

Rate petite, contenant peu de sang.

Le pancréas est situé verticalement, et refoulé à gauche de la colonne vertébrale.

État anémique des intestins.

Reins à l'état normal. Vessie remplie d'urine pâle.

OBSERVATION LXXXII. — *Tumeur fluctuante volumineuse et douloureuse du foie, datant de plusieurs années; dyspnée, troubles digestifs, aspect cachectique. Ponction, frissons répétés, convalescence longue; guérison.* — M. V.-N., âgé de 46 ans, avait été à Carlsbad pendant cinq années pour un gonflement du foie; il en revint, l'été de 1860, dans un état d'épuisement très-prononcé. Il était amaigri, pâle et très-irritable; chaque mouvement provoquait de violentes douleurs dans l'hypochondre droit et la région lombaire, de sorte qu'il ne pouvait se lever ou se coucher qu'avec peine. L'appétit était nul, les selles rares, il y avait une dyspnée accompagnée d'une toux courte et sèche, le pouls était à 70, petit.

L'hypochondre droit tendu et soulevé était sensible à la pression; la percussion révélait, sur la verticale du mamelon, une matité qui partait de la cinquième côte, descendait au-dessous de l'ombilic et avait 11 pouces $\frac{3}{4}$ de longueur; la fluctuation était évidente à l'épigastre et, à droite, sur le bord externe du muscle droit, 3 pouces au-dessous du rebord costal; on limitait parfaitement le contour inférieur de cette tumeur, qui était arrondie, et on la suivait jusqu'au cartilage de la huitième côte gauche.

Rate petite, pas d'épanchement dans le péritoine. Le cœur est un peu refoulé à gauche et en haut, à l'état normal du reste, ainsi que les deux poumons.

La tumeur du foie avait été considérée comme un carcinome, à cause de sa sensibilité constante et de l'apparence cachectique du malade; mais la fluctuation évidente, la forme globuleuse et la longue durée de la tumeur me firent rejeter cette opinion; mon collègue Langenbeck, qui partageait ma croyance à un échinocoque du foie, fit, le 2 juillet, une ponction avec un trocart de la grosseur d'une plume de corbeau, sur le bord externe du muscle droit, au-dessous du rebord costal. Il sortit plus de 3 litres d'un liquide clair comme de l'eau, nullement albumineux, à réaction alcaline et ne présentant aucune trace d'échinocoques, non plus que de leurs membranes ou de leurs crochets.

Application sur la partie supérieure de l'abdomen d'une serviette imbibée d'eau froide; décoction de tamarin additionnée de sulfate de soude.

5 juillet. — La région du foie est douloureuse, alternatives de frisson et de chaleur, 96 pulsations, constipation opiniâtre. Prescript. : 2 grains de calomel trois fois par jour, frictions avec l'onguent napolitain.

7, 8 et 10. — Les frissons se renouvellent; la fréquence du pouls oscille entre 90 et 110, jusqu'au 12, où il tombe à 60; la sensibilité du côté droit disparaît alors complètement, l'hypochondre et l'épigastre sont souples, la matité est réduite de 11 pouces $\frac{3}{4}$ à 4 pouces, on ne peut plus atteindre le bord inférieur du foie avec les doigts. Les fonctions digestives étaient cependant encore complètement anéanties. Elles ne se rétablirent que lentement par l'emploi d'une infusion de rhubarbe et de substances analogues. Le 29 juillet, le malade se trouvait assez bien pour retourner dans son pays.

Environ un mois plus tard, des frissons se reproduisirent sous forme d'accès irréguliers, selon toute apparence sous l'influence du froid et d'erreurs de régime; le foie redevint sensible, l'appétit disparut et la nutrition s'altéra. Un régime sage, le repos, de petites doses de quinine, des vésicatoires dans la région du foie, triomphèrent peu à peu de ces troubles, qui faisaient craindre une suppuration des parois du kyste, et amenèrent la guérison définitive.

Il s'agissait évidemment ici d'un échinocoque stérile d'un volume considérable. Une simple ponction de la poche et l'évacuation aussi complète que possible de son contenu par la pression suffit pour amener l'inflammation de ses parois et consécutivement sa disparition. Les frissons répétés, qui survinrent après l'opération, à deux reprises séparées par plusieurs semaines, font croire qu'il se forma dans la poche des exsudats purulents, qui se condensèrent plus tard par la résorption, avant que le kyste disparût. S'il y eût eu un grand nombre de vésicules de seconde génération, on aurait probablement été contraint, par le volume du kyste, d'évacuer à plusieurs reprises son contenu et d'y faire des injections de bile ou d'iode.

