

redouter que le liquide ne pénètre 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 quelle 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 essayera 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<sup>e</sup> édit., p. 107, et *Bulletins de la Société anatomique*, année XXX.

tration du kyste dans un ou plusieurs des canaux biliaires et dans la vésicule; quelques hydatides peuvent ainsi pénétrer dans l'intestin lorsque les canaux se dilatent. La bile, d'autre part, pénétrant dans le kyste, colore les parties contenues et finit par altérer les hydatides elles-mêmes. Est-ce une circonstance heureuse? peut-on espérer que, sous l'influence irritante de la bile, le kyste pourra guérir? On l'a dit, la chose est possible; mais aucun fait ne le démontre encore, que je sache, d'une manière rigoureuse.

**Diagnostic.** — Un kyste hydatique ne sera pas confondu avec l'hypertrophie du foie, car dans celle-ci l'organe, quoique augmenté de volume, conserve sa configuration propre, tandis que, dans le cas de kyste, le foie perd sa forme normale. Au lieu d'une surface en général unie, et qui, comprimée avec les doigts, rappelle la consistance propre du foie, on a la sensation d'une tumeur fluctuante, ou du moins d'une résistance élastique, et qui, percutée, donne parfois la sensation du frémissement hydatique. Il est des cas pourtant dans lesquels il est presque impossible d'éviter l'erreur: c'est lorsque le kyste, développé sur la partie la plus convexe du foie, déprime l'organe dans l'abdomen, mais de manière que la tumeur morbide, ne dépassant pas le rebord costal, reste inaccessible à une palpation qui seule pourrait en révéler la nature. Presque toujours il est aisé, à l'aide des commémoratifs et par l'exploration directe, de différencier le kyste hydatifère d'avec un abcès, un encéphaloïde ramolli, ou bien d'avec une tumeur biliaire. En effet, l'abcès se distingue du kyste par les phénomènes locaux et généraux de l'hépatite, qui manquent dans le second, par une tumeur moins bien circonscrite que pour celui-ci, et qui s'accompagne de l'œdème des parties molles sus-jacentes. L'encéphaloïde du foie en imposera rarement pour un kyste, car dans ce cas le foie a presque toujours acquis un volume considérable: à sa surface se distinguent des inégalités de consistance différente, et à ce degré on observe le dépérissement, le teint jaune-paille de la cachexie cancéreuse. Une tumeur biliaire pourrait plus facilement en imposer pour un kyste; cependant la circonscription de la tumeur, sa forme, le lieu qu'elle occupe, sa dureté inégale si la vésicule est cancéreuse ou si elle renferme des calculs, sa mollesse fluctuante si elle contient un liquide, sa disparition brusque dans quelques cas, lorsque le canal cholédoque est perméable et que le fluide peut s'écouler dans l'intestin, sont tout autant de circonstances qui fixeront le diagnostic. Mais comment distinguer d'un épanchement pleurétique ces kystes hydatiques qui, développés à la face convexe du foie, refoulent le diaphragme, le poumon, et envahissent une partie de la plèvre? ou bien encore comment distinguer des acéphalocystes du foie ces kystes hydatiques qui naissent dans la plèvre, comme le docteur Vigla paraît en avoir observé un exemple (1)? Vu la rareté de ces cas, il est bien difficile qu'on pense ici à autre chose qu'à un épanchement pleural. Cependant, si la poitrine est partiellement très-dilatée, chose insolite dans la pleurésie, si les organes contigus sont très-déplacés, si avec la matité complète du thorax il n'y a ni égophonie ni souffle, on pourra avoir au moins des doutes qui pourraient justifier une ponction exploratrice. Le liquide sera bien différent, suivant la nature de l'affection. S'il existe un épanchement pleural, le liquide sera purulent ou séro-floconneux, et dans tous les cas très-albumineux; si, par contre, le trocart a pénétré dans un kyste hydatique non enflammé, le liquide extrait sera presque aussi clair que de l'eau de roche, il ne précipitera point par l'acide nitrique ni par la chaleur, et contiendra des cristaux de chlorure de sodium.

(1) *Archives de médecine*, année 1855.

