pallas, plus tard par Goeze et Rudolphi, ont été, dans ces derniers temps, le sujet de travaux importants, parmi lesquels il faut particulièrement citer ceux de Livois, de Mayor, etc.

On trouve dans chaque hydatide un nombre très-variable d'échinocoques, mais c'est donner de ce nombre un aperçu peu exact que de le fixer de 15 à 20. Ces petits entozoaires sont ovoïdes ou pyriformes, de 4 à 5 dixièmes de millimètre, souvent étranglés vers la partie moyenne de leurs corps. Leur tête est armée d'une double couronne de crochets que Livois évalue à quarante-quatre dans l'espèce humaine, et de quatre ventouses. Le plus souvent cette tête est rétractée, et l'entozoaire paraît entièrement arrondi.

Les échinocoques naissent de la membrane germinale par bourgeonnement. Ce bourgeon s'isole peu à peu de la couche qui le produit, et ne tient bientôt plus que par un funicule. Celui-ci venant à se rompre, l'échinocoque tombe libre et vivant dans la cavité de l'hydatide. Cette cavité est à l'état parfait, remplie d'un liquide très-clair, incoagulable, qui renferme des granulations grasses et des cristaux de carbonate calcaire.

SYMPTOMATOLOGIE. — La plupart des kystes hydatiques se développent lentement et peuvent acquérir un volume considérable sans produire d'accidents; mais la compression qu'ils finissent par exercer sur certains organes entraîne des désordres de diverses nature, suivant l'organe comprimé. Dans la compression des bronches par des tumeurs hydatiques du