En 1864, j'ai guéri dans ma clinique un kyste hydatique du foie par une seule ponction. La guérison était complète après 4 jours.

Langenbeck m'a communiqué deux autres cas d'échinocoques empruntés à sa pratique, qui furent guéris par une simple ponction. Dans l'un des deux, l'échinocoque était également stérile; dans l'autre le liquide laissa déposer par le repos un sédiment blanchâtre formé en grande partie de jeunes échinocoques; il n'y avait ni vésicules ni membranes; les vésicules de seconde formation paraissaient donc encore faire défaut dans ce cas.

Cette dernière circonstance est d'une grande valeur pour le succès de l'opération. Plus est grande la quantité de liquide fournie par la ponction, relativement au volume de la tumeur, moins il doit exister de vésicules secondaires, et plus le pronostic est favorable.

Les kystes simples stériles sont les plus faciles à guérir.

Art. VII. — Échinocoque multiple, échinocoque multiloculaire du foie.

I. — Historique.

Les deux premières observations de cette forme particulière d'échinocoque du foie furent publiées par Buhl (1); mais il n'en reconnut pas la nature, et il confondit ces tumeurs avec le colloïde

(1) Buhl, *Illustrirte Münchener Zeitung*, 1852, t. I, p. 102, et *Zeitschrift für rationnelle Medicin*, 1854, t. IV, p. 356.

alvéolaire. Luschka et Zeller (1), les premiers, y trouvèrent de jeunes échinocoques et les distinguèrent du véritable cancer colloïde du foi. Un quatrième cas fut observé par Virchow (2), qui sépara cette nouvelle production des tumeurs gélatineuses et la rangea parmi les vers vésiculaires sous le titre d'échinocoque multiloculaire. Griesinger (3) a publié un cinquième cas de cette tumeur du foie.

A cette première liste sont venus s'ajouter depuis les travaux de : Schiess (4), Böttcher (5), Erismauz (6), Friedreich (7), Huber (8), Ott (9), Féréol (10), Schentauer et Schrotter (11), Carrière (12), Duccellier (13), Kappeler (14), Hafer (15).

Outre ces observations précises, on en trouve dans la littérature médicale quelques autres, qui appartiennent vraisemblablement à la même catégorie, mais qui ne sont pas assez bien décrites pour qu'on puisse les juger sûrement. Nous citerons ici les préparations du muséum de Zurich, mentionnées par W. Meyer (16), et celles du muséum de Prague d'après Dittrich (17).

II. — Histoire naturelle médicale.

Il y a des formes d'échinocoques du foie dans lesquelles les hydatides ne sont pas réunies dans une vésicule mère, mais se développent en grand nombre les unes à côté des autres. Il se forme de cette manière des tumeurs volumineuses de structure alvéolaire,

(1) Luschka et Zeller, *Alveolarcolloid der Leber*. Inaugural-Abhandlung. Tübingen, 1854.

(2) Virchow, *Verhand. der physikalisch medicinischen Gesellschaft in Würzburg*, 1856, t. VI, p. 84.

(3) Griesinger, *Archiv. für Heilkunde*, 1860, t. VI, p. 547.

(4) *Arch. f. path. An.*, t. XIV, 1858.

(5) *Beitrag zur Frage über den Gallertkrebs der Leber* (*Arch. f. path. An.*, t. XV, 1858).

(6) *Beiträge zur Casuistik der Leber*, 1864.

(7) *Beiträge zur Pathol. der Leber and Milz* (*Arch. f. path. Anat.*, t. XXXIII, 1865, et *Arch. de méd.* 1866).

(8) *Deutsch. Arch. f. klin. Mediz.*, 1866.

(9) *Berlin. klin. Wochenschr.*, 1867.

(10) *Acéphalocyste du foie et des poumons* (*Soc. méd. des hop. et Gaz. des hop.* 1867).

(11) *Medic. Jahrbüch, Zeitschr. de Gesellch. d. ärzte in Vien.*, 1867.

(12) *Th. de Paris*, 1868.

(13) *Étude clinique sur la tumeur à échinocoque multiloculaire du foie et des poumons*, 1868.

