

sur leur plat. Si le kyste s'est ouvert pendant l'opération, on a la précaution d'en enlever le plus qu'on peut; il est prudent, dans ce cas, d'en cautériser la face interne, afin d'éviter la reproduction de la maladie; bien que cette reproduction soit très-rare; on lave ensuite l'œil avec un liquide adoucissant, on replace la paupière dans sa position naturelle, et sans autre pansement que des soins de propreté, on trouve la cicatrisation opérée au bout de trois à quatre jours.

Cette méthode d'extirper les kystes des paupières par la face interne de ces voiles membraneux, qui a l'avantage de ne laisser aucune cicatrice visible, est applicable à presque tous les cas. Ce n'est, en général, que lorsque la tumeur est située près des commissures des paupières, ce qui ne permet pas de les renverser, qu'il faut l'attaquer par l'extérieur. Cependant, lorsque le kyste, quel que soit son siège, est plus superficiel extérieurement qu'intérieurement, on doit encore opérer en dehors. On extirpe alors le kyste de la même manière à peu près qu'il a été dit ci-dessus, ou, si on ne le peut, on se contente de l'inciser jusqu'à son centre, comme le fait M. Demours; et, après l'avoir vidé, on cautérise sa face interne. On peut encore très-souvent se dispenser d'avoir recours à l'extirpation du kyste, lorsque la tumeur est récente et peu volumineuse. Il suffit, en effet, dans ces circonstances, d'inciser la poche, de cautériser sa face interne, au moyen d'une pierre infernale taillée en pointe, pour en déterminer l'exfoliation. Enfin, c'est surtout contre ces sortes de tumeurs que M. Demours emploie avec succès le *séton métallique*, qui consiste, ainsi que cela a été dit, en une grande aiguille dont on traverse le kyste suivant son grand diamètre, et qu'on y laisse séjourner jusqu'à guérison. La matière du kyste s'écoule peu à peu par les ouvertures faites par l'aiguille, la poche s'affaïsse graduellement et finit par disparaître.

Des kystes de l'orbite.

Des tumeurs de la même espèce que celles que nous venons de décrire se développent quelquefois dans le tissu cellulaire de l'orbite; elles acquièrent toutefois un volume beaucoup plus considérable, et arrivent souvent à la grosseur d'un œuf de pigeon. La matière qu'elles renferment est tantôt purulente et tantôt séreuse, quelquefois semblable à du blanc d'œuf, et d'autres fois c'est un liquide qui tient en suspension une matière comme argileuse; la poche est quelquefois séparée en deux loges par une cloison.

Le siège ordinaire de ces kystes est au dessous du globe de l'œil, dans le tissu cellulaire qui tapisse la face inférieure de l'orbite; quelquefois cependant ils se développent sur les côtés. A mesure qu'ils acquièrent de l'accroissement, ils poussent la paupière inférieure en avant et en bas sur la joue, et si leur volume devient considérable, ils soulèvent peu à peu le globe de l'œil vers la paupière supérieure, ou le chassent à droite ou à gauche, selon qu'ils sont placés en bas ou sur les côtés; et quelquefois le font sortir complètement de l'orbite. Il est digne de remarque que, malgré la position vicieuse de l'œil, son immobilité et la distension qu'éprouve nécessairement le nerf optique, la faculté de voir se conserve souvent, et reprend toute son activité après l'extirpation du kyste et la rentrée de l'œil dans sa cavité.

La difformité n'est pas le seul inconvénient qu'entraînent ces tumeurs cystiques: les troubles de la vision, et principalement la vue double; l'écoulement continuel des larmes sur la joue, des douleurs vives au fond de l'orbite et dans la tête, des ophthalmies sans cesse répétées, l'accompagnent et rendent les secours de l'art indispensables et urgents.

L'extirpation du kyste est ici le seul remède efficace. Pour la pratiquer, on place le malade assis sur une chaise, et sa tête est fixée sur la poitrine d'un aide; le chirurgien tend