**Pronostic.** — Inutile de dire que le pronostic est grave. Il l'est par la nature même de l'affection, et surtout par son siège, par ses terminaisons possibles, par l'incertitude et les dangers des moyens thérapeutiques qu'on peut employer. La maladie est curable pourtant, soit que le kyste s'affaisse, que les hydatides se détériorent et se résorbent spontanément; soit, ce qui est plus commun, que celles-ci soient expulsées au dehors. Or, de toutes les voies par lesquelles les hydatides peuvent se faire jour à l'extérieur, la plus favorable serait sans contredit l'ouverture à travers les parois abdominales; malheureusement elle est de beaucoup la plus rare. La pénétration dans l'estomac et dans les intestins est bien moins à souhaiter que la précédente, mais elle est peut-être préférable à l'ouverture du kyste dans le poumon; un habile observateur pourtant, le docteur Leudet, a émis une proposition contraire. Enfin, inutile de dire que l'ouverture dans le péritoine, ayant pour conséquence à peu près inévitable le développement d'une péritonite suraiguë et générale, ne permet guère de conserver le moindre espoir de guérison.

**Traitement.** — Jusqu'en 1825, la maladie était à peu près abandonnée aux seules forces de la nature. Ce fut à cette époque que Récamier, avec une hardiesse que de nombreux succès ont justifiée depuis, proposa d'ouvrir la tumeur à l'aide de la potasse caustique, en suivant les règles que j'ai précédemment tracées. Cette pratique est bonne, préférable aux divers procédés indiqués plus haut, elle mérite donc d'être suivie: mais les chances de réussite diminuent beaucoup lorsque la tumeur est très-volumineuse, lorsque le kyste a suppuré, et lorsque la santé générale s'est altérée. Cependant, même dans ce cas, on ne peut hésiter, puisque le péril est prochain et que l'opération est l'unique planche de salut. La tumeur étant vidée et si, la suppuration du kyste ayant eu lieu, le liquide a acquis des qualités putrides, on injectera dans la cavité de la teinture d'iode plus ou moins étendue. (Voyez page 649.)

#### Des acéphalocystes des reins.

Les reins de l'homme sont assez rarement le siège des kystes acéphalocystiques, tandis que cette production morbide est très-commune chez le mouton. La maladie offre deux périodes: dans la première, elle est tout à fait latente, ou du moins le kyste ne produit qu'un peu de pesanteur, de gêne ou de douleur, à cause de son volume et de la compression qu'il exerce. Cependant, au bout d'un temps plus ou moins long, le kyste se vidant dans le bassinet et dans les calices, des hydatides sont rendues avec l'urine en plus ou moins grand nombre, c'est-à-dire depuis 1 ou 2 jusqu'à plus de 50; les unes sont entières, d'autres arrivent par fragments; les unes n'ont que le volume d'un pois, d'autres sont aussi grosses qu'une noix. Si celles-ci peuvent sortir par les canaux étroits des voies urinaires, c'est que, molles, élastiques, elles s'allongent facilement.

L'expulsion des hydatides s'opère le plus souvent spontanément et sans douleur; mais quelquefois, en obstruant momentanément l'uretère, elles peuvent donner lieu à la plupart des accidents qui caractérisent la colique néphrétique. Il est infiniment rare que ces kystes s'ouvrent à travers les parois abdominales postérieures ou dans l'intestin.

Les acéphalocystes des reins paraissent beaucoup moins graves que celles du foie; elles sont aussi moins fâcheuses chez l'homme que chez les animaux; car chez ces derniers les deux reins sont souvent atteints simultanément, tandis que chez l'homme la maladie est le plus communément bornée à un seul, et

alors quelquefois il n'en résulte presque aucune incommodité. Ainsi Vallex a cité, dans les *Bulletins de la Société anatomique* (18<sup>e</sup> année), l'exemple d'une jeune femme qui, depuis plusieurs années, rendait régulièrement, au commencement de janvier, cinq ou six hydatides par l'urèthre : cette expulsion était précédée de malaise et de douleurs sourdes dans les reins; la santé redevenait parfaite après que la malade s'était débarrassée de ces corps étrangers.

Les hydatides sont renfermées dans le rein, qui est plus ou moins distendu par elles; la substance rénale est atrophiée, anémiée, et réduite dans quelques points en une trame cellulaire; au-dessous existe le kyste dans lequel sont contenues les vésicules hydatiques.