(14) *Zur Casuistik des multiloculären Echinococcusgeschwulst der Leber* (*Arch. d. Heilk.*, 1869).

(15) *Arch. d. Heilk.*, 1875.

(16) Meyer, *Zwei Rückbildungsformen des Carcinoms*. Inaugural-Dissertation. Zurich, 1854.

(17) Dittrich, *Prager Vierteljahrschrift*, t. III.

dans lesquelles s'opère ordinairement une décomposition centrale.

Ces tumeurs sont formées d'un stroma fibreux, offrant les caractères habituels d'un tissu conjonctif parsemé de cellules fusiformes et réticulées, parfois devenant graisseux en quelques points, et dans d'autres, surtout à la périphérie, circonscrivant des portions de parenchyme hépatique fortement pigmenté. Ce stroma renferme des cavités arrondies, allongées, anfractueuses, ou de forme irrégulière, dont le volume varie entre celui d'un grain de millet, ou même moins, et celui d'un pois (1); ces cavités communiquent le plus souvent entre elles par des ouvertures d'un diamètre variable.

Les alvéoles renferment des vésicules gélatineuses (2) dont les parois anhistes sont formées de couches concentriques, et présentent, comme celles des échinocoques, de fines stries parallèles sur une coupe transversale. Les vésicules qui contiennent des granulations et des gouttelettes graisseuses très-fines, sont rarement arrondies; elles sont habituellement en voie de destruction et plissées à l'intérieur; elles présentent quelquefois des diverticulums latéraux reçus dans des cavités accessoires, parfois aussi plusieurs étranglements. Les grandes cavités renferment souvent deux ou un plus grand nombre de vésicules juxtaposées et, çà et là, des masses gélatineuses, qui s'étendent facilement en membranes dans l'eau, et dont on voit s'isoler de petites vésicules parfaitement closes du volume d'un grain de millet à celui d'un grain de chanvre. Celles-ci paraissent emboîtées dans les premières. Les membranes des vésicules subissent des changements analogues à ceux des échinocoques ordinaires; elles prennent souvent un aspect vitré et présentent des dépôts formés par des granulations brillantes comme les granulations graisseuses, ou par des pigments. A côté des vésicules et entre elles on rencontre très-fréquemment des sphères offrant des stries concentriques et quelquefois radiées, à centre simple ou multiple; elles sont formées d'une base organique imprégnée de sels calcaires, et se distinguent par leur volume des corpuscules calcaires appartenant aux échinocoques ordinaires. On voit encore

(1) Virchow a fixé les dimensions des petites cavités à $\frac{1}{10}$ et $\frac{15}{100}$ de millim., celles des plus grandes à $\frac{1}{2}$ et $\frac{1}{4}$ de millim.; quelques alvéoles avaient 6 millim. de longueur et de 2 à 3 millim. de largeur.

(2) *Atlas*, pl. XI; la figure 7 est une partie de la préparation de Luschka et Zeller. On voit dans le stroma d'un jaune sale des alvéoles de grandeur variable, arrondis, allongés ou irréguliers, renfermant des vésicules gélatineuses, d'un gris blanchâtre. La préparation conservée longtemps dans l'esprit-de-vin a perdu sa couleur primitive.

souvent des cristaux aiguillés ou en gerbes, et de l'hématoïdine en grains ou cristallisée.

Dans quelques vésicules, surtout dans celles qui occupent les plus grands alvéoles, on observe à l'œil nu des points blancs très-fins, et au microscope des échinocoques avec leurs couronnes de crochets et leurs corpuscules calcaires, ne différant en rien de ceux que nous avons décrits précédemment (1); mais le plus grand nombre des vésicules demeure stérile.

Dans tous les cas observés jusqu'ici, le centre de la tumeur était en décomposition. On trouve à l'intérieur une excavation, dont le volume égale celui du poing, et parfois dépasse celui de la tête d'un homme (2), remplie d'un liquide purulent jaune ou d'un vert sale; par le repos ce liquide laisse précipiter un dépôt blanc jaunâtre, mélangé de membranes grisâtres et de petites vésicules, et formé essentiellement de gouttelettes graisseuses, de quelques cellules granuleuses et de cristaux. La membrane interne de la cavité présente une surface anfractueuse, couverte de crevasses; elle forme des diverticulums aboutissant à des cavités accessoires, et est couverte d'un dépôt jaunâtre. Ces cavités accessoires contiennent des vésicules gélatineuses atteignant le volume d'un grain de chanvre; d'autres vésicules semblables sont logées dans les alvéoles des parois.