transversalement la paupière inférieure à l'aide du pouce et de l'indicateur d'une main, et de l'autre armée d'un petit bistouri convexe, il incise cette membrane et le muscle orbiculaire dans la direction des fibres de ce muscle, en ayant le soin de prolonger son incision au-delà des limites apparentes de la tumeur, afin de se ménager la facilité de pouvoir la saisir sans effort. Cela fait, il dissèque la tumeur le plus profondément qu'il lui est possible, puis il la saisit par un de ses côtés avec une érigne simple ou double, la tire doucement à lui, et achève de la séparer de toutes les parties auxquelles elle adhère, avec la pointe du bistouri ou avec de petits ciseaux. On ne doit pas craindre, en disséquant la tumeur à sa partie supérieure, d'intéresser la conjonctive, qui de la paupière inférieure se porte au globe de l'œil; car cette membrane, entraînée en haut par la déviation de cet organe, se trouve placée presque verticalement, et par conséquent hors des atteintes du bistouri. Portant ensuite le doigt au fond de la cavité qui résulte de l'ablation du kyste, l'opérateur s'assure s'il n'en reste pas quelques portions dures et coriaces, ainsi que cela arrive quelquefois; et si cela est, il les extrait avec l'érigne ou ses ciseaux. On doit apporter la plus grande attention à ne pas ouvrir le kyste pendant l'opération; et lorsqu'on n'a pu éviter cet accident, il faut chercher à extraire toutes les portions de la poche par une dissection attentive et délicate. L'opération achevée, le pansement consiste tout simplement à remplir mollement de charpie la cavité nouvelle.

Des symptômes graves sont ordinairement la suite de l'extirpation de ces kystes; des douleurs violentes se font sentir dans l'orbite et dans la tête; les paupières s'enflamment, et l'inflammation s'étend quelquefois à toute la face et au cou; le pouls s'accélère, la soif se fait sentir et l'appétit disparaît; jamais il ne survient d'hémorrhagie grave. On combat ces accidents par des saignées générales, des topiques émolliens et

narcotiques, et par une diète sévère. On ne lève ordinairement le premier appareil qu'au bout de quatre à cinq jours, lorsque la suppuration commence à s'établir, à moins cependant qu'on n'ait la certitude que des caillots de sang se sont accumulés dans la cavité qu'occupait le kyste et entretiennent les accidens, auquel cas il faut lever l'appareil sur-le-champ et donner issue à ce sang épanché. Les pansemens subséquens se font en introduisant dans la plaie une petite mèche de charpie, que l'on porte de moins en moins profondément, et dont le but est de s'opposer à la cicatrisation de la plaie extérieure avant que la cavité morbide soit effacée. La guérison est ordinairement complète au bout d'un mois à cinq semaines.

L'œil reprend quelquefois spontanément sa place naturelle, mais, dans le plus grand nombre des cas, il garde la position vicieuse que lui a donnée la maladie. Il faut donc s'occuper de bonne heure de le replacer et de le maintenir dans la cavité de l'orbite. On y parvient au moyen d'une compression modérée, exercée sur lui avec quelques compresses graduées et une bande, et que l'on commence à pratiquer dès que les premiers symptômes inflammatoires sont dissipés. L'instrument imaginé par Hope pour faire cette compression est tout-à-fait inutile.

Il arrive souvent qu'après la guérison, la portion de conjonctive qui se porte de la paupière inférieure au globe de l'œil, et qui a été allongée pendant l'existence de la tumeur, fait saillie entre cette même paupière et l'œil. Il faut se hâter de faire reprendre à cette membrane ses dimensions naturelles, au moyen de collyres rendus astringens par la présence du sulfate d'alumine et de potasse; sinon il n'est bientôt plus possible de guérir cette difformité que par l'excision de la portion de membrane qui fait saillie.

Des kystes des grandes lèvres.

Il n'est pas rare d'observer des kystes développés dans

l'épaisseur des grandes lèvres; ils s'ouvrent quelquefois d'eux-mêmes, et donnent lieu à un suintement incommode, et qui ne se tarit pas si l'art n'intervient. C'est encore à l'extirpation qu'il faut avoir recours pour débarrasser les malades; cette opération est ici des plus simples, mais on doit être averti qu'elle est ordinairement suivie d'une hémorrhagie en nappe souvent très-considérable, et qu'on ne peut arrêter que par l'application d'un fer rouge.

Des kystes des gaines des tendons et des aponévroses.

On désigne communément les kystes des gaines des tendons et des aponévroses par le nom de *ganglions*; cette dénomination nous paraît peu convenable; nous l'emploierons cependant, puisqu'elle est consacrée par l'usage. Ces tumeurs sont ordinairement arrondies, un peu déprimées, mobiles, élastiques, indolentes ou à peu près, fluctuantes, et sans changement de couleur à la peau. Leur volume varie depuis celui d'une noisette jusqu'à celui d'un œuf. On les observe le plus ordinairement sur le dos de la main et au poignet, à la face dorsale du pied, et principalement sur le tendon du long extenseur du gros orteil, au devant de la rotule, au jarret, en dehors et en dedans des tubérosités du tibia; au niveau de l'olécrâne. M. J. Cloquet en a vu aussi au dessus de l'acromion, sur la tubérosité de l'ischion, et en dehors du grand trochanter.