Le diagnostic d'un kyste hydatique du rein est le plus souvent obscur : on reconnaîtra en général aisément que la tumeur est développée dans cet organe surtout par le siège qu'elle occupe, ce qui la distingue bien d'une tumeur formée par le foie ou par la rate. L'absence d'hématurie et de douleurs vives, la tumeur étant ordinairement indolore et sans dureté, n'étant accompagnée le plus communément d'aucune altération notable dans la santé, on pourrait croire à un cancer. On ne pourra point songer non plus à une pyélite, car les urines n'ont jamais été purulentes; il n'y a point de fièvre, ni l'appareil symptomatique plus ou moins sévère qui accompagne la phlegmasie du bassin et des calices. On devra donc hésiter entre un kyste séreux, une hydronéphrose et un kyste hydatique, si l'on ne perçoit pas, pour trancher le différend, le frémissement hydatique, ou mieux encore s'il n'y a pas expulsion de fragments d'hydatides par l'urèthre.

Pour les indications thérapeutiques, nous nous bornerons à dire que, si le kyste fait saillie en arrière, on devra l'ouvrir par la potasse; mais le plus souvent on est obligé de rester dans l'inaction à cause de la profondeur et du peu de volume de la tumeur, sur laquelle on ne peut avoir aucun accès. Le procédé à suivre dans l'ouverture du kyste sera le même que celui que nous avons indiqué précédemment à propos des kystes du foie.

#### Des acéphalocystes des poumons.

La plupart des acéphalocystes qui sont rejetées par expectoration proviennent du foie. Dans quelques cas pourtant ces produits morbides se développent dans le poumon, et siègent tantôt à sa surface et immédiatement sous la plèvre, tantôt profondément au centre de l'organe; on a dit aussi que l'acéphalocyste pouvait se développer dans la plèvre même, et refouler le poumon comme le ferait un épanchement ordinaire.

Les acéphalocystes peuvent exister en plus ou moins grand nombre assez souvent dans les deux poumons à la fois; mais la maladie semble siéger de préférence dans le lobe inférieur.

Les hydatides des poumons sont très-fréquemment latentes : arrivés à un certain volume, les kystes provoquent de la douleur, de la dyspnée. S'ils sont superficiels, si le poumon est refoulé, on pourra constater une dilatation partielle du thorax, et dans ces points il y aura matité et absence de bruit respiratoire comme s'il existait un épanchement pleurétique considérable. Comme les autres produits accidentels, les hydatides peuvent donner lieu à des hémoptysies plus ou moins abondantes.

Les hydatides du poumon ont surtout de la tendance à s'ouvrir dans les bronches, les malades rejettent alors par expectoration des hydatides intactes et plus souvent en débris. L'évacuation complète de ces kystes est en général

assez lente à se faire, aussi voit-on un grand nombre de malades succomber avec les symptômes de la fièvre hectique, car la caverne s'enflamme et suppure aisément. Cette excavation, d'ailleurs, sera reconnue aux mêmes signes physiques que celles qui succèdent à la fonte tuberculeuse.

Les acéphalocystes intra-thoraciques constituent une affection sérieuse; sur 40 cas réunis par M. Davaine, 25 se sont terminés d'une manière fatale. Le traitement est des plus incertains. Dans les cas seulement où le kyste remplissant une grande partie de la plèvre, dilate la paroi, on pourrait, ainsi que M. Vigla l'a fait une fois avec succès, pratiquer une ponction et injecter de la teinture d'iode.

#### Des acéphalocystes des centres nerveux.

Les vers cystiques sont assez communs dans l'encéphale, surtout pendant la période moyenne de la vie; on ne trouve guère chez l'homme que des cysticerques. D'après M. Davaine, on n'aurait point d'exemple authentique de cœnure développé dans les centres nerveux de l'homme, tandis que ce ver est commun chez le mouton et chez le bœuf : il produit chez eux la maladie nommée *tourgis*. Les acéphalocystes existent probablement pendant un temps plus ou moins long dans le cerveau sans produire des symptômes appréciables; mais, lorsqu'elles ont acquis un certain volume, elles déterminent alors des troubles plus ou moins graves, et qui sont très-variables. Dans la plupart des cas, les malades accusent une céphalalgie violente; ils ont une paralysie incomplète, des contractures, du coma, des mouvements convulsifs, épileptiformes, des troubles des sens; beaucoup sont aveugles. Tous ces accidents peuvent cesser et se reproduire à des intervalles plus ou moins rapprochés, jusqu'à ce que la mort, qui est la terminaison constante de la maladie, survienne. La vie finit presque toujours dans le coma.