Outre la tumeur principale on en trouve encore d'autres plus petites dans le parenchyme hépatique; Virchow a de plus rencontré des trainées en chapelet, semblables à des racines s'irradiant de la tumeur jusqu'à la surface de la glande et envoyant des prolongements vers la veine porte. Quelques-uns de ces prolongements, accompagnés de la capsule de Glisson, s'étendaient encore de 6 centimètres plus loin jusqu'au voisinage de l'intestin. On voyait ces trainées en chapelet dans toutes les parties de l'organe, où elles accompagnaient les canaux biliaires et la veine porte, dont elles soulevaient de place en place les parois, formant ainsi des saillies à l'intérieur des vaisseaux. Les canaux du foie, conduits biliaires, veine porte, veines et artère hépatiques présentaient par places, dans toute l'étendue de la formation pathologique, des rétrécissements et une compression latérale.

Friedreich (3) découvrit, à l'examen microscopique, dans des

(1) Virchow a vainement cherché les crochets sur quelques échinocoques isolés.

(2) Dans le cas de Griesinger, le diamètre transversal de la cavité s'élevait à 30 cent.; elle contenait 16 chopines d'un liquide purulent.

(3) *Loc. cit.*

parties où le tissu hépatique ne présentait encore aucune altération à l'œil nu, de petites vésicules, tantôt rondes, tantôt en chapelet, tantôt munies çà et là de bourgeons latéraux. Les cellules hépatiques qui entouraient immédiatement ces jeunes productions étaient infiltrées de matière biliaire, avaient même subi un degré assez avancé de dégénérescence graisseuse et étaient mêlées à des amas d'hématoïdine.

Dans les cas décrits par Diltrich et Buhl, les masses gélatineuses accompagnaient également la veine porte; Griesinger a trouvé la principale division de la branche droite de la veine porte oblitérée.

Dans le cas de Friedreich, non-seulement les gros vaisseaux biliaires qui se rendaient à la tumeur, mais même le canal hépatique et le cholédoque, jusqu'à son embouchure dans le duodenum, étaient remplis de vésicules d'échinocoques. Une masse avait même remonté du tronc principal dans la branche gauche du canal hépatique. Le contenu de ces gros conduits biliaires avait la même composition que les vésicules d'échinocoques contenues dans les alvéoles de la tumeur.

Dans le cas de Féréol (1) la veine cave était englobée dans la tumeur dans une étendue de 3 centim. Ses parois étaient très-hypertrophiées et son calibre rétréci au-dessous de l'oblitération complète. Au niveau de l'oblitération elle était transformée en un cordon blanc, dur, difficilement isolable. A la coupe, ce cordon se présentait formé d'un tissu d'un blanc mat, parsemé d'alvéoles en général à peine perceptibles. L'embouchure de la veine hépatique droite était complètement oblitérée par la masse morbide. Une des branches de la division droite de la veine porte était transformée en cordon analogue à celui qui remplissait la veine cave. Trois des principales divisions de l'artère hépatique étaient remplies de vésicules gélatineuses entre lesquelles il y avait parfois des cloisons complètes, formant ainsi des alvéoles. — Les voies biliaires étaient libres.

III. — Siège.

La lésion occupe le plus souvent le lobe droit du foie. Dans trois cas (Virchow, Ott, Ducellier), elle était développée dans le lobe gauche.

Cette affection a toujours coïncidé avec une augmentation de vo-

(1) Carrière, *loc. cit.*

lume de la rate ; cet organe était triplé dans les cas de Zeller et de Griesinger ; il contenait un foyer hémorrhagique dans l'observation de Virchow.

La cavité péritonéale renfermait ordinairement de la sérosité ou du pus.

