
VINGT-TROISIÈME LEÇON

SUR LES KYSTES HYDATIQUES DU FOIE.

Histoire d'une malade atteinte d'un kyste hydatique du foie. — Méthode du diagnostic. — Étiologie. — De la symptomatologie dite négative des kystes à échinocoques. — De l'ictère et de l'ascite. — Des causes de la variété dans les symptômes. — Question des adhérences. — Pronostic général.

Du **traitement** par la ponction d'emblée. — Mesures à prendre pour prévenir la péritonite consécutive. — Indications et contre-indications de cette méthode. — Ses résultats et sa supériorité. — Importance de l'évacuation complète du kyste.

Du traitement des kystes hydatiques du foie par l'électrolyse. — Méthode électrolytique. — Ses résultats. — Procédé opératoire. — Suites de l'opération.

MESSIEURS,

La malade qui est actuellement couchée au n° 7 de la salle Sainte-Claire ne présente, au point de vue du diagnostic, aucune des difficultés contre lesquelles on se heurte souvent dans des cas analogues ; mais son histoire n'en offre pas moins un réel intérêt en raison des questions de thérapeutique qui s'y rattachent.

Il s'agit d'une femme de vingt-neuf ans, originaire de Bretagne, qui vit à Paris depuis dix ans. Cette personne

est de constitution moyenne, et elle présente un tempérament lymphatique très-accusé ; cependant sa santé a toujours été satisfaisante, elle n'a souffert que d'angines assez fréquentes mais sans gravité, et d'une pneumonie qui, vers l'âge de dix-sept ans, l'a retenue trois semaines au lit ; en somme, elle n'a pas eu de maladie sérieuse jusqu'à une époque qui date aujourd'hui de dix-huit mois. Alors, pour la première fois, elle s'est aperçue que ses digestions devenaient lentes, et étaient souvent accompagnées et suivies d'une douleur profonde, non pas dans la région de l'estomac, mais à droite au niveau du foie ; un peu après elle dut reconnaître qu'elle perdait de ses forces, qu'elle se fatiguait plus rapidement dans son travail de fleuriste, et qu'elle avait parfois la respiration gênée à l'occasion des mouvements, et plus courte d'une manière habituelle. Les choses étaient ainsi depuis trois ou quatre mois, et la cause de ces changements dans la santé était encore ignorée, lorsque cette femme fit la remarque qu'elle était, de jour en jour, plus serrée dans ses vêtements ordinaires ; et cette constriction croissante, coïncidant avec une exaspération des douleurs du côté droit, elle se soumit elle-même à un examen plus attentif, et constata un défaut absolu de symétrie entre les deux hypochondres ; il y avait à droite une grosseur déjà assez volumineuse pour déterminer la projection et la saillie des côtes inférieures. Les progrès de cette tumeur ont été continuels ; mais tandis qu'ils ont d'abord été assez lents, ils sont devenus, depuis trois mois, beaucoup plus rapides, de sorte que, depuis ce moment, l'augmentation de volume a été plus que double de celle qui avait eu lieu durant les dix mois précédents. Il convient de noter

que les troubles de la santé ont suivi une marche parallèle; aujourd'hui la respiration est constamment anhéante, les digestions sont depuis si longtemps imparfaites qu'il y a un amaigrissement voisin du marasme; en outre, la malade est tourmentée par des accès fréquents de toux quinteuse et sèche, et une constipation opiniâtre, quasi invincible, n'est pas le moindre de ses maux.

Aujourd'hui, il suffit d'un coup d'œil pour constater, dans l'hypochondre droit, la présence d'une tumeur énorme qui, non-seulement fait saillir les côtes en avant et sur le côté de manière à déformer totalement la région, mais, en outre, dépasse de toute la hauteur de la main le rebord costal; je puis vous donner une idée exacte du volume de cette tumeur, en vous disant que la mensuration donne pour la moitié droite de la circonférence abdomino-thoracique 5 centimètres de plus que pour la moitié gauche. Je vous engage, du reste, à examiner vous-mêmes cette malade avec une grande attention, car vous constatarez chez elle des signes d'une précision exceptionnelle, et tels qu'on a rarement occasion de les observer. La netteté même de ces signes dans le cas présent enlève au diagnostic toute difficulté, et si je crois utile néanmoins de vous ébaucher un diagnostic différentiel, c'est simplement pour vous faire connaître, d'une manière générale, les diverses éventualités qui doivent être discutées dans les faits de ce genre, lorsqu'ils sont d'une clarté moins évidente.