Il est impossible de diagnostiquer la présence des acéphalocystes dans le cerveau, car les kystes séreux, les tubercules et toutes les espèces de tumeurs peuvent produire à peu près les mêmes accidents.

#### Des acéphalocystes de l'utérus, de ses annexes, et de l'excavation pelvienne.

On a quelquefois rencontré des kystes acéphalocystiques dans les parois du vagin, dans les ovaires et même dans l'épaisseur du corps et du col utérins.

Les kystes hydatiques de l'excavation pelvienne, quel qu'en soit le siège, sont souvent méconnus. Lorsque l'attention est fixée sur eux, à cause de la compression qu'ils exercent sur les organes voisins, ou parce qu'ils s'enflamment, on peut dans ce dernier cas surtout être fort embarrassé pour définir la nature de l'affection. Si la tumeur est indolore, il sera aisé de ne pas les confondre avec un cancer, avec une tumeur fibreuse, avec un phlegmon péri-utérin, ni avec une hématocele; on ne pourra hésiter qu'entre un kyste séreux et un kyste acéphalocystique. Une ponction exploratrice dissipera les doutes, si l'on n'a pas, pour s'éclairer, le frémissement hydatique. Les kystes de l'excavation pelvienne peuvent s'évacuer au dehors par les voies diverses que prennent les tumeurs fluctuantes du bassin, c'est-à-dire par le rectum, par la vessie et par le vagin.

On a cru assez généralement que des kystes acéphalocystiques naissent souvent dans la cavité utérine aux dépens du placenta. C'est cette altération qu'on a désignée sous les noms de *môle hydatique* ou *vésiculaire*, de *môle en grappe*, de *grossesse* ou *hydromètre hydatique*.

**Caractères anatomiques.** — Cette lésion semble se former aux dépens des villosités de la face externe du chorion, qui, comme on le sait, sont les rudiments du gâteau placentaire. Elles résident dans la cavité utérine, dont elles sont constamment séparées par une membrane qui n'est autre que la membrane caduque. Les vésicules sont en nombre plus ou moins considérable; il y en a souvent plusieurs centaines, on en a même compté jusqu'à 5 ou 6000. Leur volume varie depuis celui d'un grain de chènevis jusqu'à celui d'un œuf de pigeon. Le liquide qui les remplit est presque toujours citrin, transparent, quelquefois trouble, purulent ou sanguinolent. Si l'on examine avec soin la môle vésiculaire, on trouve tantôt une masse plus ou moins volumineuse, offrant un nombre plus ou moins considérable de vésicules séparées par des membranes et par une cavité qui contient certaines parties du fœtus, ou même un fœtus entier (*môle embryonnée* de Boivin). Dans d'autres cas, il ne reste plus que la cavité amniotique contenant un liquide, mais sans vestige de fœtus qui semble avoir été dissous par le liquide dans lequel flotte encore quelquefois un petit débris du cordon ombilical (c'est la *môle creuse* de Boivin). Enfin la môle vésiculaire est constituée par une masse pesant plusieurs livres, pouvant remplir une vaste cavité, et composée d'un grand nombre de vésicules disposées en grappes, et dont les filaments adhèrent à une masse rougeâtre qu'on reconnaît pour être le *placenta*, avec ou sans cavité amniotique (c'est la *môle hydatique en masse*).

La description que je viens de donner est celle qui a été généralement acceptée jusqu'à ce jour. Cependant depuis quelque temps on a contesté que la lésion que nous venons de décrire fût constituée par des acéphalocystes : on n'y a vu qu'une hydropisie simple des villosités choriales. C'est une opinion qui a été professée par M. Robin; elle a été soutenue dans une thèse présentée en 1849 à la faculté de Paris par M. Cayla et elle a été tout récemment adoptée par M. Davaine, qui, dans l'ouvrage si complet qu'il a publié sur les entozoaires, et dans lequel on trouve surtout une bonne étude des acéphalocystes, il n'est nullement question de la prétendue môle hydatique des auteurs.

D'après ce que nous venons de dire, il paraît résulter que la lésion dont il s'agit est toujours un mode d'altération du produit de la conception; par conséquent elle ne saurait se développer ni chez les filles vierges ni chez les vieilles femmes. De toutes les causes qu'on a invoquées pour en expliquer le développement, aucune n'est encore démontrée.