Les coups, les chutes, les pressions et les frottemens répétés sont les causes ordinaires des ganglions, bien qu'il ne soit pas rare de les voir se développer sans cause appréciable. L'habitude de se tenir à genoux produit assez souvent ceux qui occupent la partie antérieure de la rotule, de même que les chaussures trop étroites provoquent ordinairement le développement de ceux de la face dorsale du pied. Leur accroissement est presque toujours très-lent; ils restent souvent stationnaires pendant de nombreuses années.

La matière que contiennent les ganglions est le plus communément semblable au blanc d'œuf; mais quelquefois on y rencontre une sorte de gelée rougeâtre et épaisse, et d'autres fois une sérosité très-limpide. Enfin, on trouve parfois, dans le liquide qui les remplit, des petits corps blancs, libres et isolés, élastiques, aplatis, arrondis ou oblongs, de grosseur variable, depuis celle d'un grain de chènevis jusqu'à celle d'une lentille, et qui ressemblent à des concrétions fibro-cartilagineuses. M. Cruveilhier rapporte plusieurs exemples intéressans de ces derniers kystes, observés à la clinique de M. Dupuytren, qui le premier les a fait connaître, et regarde les corps qu'ils renferment comme une espèce particulière d'hydatides (1).

Aux caractères que nous avons tracés, il est facile de reconnaître les *ganglions*, et d'éviter de les confondre avec d'autres tumeurs. Ceux qui se développent dans la gaine synoviale des muscles fléchisseurs des doigts ou dans celle des extenseurs des orteils, sont ordinairement partagés par le ligament annulaire, en deux poches qui communiquent entre elles; on fait aisément passer une partie du liquide de l'une dans l'autre, et s'il s'y trouve de ces petits corps blancs dont nous venons de parler, et qu'on n'a encore rencontrés que dans des kystes ainsi partagés en deux parties par les ligamens annulaires du carpe et du tarse, on sent manifestement un bruissement qui décèle leur présence. Quel que soit leur siège, ils se bornent en général à produire de la difformité et à occasionner de la gêne dans les mouvemens; c'est aux pieds qu'ils sont le plus incommodes, parce qu'ils y sont continuellement irrités par la chaussure. Lorsqu'ils sont volumineux cependant, ils provoquent quelquefois de la douleur; il n'est pas besoin d'ajouter qu'ils gênent bien davantage les mouvemens de la partie qu'ils occupent.

(1) *Essai sur l'anatomie pathologique*, tom. I, pag. 306 et suivantes.

Tous les moyens dont nous avons parlé en traitant des kystes en général, résolutifs, compression, rupture, séton, ponction, extirpation, etc., ont été et sont souvent encore employés contre les ganglions. On a recours quelquefois avec succès aux résolutifs, tels que les frictions mercurielles, celles de pommade d'iode, les linimens volatils, l'acétate de plomb, le sulfate de zinc, les décoctions de tan, de noix de galle, l'huile d'origan, etc. Mais si l'on guérit par ces moyens, il arrive souvent que la maladie se reproduit aussitôt qu'on les abandonne. La compression permanente, à l'aide d'une bande si le ganglion occupe un doigt, à l'aide d'une plaque de plomb dans tout autre siège, a quelquefois aussi suffi seule pour guérir cette maladie; mais il vaut toujours mieux la combiner avec l'emploi des résolutifs.

La rupture du kyste est un des moyens de guérison auxquels on a le plus fréquemment recours, principalement lorsque le ganglion occupe la face dorsale de la main. On la pratique, en appliquant sur la tumeur un cachet garni de linge ou une pièce de monnaie enveloppée d'un mouchoir, et en appuyant fortement. Un moyen beaucoup plus simple consiste à embrasser la partie malade avec les deux mains, et à écraser la tumeur avec les pouces appliqués dessus. Un craquement particulier indique que la rupture du kyste est opérée; le liquide qu'il contenait se répand dans le tissu cellulaire, d'où il est absorbé; les parois du kyste s'enflamment, adhèrent entre elles, et la guérison ne tarde pas à être complète. Quelquefois cependant la maladie se reproduit.