Le premier point à examiner est celui-ci : cette tumeur qui occupe l'hypochondre droit et en dépasse les limites, est-elle hépatique, est-ce une tumeur du foie lui-même? ou bien est-elle pour ainsi dire seulement surajoutée

à cet organe, ne lui est-elle unie que par des rapports de contiguïté? Vous comprenez aisément toute l'importance de cette question qui est vraiment primordiale : car la réponse que vous y ferez limite forcément votre jugement entre un certain nombre de possibilités, et en exclut d'autres tout à fait contradictoires. Ici la réponse est catégorique. Si procédant de haut en bas, vous examinez, par la percussion, la région de l'hypochondre, il vous est impossible de saisir, en un point quelconque, un changement de son imputable à l'existence d'un intervalle entre le foie et la tumeur; il y a déjà là, dans cette continuité, dans cette homogénéité de la matité d'ailleurs absolue, une grande présomption en faveur d'une tumeur vraiment hépatique; du reste, cette homogénéité, ce n'est pas seulement sur la ligne mamelonnaire qu'elle est constatée, c'est encore sur la ligne axillaire, c'est aussi en arrière. — Ce premier fait acquis, faites placer la malade dans le décubitus dorsal, découvrez toute la région thoraco-abdominale, et faites respirer en ayant soin de faire varier la profondeur des inspirations; vous pouvez voir aussitôt, soit par la palpation, soit par la percussion, que la limite inférieure de la masse s'abaisse à chaque mouvement inspiratoire, et que le degré de l'abaissement est exactement proportionnel à l'ampleur de l'inspiration; l'ascension expiratoire, qui ramène la tumeur à son siège primitif, et qui, dans l'espèce, est plus significative encore que la descente inspiratoire, n'est pas moins nette, pas moins instantanée. Cette participation immédiate et comme mathématique de la production morbide aux influences de respiration est un second signe, qui vient confirmer le précédent. C'est toujours à ces deux

éléments de diagnostic qu'il faut demander la solution de la question posée : constater les rapports entre la matité du foie et celle de la tumeur ; en second lieu, rechercher l'influence des mouvements du diaphragme sur le déplacement de la masse, voilà les deux examens qu'il convient de pratiquer tout d'abord. Lorsque les conclusions convergent nettement dans le sens de la continuité, comme chez notre malade, vous pouvez hardiment admettre que la tumeur est hépatique ; si, au contraire, il n'y a pas un accord parfait entre ces deux ordres de phénomènes, ou bien, si les résultats de l'exploration ne se dégagent pas avec une complète netteté, il convient de rester dans le domaine du probable, et de déduire des autres symptômes la réponse cherchée.

Du moment que, dans le cas actuel, nous sommes conduits à admettre qu'il s'agit d'une production hépatique, le diagnostic, à vrai dire, est presque achevé ; cette tumeur est un kyste, car elle présente tous les caractères des tumeurs liquides, et elle n'est le siège d'aucun phénomène aigu, elle n'en a jamais provoqué, donc, ce n'est pas un abcès. Dans plus d'une circonstance, avec une tumeur manifestement liquide, le jugement peut être beaucoup plus malaisé ; l'abcès n'est pas, en effet, la seule tumeur liquide qui donne lieu à des symptômes d'acuité et à de la fièvre. Un kyste d'âge plus ou moins ancien, peut s'enflammer, suppurer à l'intérieur, et si vous ne voyez le malade qu'à cette période, vous pouvez, vous devez hésiter ; vous avez une tumeur liquide, coïncidant avec un état aigu, de la fièvre, souvent des vomissements et de l'ictère, et si, en cette situation, vous manquez de renseignements circonstanciés sur l'évolution générale de

l'affection, il vous est impossible de conclure, à moins de risquer un diagnostic de hasard, à cinquante pour cent de chances. En réalité, la ponction seule peut alors éclairer, en montrant, dans le cas d'abcès, du pus avec ses caractères ordinaires, et dans le cas de kyste suppuré, du pus mélangé de débris d'hydatides. Le plus ordinairement, toutefois, le médecin peut obtenir quelques renseignements sur le passé, et dans le nombre il en est un qui, supposé bien précis, tranche la difficulté : si avant d'être pris des symptômes aigus qui ont fait de lui un malade, l'individu était déjà affecté depuis un temps plus ou moins long d'une tumeur de l'hypochondre droit, il s'agit bien certainement d'un kyste atteint d'inflammation et de suppuration secondaires. — La conclusion est la même lorsqu'une tumeur, de nature encore indéterminée, est le siège de phénomènes inflammatoires actuels, et que la terminaison de la poussée aiguë au lieu d'être suivie d'une augmentation de volume, d'une liquidité plus parfaite de la masse, coïncide avec le retrait et l'induration de la tumeur ; il est certain, dans ce cas, que vous avez affaire à un kyste hydatique, dont l'inflammation a été salutaire au lieu d'être nocive ; elle n'est pas arrivée à la suppuration, elle a seulement provoqué la mort des parasites et la condensation du contenu de la poche.