On ne doit pas hésiter à rattacher cette formation pathologique aux échinocoques, et à l'attribuer à la migration d'embryons de ténia dans le foie ; mais il reste à savoir pourquoi ils affectent dans leur développement cette forme particulière ? d'où viennent ces innombrables hydatides qui se multiplient ainsi les unes à côté des autres ? chacune d'elles a-t-elle son germe propre, ou proviennent-elles toutes d'un petit nombre d'embryons de ténia par bourgeonnement et séparation ? Virchow conclut du mode de distribution du produit morbide, observé par lui, ainsi que par Buhl et Dittrich, que cette forme d'échinocoques se développe dans les lymphatiques du foie, et que la propagation des vésicules dans des directions déterminées, ainsi que leurs petites dimensions dépendent de la résistance des parois des lymphatiques. Küchenmeister (1) partage cette opinion, et il explique la grande quantité des hydatides par l'étranglement du kyste primordial à l'intérieur des vaisseaux lymphatiques où il se développe. Friedreich et Schröder van der Kolk placent l'origine de la maladie dans les voies biliaires, Leuckart dans les vaisseaux sanguins, Heschl dans les acini du foie. Ce sujet demande de nouvelles recherches pour être jugé en parfaite connaissance de cause.

IV. — Étiologie.

Cette maladie se développe de préférence dans l'âge moyen de la vie. Dans les observations où l'âge est signalé, les sujets avaient de 24 à 66 ans. Le sexe masculin constitue une prédisposition marquée ; sur 16 cas on trouve 12 hommes et 4 femmes. L'affection est plus commune dans l'Allemagne du Sud et surtout dans le Wurtemberg que partout ailleurs.

V. — Symptomatologie.

Le début est latent et les symptômes n'apparaissent ordinairement qu'à une époque où les lésions ont pris un accroissement assez considérable. La perte des forces, un sentiment de lassitude mar-

(1) Küchenmeister, *loc. cit.*, p. 478.

quent ordinairement la première période de la maladie. Des douleurs abdominales sont notées 10 fois sur 12, mais avec des caractères variables, à divers degrés d'intensité et à des époques différentes de la maladie. Dans les observations de Griesinger et de Zeller, elles ont signalé le début. Elles présentent parfois le caractère d'une simple sensation de pesanteur ou de tension, d'autres fois elles ont plus d'acuité ; elles peuvent être intermittentes ou continues, progressives.

L'ictère est un des symptômes les plus constants, quoiqu'il puisse faire défaut ; sur 13 cas, il manque complètement deux fois et est signalé comme léger une fois. Dans toutes les autres observations, il acquiert une grande intensité et persiste jusqu'à la mort. C'est le plus ordinairement le premier symptôme qui fixe l'attention du malade.

L'ascite est notée 7 fois sur 13 cas, l'œdème des extrémités inférieures sans ascite trois fois, l'œdème avec ascite cinq fois. Ott a signalé un œdème cutané, diffus sur divers points des téguments et mobile dans son siège ; le volume du foie est augmenté dans tous les cas et cette augmentation amène souvent une voussure de l'hypochondre droit avec distension de l'abdomen, même en l'absence d'ascite. Dans un cas (Carrière), le lobe gauche était seul tuméfié. Les limites du foie varient de la 4^e côte en haut à la crête iliaque et à l'ombilic en bas.

La consistance des parties du foie accessibles à la palpation est augmentée ; la dureté égale quelquefois celle du cartilage ou de la pierre. Dans cinq cas la surface du foie était lisse, sans saillies ; dans cinq cas il y avait des inégalités ou des bosselures plus ou moins marquées, dures ou ramollies. Le bord est quelquefois inégal, tranchant. Il existait de la fluctuation dans un cas (Griesinger).

La rate était hypertrophiée dans 10 cas sur 12.

Les fonctions digestives peuvent être diversement troublées. Il y a habituellement de l'anorexie, de la constipation, dans des cas plus rares de la diarrhée.

Un certain nombre d'observations signalent des hémorrhagies par différentes voies, comme on les observe souvent dans les ictères intenses et prolongés.

En tenant compte de la période latente de la maladie, on peut dire que sa durée est toujours longue et sa marche fort lente. Elle a duré 11 ans dans un cas, 7 ans, 6 ans, de 6 à 13 mois dans d'autres cas ; mais dans ces derniers la durée n'est calculée qu'à partir des premières manifestations appréciables.

V. — Diagnostic.

Le diagnostic pendant la vie offre de très-grandes difficultés. Un ictère se développant le plus souvent sans prodromes, graduellement et sans fièvre, opiniâtre et intense, un gonflement graduel du foie et de la rate, sans ascite ou avec une ascite tardive, pourraient autoriser à croire à des échinocoques multiloculaires.