Nous ne parlerons du séton que pour dire qu'il doit être rejeté du traitement de cette maladie; de la ponction avec un trocart, que pour dire qu'elle est inutile; et des moyens irritans propres à enflammer la tumeur, que pour ajouter qu'ils restent sans effet ou produisent des accidens. L'extir-

pation, quand elle est praticable et lorsque le mal a résisté aux moyens précédens, est encore ici le moyen le plus sûr de guérison. On la pratique d'après les règles que nous avons déjà exposées tant de fois, c'est-à-dire en incisant la peau, disséquant le kyste, et l'enlevant en entier, autant que faire se peut.

Aucun de ces moyens n'est applicable aux kystes renfermant des corps blancs. L'extirpation, qui les détruirait infailliblement, est impraticable. On ne peut donc chercher à obtenir la guérison que par l'évacuation des corps étrangers; et il faut presque toujours alors inciser le kyste à la fois au dessous et au dessus du ligament annulaire, et quelquefois même passer un séton dans les deux ouvertures. Une inflammation violente se développe toujours après l'ouverture du kyste; on a vu même la mort être la suite de cette opération, faite cependant avec toute la dextérité possible. On ne doit donc la pratiquer, en pareil circonstance, que lorsque la tumeur est tellement gênante qu'elle prive entièrement le malade de l'usage de la main.

Des kystes des ovaires.

Les kystes ou tumeurs enkystées des ovaires sont assez fréquens. Un seul de ces organes en est ordinairement affecté; cependant il n'est pas très-rare d'en observer dans les deux à la fois.

Causes. Il n'est pas toujours possible de remonter à la cause du développement de ces kystes; toutefois, il est plus ordinaire de les voir se développer à la suite de fausses couches, d'accouchemens laborieux, de métrite, et d'inflammation des ovaires eux-mêmes. On les voit souvent aussi survenir après la cessation du flux menstruel: c'est de trente à cinquante ans que les femmes en sont le plus communément affectées; on en a cependant observé des exemples sur des jeunes filles avant l'âge de la puberté.

Symptômes, marche, terminaisons, pronostic, etc. Ces kystes existent tantôt dans des ovaires sains et tantôt dans des ovaires désorganisés. Dans le premier cas, aucun symptôme n'en révèle l'origine ni le développement; dans le second, au contraire, leur formation est presque toujours précédée de douleurs plus ou moins vives dans l'organe malade, et quelquefois des autres symptômes de l'ovarite. Il faut convenir toutefois que le diagnostic en est toujours obscur tant que la tumeur n'a pas acquis un certain volume.

Mobile dans l'abdomen dans les premiers temps de son développement, le kyste se porte du côté sur lequel la femme se couche; il forme une tumeur arrondie ou ovoïde, lisse ou bosselée, circonscrite, indolente ou peu douloureuse, que l'on sent manifestement à travers les parois de l'abdomen; mais pendant long-temps il reste impossible de distinguer si cette tumeur est un squirrhe ou un kyste. Ce n'est que lorsqu'il a acquis un développement assez considérable pour commencer à distendre les parois abdominales, que la fluctuation devenant appréciable, il est permis de diagnostiquer la présence d'un kyste; encore, quand la poche est épaisse ou la matière contenue de quelque consistance, est-il très-difficile de porter un diagnostic précis. Un peu de gêne, un peu de pesanteur dans la fosse iliaque, la sensation d'un corps qui se déplace dans les divers mouvemens, et quelquefois de la douleur, sont d'abord les seuls symptômes que la malade éprouve; plus tard, à mesure que le kyste grossit, ces symptômes augmentent, et il s'y joint la distension des parois abdominales; enfin, quand il a acquis un développement considérable, les malades éprouvent des tiraillemens dans les aines, des troubles de la digestion dépendant de la compression exercée par la tumeur sur l'estomac et les intestins, et enfin une gêne plus ou moins forte de la respiration produite par le refoulement en haut du

diaphragme. Le développement de ces kystes, s'il se fait lentement, ce qui est le plus ordinaire, n'influe en rien sur les autres fonctions: s'il est rapide, au contraire, une réaction sympathique a lieu sur les principaux organes, et la malade peut périr promptement.