Au début, il est impossible de distinguer la môle dite hydatique d'une grossesse régulière; un peu plus tard on a prétendu trouver des caractères différentiels dans la légèreté du ventre, dans sa dilatation transversale, etc. D'autres ont signalé de petites pertes sanguines alternant avec des pertes aqueuses, qui commencent dès le deuxième mois et se reproduisent à des intervalles plus ou moins rapprochés jusqu'à l'évacuation du produit. Cette expulsion, qui a lieu communément entre le troisième et le cinquième mois, rarement plus tôt, souvent plus tard, se fait avec l'ensemble des phénomènes qui accompagnent et suivent un accouchement naturel. L'utérus débarrassé, la femme peut concevoir de nouveau.

Les môles dites hydatiques ne font en général courir aucun danger à la mère, à moins qu'elles ne s'accompagnent d'hémorrhagies trop abondantes ou trop répétées. Quant au fœtus, il périt presque toujours à une époque peu éloignée. Quoi qu'il en soit, il n'y a pas, je crois, d'exemple qu'une grossesse soit arrivée à terme lorsque l'utérus renfermait un certain nombre de ces prétendues hydatides.

Si une hémorrhagie grave survenait pendant le travail d'expulsion de la môle hydatique, il faudrait, après avoir reconnu par le toucher la présence de ces corps étrangers, en opérer l'extraction en excitant les contractions utérines, ou bien les saisir avec les doigts ou la pince à faux germe de Levret. Percy conseille aussi d'injecter dans l'utérus de l'eau salée à laquelle il ajoute un cinquième de vinaigre. Ces moyens n'agissent guère que comme excitant les contractions utérines. Sous ce rapport, rien ne saurait être préférable à l'ergot de seigle administré par la bouche à la dose de 1<sup>re</sup>,50 à 2 grammes.

#### Des entozoaires douteux.

Quand on lit les ouvrages des auteurs, et même ceux de beaucoup de médecins modernes qui ont écrit sur les entozoaires, on est surpris du vague et de l'obscurité qui règnent dans leurs descriptions.

Plusieurs vers n'ont été observés qu'une fois; leur signalement n'est souvent accompagné que d'une figure très-grossière; quelquefois même l'animal n'a pas été dessiné.

Parmi les entozoaires douteux, nous nous bornerons à citer les cinq espèces suivantes :

1° *L'ophiostome de Pontier* (*Ophiostoma Pontieri*), de H. Cloquet, vomi par un cultivateur d'Uzerches, sujet depuis quelques années à des attaques hystériques.

Cet animal pourrait bien être un *Gordius aquaticus* avalé accidentellement.

2° *Le nématoïde viscéral* (*Nematoïdes visceralis*), trouvé par Pruner en Orient, dans le foie et les intestins grêles des nègres.

Cet animal pourrait bien être un insecte ou une larve d'insecte.

3° *Le nettorhynque de Blainville* (*Nettorhynchus Blainvillei*), rendu par les selles avec une grande quantité de sang. On doit sa connaissance à J. Paisley, chirurgien à Glasgow.

4° *Le dactylie aiguillonné* (*Dactylius aculeatus*), observé par Draske dans un hôpital de Londres, dans les urines d'une femme.

Cet animal pourrait bien être une espèce d'annélide sétigère.

5° *L'hexathyridium des veines* (*Polystoma venarum*), découvert par Treutlet dans les urines d'un jeune homme.

Cet animal ressemble beaucoup à une planariée.

#### II. — DES ÉPIZOAIRÉS, OU PARASITES EXTÉRIEURS

Nous appelons *épizoaires* tous les animaux parasites qui vivent sous l'épiderme, ou à la surface de la peau.

##### 1° Du sarcopte de la gale (*Sarcoptes scabiei*).

NOMS. — *Acarus scabiei*; vulgairement *ciron de la gale*, *mite de la gale*.

La *gale* est une maladie contagieuse, caractérisée par l'éruption, sur une partie plus ou moins étendue des téguments, de petites vésicules transparentes et prurigineuses, qui se développent par suite de la présence d'un arachnide particulier, nommé *acare* de la gale ou *sarcopte* de l'homme (1).

(1) On a proposé, pour le mot *gale*, deux étymologies : 1° *callus*, dureté; 2° *galla*, production accidentelle se développant sur l'écorce de certains arbres, et due au travail de certains insectes.