Les kystes hydatiques ordinaires, le cancer, le foie syphilitique, la dégénérescence amyloïde, la cirrhose hypertrophique sont les maladies avec lesquelles le diagnostic demande à être étudié plus spécialement.

Les kystes hydatiques ordinaires se distingueront aisément par l'existence d'une tumeur bien circonscrite, fluctuante, présentant souvent le frémissement caractéristique. L'ictère est aussi rare dans cette forme qu'il est commun dans la forme multiloculaire. Si cependant, comme dans un cas observé par Sommerbrodt (1), des kystes hydatiques multiples formaient à la surface du foie des tumeurs résistantes, d'une consistance élastique ferme, avec saillie de la moitié droite de l'abdomen et un développement de l'organe occupant l'espace étendu de la 6^e côte au ligament de Poupart, le diagnostic pourrait présenter de grandes difficultés.

La maladie du foie avec laquelle on est le plus exposé à confondre l'échinocoque multiloculaire est le cancer. Les éléments principaux du diagnostic consisteront dans la fréquence beaucoup moindre de l'ictère, l'absence ordinaire de tuméfaction de la rate, la présence de bosselures beaucoup plus accentuées, la marche plus rapide dans le cancer.

Dans le foie syphilitique, outre les antécédents, on trouvera des dépressions et des bosselures plus marquées, l'absence d'amaigrissement et le plus ordinairement d'ictère bien accusé.

La dégénérescence amyloïde se reconnaîtra facilement à l'absence de l'ictère et de l'ascite, ainsi que par la coexistence de suppuration prolongée, d'affections du tissu osseux, de tuberculose, de syphilis.

Il sera souvent absolument impossible de distinguer l'échinocoque multiloculaire de la cirrhose hypertrophique. L'ictère, l'ascite tardive, la tuméfaction de la rate, le gonflement avec induration du foie, la lenteur de la marche de la maladie sont des symptômes communs aux deux affections. Si les douleurs péritonitiques par

(1) Sommerbrodt, *Ueber zwölf in einer menschlichen Leber beobachtete Echinococci im Zustande der reinen Scolexproduction*. Arch. f. path. Anat., 1866, t. XXXVI.

poussées aiguës, fébriles, paraissent appartenir plutôt à la cirrhose hypertrophique, cet élément est trop variable pour fournir une base de quelque certitude au diagnostic.

La dégénérescence dans les garde-robes de vésicules de très-petites dimensions avec des traces de prolifération exogène fournirait d'après Friedreich un signe certain ; mais ce signe n'a pas encore été constaté.

VI. — Terminaison.

La maladie s'est terminée par la mort dans tous les faits observés ; on ne saurait dire si elle est susceptible de rétrograder et de guérir.

VII. — Traitement.

Le traitement se borne à combattre les symptômes. La ponction qui pourrait se présenter à l'esprit, lorsqu'on rencontre la fluctuation, loin de provoquer le retrait et la guérison de l'évacuation, ne ferait qu'activer la décomposition et la fièvre hectique.

Art. VIII. — Pentastome denticulé du foie.

(*Pentastoma denticulatum*.)

I. — Historique.

Le pentastome se rencontre bien plus fréquemment dans le foie que l'échinocoque ; il n'a été observé chez l'homme que dans ces derniers temps, et, comme il n'occasionne aucun trouble, il est sans importance clinique. Pruner (1) est le premier qui ait démontré le pentastome dans le foie de l'homme. Sur deux nègres, au Caire, il trouva enkysté dans le foie un parasite, dont il ne détermina pas bien la nature. Bilharz et de Siebold (2) l'ont reconnu pour un pentastome, qu'ils désignèrent comme espèce nouvelle sous le nom de *Pentastoma constrictum*. En Allemagne, la présence de ce parasite dans le foie de l'homme fut constatée pour la première fois par Zenker (3) ; le foie n'est cependant pas le seul organe où il se développe, on le rencontre aussi dans les reins et dans le tissu sous-muqueux de l'intestin grêle (Wagner). Il n'est pas rare chez nous ; Zenker l'a trouvé 9 fois dans 168 autopsies à Dresde, Heschl 5 fois sur 20 à

(1) Pruner, *Krankheiten des Orients*, 1847, p. 245.

(2) Siebold, *Zeitschrift für wissenschaftliche Zoologie*, t. IV, p. 63.

(3) Zenker, *Zeitschrift für rationelle Medizin*, 1834, t. V, p. 224.