Mais il est rare que ces kystes se développent rapidement, en général ils mettent plusieurs années à s'accroître; quelques uns, parvenus à un certain degré de développement, restent stationnaires, tandis que d'autres s'accroissent sans cesse. On peut quelquefois confondre cette maladie avec l'ascite, l'hydropisie de la trompe, celle de l'utérus, et la grossesse. Ce n'est qu'en s'éclairant par tous les signes commémoratifs, en se rappelant le mode de développement de la tumeur, qui s'est opéré d'un côté à l'autre, et en les comparant aux signes et au mode de développement des autres affections que nous venons de citer, qu'il est souvent possible d'éviter l'erreur. Ces kystes entraînent rarement quelque danger, bien qu'ils constituent en général une maladie incurable; on a vu des femmes porter ces tumeurs, sans inconvénient, pendant trente, quarante et même cinquante ans. Toutefois cette innocuité n'est bien réelle que pour les kystes que n'accompagne aucune désorganisation de l'ovaire; car ceux qui coexistent avec l'inflammation, le squirrhe de l'organe, ou l'épaississement considérable, ou la suppuration de leurs parois, peuvent devenir assez rapidement mortels.

Caractères anatomiques. On trouve souvent à l'ouverture des cadavres de femmes qui succombent à d'autres maladies que celle qui nous occupe, de petits kystes de l'ovaire sans altération de l'organe, et dont rien n'avait annoncé l'existence pendant la vie. Une membrane séreuse à l'intérieur, une membrane celluleuse à l'extérieur, recouverte par le péritoine, forme alors les parois de ces kystes. Dans les kystes séreux or-

dinaires, tels sont ordinairement les caractères anatomiques de la poche. Mais lorsque les kystes sont très-anciens, la membrane extérieure est ordinairement fibreuse, et souvent formée de plusieurs feuillets superposés. Quelquefois des cloisons séparent l'intérieur du kyste en plusieurs loges, mais le plus ordinairement ceux qui ne sont que séreux n'ont qu'une cavité. Dans quelques cas, la membrane interne du kyste a l'aspect d'une membrane muqueuse; cela n'arrive que lorsque l'inflammation s'en est emparée, aussi trouve-t-on alors du pus dans sa cavité. Le liquide que renferment ces kystes est variable; dans les kystes très-volumineux on ne rencontre ordinairement que de la sérosité limpide, claire ou citrine; dans ceux qui ont acquis peu de développement, on peut encore ne trouver que cette sérosité, mais ils contiennent souvent, soit une liqueur gélatineuse, soit une matière semblable à du miel, tantôt une matière crêmeuse, et tantôt une substance comparable au suif, en un mot, toutes les matières que l'on a coutume de rencontrer dans les diverses espèces de kystes. Ces matières sont quelquefois contenues dans plusieurs loges ou dans plusieurs kystes adossés. Nous parlerons des désordres qu'offre quelquefois l'ovaire, quand nous traiterons des désorganisations.

Traitement. Dans les kystes de l'ovaire, plus encore peut-être que dans tous les autres kystes, les résolutifs et les fondans de toute espèce, tant extérieurs qu'internes, restent communément sans effet. On cite pourtant quelques observations de guérisons obtenues par leur emploi, mais ces exemples sont rares. Ce n'est pas une raison cependant pour négliger d'y avoir recours, et il se pourrait qu'en y joignant les évacuations sanguines locales, on en obtint plus fréquemment de bons effets. Ces résolutifs, ces fondans, ont déjà été indiqués plusieurs fois dans le cours des chapitres précédens.

La ponction a aussi été employée avec quelque succès. Il est probable qu'on en retirerait de plus grands avantages qu'on ne l'a fait jusqu'ici, s'il était possible de distinguer à l'avance les kystes qui sont accompagnés de désorganisation de l'ovaire de ceux dans lesquels l'organe est resté sain; on éviterait alors de la pratiquer dans les cas de désorganisation, où elle ne peut qu'être inutile. Il ne serait pas moins avantageux de posséder des moyens de reconnaître à l'avance la nature du liquide renfermé dans le kyste, car lorsque ce liquide est trouble, purulent, altéré, en un mot, il n'est guère possible de se promettre de bons effets de son évacuation, les parois du kyste étant ordinairement elles-mêmes altérées. Bornée de la sorte dans son emploi aux seuls kystes séreux, sans altération du liquide contenu, et sans désorganisation de l'ovaire, la ponction compterait probablement de plus nombreux succès. Mais comment déterminer ces circonstances? Et d'ailleurs, il ne faut pas se le dissimuler, pratiquée dans les conditions les plus favorables, elle est presque toujours suivie d'une prompte reproduction du liquide; une nouvelle opération devient bientôt nécessaire, et plus on la répète, plus les époques auxquelles il faut y revenir se rapprochent. Ajoutons que, dans quelques cas, elle donne lieu à une inflammation des plus violentes et rapidement mortelle.

Il résulte de ce que nous venons de dire que la ponction est un moyen très-souvent infidèle et quelquefois dangereux. Une circonstance nous reste à noter, qui en augmente encore les chances défavorables, c'est celle dans laquelle le kyste se trouve partagé en plusieurs loges; on sent aisément tout ce que ce cas doit offrir de difficulté. Cependant, malgré tous ces inconvéniens, la ponction est encore le moyen le plus généralement et le plus fréquemment employé contre les kystes de l'ovaire. On a cherché à en diminuer les désavantages

par plusieurs moyens secondaires. Ainsi, pour s'opposer à la reproduction de la sérosité, on a conseillé et pratiqué l'injection d'un liquide irritant dans la cavité du kyste, afin d'en enflammer les parois et de provoquer leur adhérence; on a, dans le même but, laissé une sonde de gomme élastique pendant quelques jours dans la cavité. Des succès et des revers ont suivi cette pratique. Toujours dans la même intention, le séton passé à travers la poche a été conseillé, mais il ne paraît pas qu'on l'ait mis en usage. Pour remédier à l'inconvénient qui résulte de la séparation du kyste en plusieurs loges, on conseille généralement de porter un bistouri sur la canule du trocart, et de pratiquer une incision qui puisse réunir toutes les cellules; on le conseille encore dans les cas où le liquide est trop épais pour sortir par la canule.

L'incision, au reste, a été proposée comme méthode de traitement des kystes de l'ovaire par Ledran, et pratiquée par lui et par d'autres opérateurs avec des succès variés, mais très-rarement complets. On a vu la maladie récidiver comme après la ponction; on a vu des malades conserver des fistules qui, plus tard, ont amené la mort; d'autres succomber à l'épuisement résultant de l'abondance de la suppuration, quelques jours après avoir été opérées; plusieurs périr dans les premiers jours par l'effet de l'inflammation violente qui s'était emparée de toutes les parties voisines, et un très-petit nombre guérir, et souvent encore après avoir couru les plus grands dangers. Cette méthode est donc dangereuse, ce qui n'est pas cependant un motif pour la proscrire dans tous les cas: *Melius remedium anceps quam nullum*. On est généralement d'accord qu'il faut la réserver pour les cas de kystes multiloculaires, pour ceux dans lesquels la matière est trop épaisse pour sortir par la canule du trois-quarts, et enfin pour ceux dans lesquels cette matière est purulente; d'où il est facile de

conclure qu'on doit toujours la faire précéder par une ponction pour reconnaître la nature du liquide. Il est une précaution qu'il faut toujours prendre lorsqu'on s'est décidé à pratiquer cette opération, c'est de laisser une large canule dans la plaie afin d'empêcher qu'elle ne se cicatrise à l'extérieur avant que la tumeur ne soit oblitérée.

Enfin, Delaporte et Morand ont renouvelé le conseil de pratiquer l'ablation de kystes de l'ovaire, lorsqu'ils sont peu volumineux et accompagnés du squirrhe de cet organe. Des opérateurs ont été assez hardis pour tenter cette dangereuse opération; et on lit, dans le cahier de janvier 1823 des *Archives générales de médecine*, l'observation d'une opération de ce genre, faite par M. Nathan Smith avec le plus grand succès. Mais peu de chirurgiens seront tentés de l'imiter. Il y a plus que de l'imprudence à faire courir à ses malades les chances d'une mort prompte et presque certaine, pour les débarrasser d'une maladie, incommode il est vrai, mais avec laquelle elles peuvent vivre sans trop de souffrances, et souvent pendant de nombreuses années.

ORDRE SEPTIÈME.

ENTOZOAIRES.

Des entozoaires en général.

Sous l'influence de causes qui ne sont pas bien appréciées, dans des circonstances qu'il est difficile de préciser, et par des voies obscures de formation, il se développe, dans toutes les parties du corps de l'homme et des animaux, des êtres doués de la vie, qui se nourrissent et s'accroissent en parasites aux dépens de l'individu au sein duquel ils ont pris naissance, s'y produisent et s'y multiplient, et deviennent pour lui la source de maladies qui peuvent entraîner sa perte: ces animaux ont reçu le nom générique d'*entozoaires*. Les espèces en sont assez nombreuses, mais leur classification ne saurait nous occuper;