Chez la femme de Sainte-Claire, je le répète, le jugement est facile ; elle a une tumeur, une grosse tumeur liquide, laquelle n'a jamais donné lieu à aucun accident aigu ; il s'agit donc certainement d'un kyste, et j'ajoute que toutes les probabilités sont en faveur d'un kyste à échinocoques, d'un kyste hydatique. Évidemment, à n'envisager la chose que d'un point de vue théorique, ce kyste pourrait

être un simple kyste séreux ; mais, outre que les tumeurs de ce genre sont vraiment très-rares, elles diffèrent en plusieurs points de celle que nous avons sous les yeux ; d'abord elles n'arrivent guère à un semblable volume, puis, elles aiment à se cacher pour ainsi dire ; elles se développent dans les couches postérieures et supérieures du foie, de sorte que, dans leurs progrès, elles gagnent du côté du thorax en refoulant le diaphragme, donnant lieu alors à un ensemble de signes vraiment spéciaux, sur lesquels mon savant ami, le professeur Dolbeau, a appelé l'attention, il y a déjà bien des années, dans un remarquable travail sur les grands kystes de la surface convexe du foie.

Ces raisons, purement topographiques, jointes à la fréquence relative des deux espèces de tumeur, me suffiraient déjà pour admettre un kyste hydatique ; mais, en outre, je trouve dans les habitudes hygiéniques de notre malade, une circonstance significative qui parle hautement en faveur de cette opinion ; elle constitue à elle seule une présomption des plus puissantes, et je m'étonne vraiment que ces données n'aient pas même figuré jusqu'ici dans le diagnostic des kystes à échinocoques. Cette femme ne vivait, en Bretagne, que de tourteaux faits en grande partie avec de la farine de sarrasin, et quand elle mangeait de la viande, c'était, presque exclusivement, de la viande de porc crue ; depuis qu'elle est à Paris, son régime a été meilleur sous beaucoup de rapports ; mais, soit par habitude d'enfance, soit par goût particulier, elle a continué à manger du porc cru deux et même trois fois par semaine ; or, vous savez, messieurs, que le cochon, par suite de son mode d'alimentation, est, de tous les animaux, le

plus exposé à avaler les œufs du *tœnia échinococcus* ; conséquemment, si une cuisson complète ne détruit pas ces germes parasitaires, ils arrivent dans les voies digestives de l'homme avec l'activité nécessaire pour le développement, la migration et la fixation dans les viscères. Il résulte de là que l'habitude alimentaire que je vous signale, sans être une preuve suffisante de l'infection par les échinocoques, la rend, à tout le moins, fort probable ; et dans les cas où il s'agit de décider entre un kyste simple et un kyste hydatique, cette probabilité devient une certitude.

Je vous ai dit que le caractère liquide de la tumeur est évident ; elle vous présente, en effet, deux phénomènes, qui sont constamment et rigoureusement signalés dans la symptomatologie didactique des kystes à échinocoques, mais qui, en réalité, sont assez rarement observés en clinique. C'est d'abord une fluctuation des plus nettes que vous devez chercher non pas dans les espaces intercostaux, mais au-dessous des fausses côtes, dans la partie de la tumeur qui les déborde ; là, vous trouvez une fluctuation type, soit que vous exploriez avec plusieurs doigts de la même main, soit que vous agissiez avec les deux simultanément ; il ne s'agit point ici de cette rénitence élastique que l'on observe plus fréquemment dans les productions de cette nature, il s'agit d'une fluctuation vraie, comme celle que pourrait produire un vaste abcès. En outre, la tumeur offre très-positivement le phénomène du flot liquide ; reportez-vous à l'histoire de l'ascite, des kystes séreux de l'ovaire, et vous vous rappellerez la nécessité de la distinction de ces deux sensations, fluctuation et flot. L'observation du flot

ne présente aucune difficulté chez notre malade ; lorsqu'on la fait asseoir, et qu'on applique la main droite à plat sur la portion sous-costale antérieure de la tumeur, il suffit de pratiquer, en arrière, avec la main gauche, une percussion brusque mais pas très-forte immédiatement au-dessous de la dernière côte, pour percevoir avec la main exploratrice antérieure l'arrivée de l'ondée liquide déplacée par le choc postérieur. Pour écarter l'erreur à laquelle pourrait donner lieu l'oscillation musculaire, on peut faire placer le bord cubital de la main d'un aide longitudinalement sur la ligne axillaire, et l'on constate que le flot persiste avec la même intensité. Cette sensation est si évidente qu'elle diffère à peine de celle qu'on perçoit sur une ascite ; ce qui l'en distingue, c'est un caractère vibrant qu'on n'observe jamais dans l'épanchement péritonéal.

Sur cette tumeur qui, en raison de son volume et du degré de sa réplétion, présente, avec une netteté vraiment exceptionnelle, la fluctuation et le flot, il est impossible de saisir aucun autre phénomène par la palpation ; on ne trouve rien qui réponde au signe décrit sous le nom de frémissement hydatique ; et pourtant, si jamais un kyste a réuni toutes les conditions nécessaires pour le développement de ce phénomène, c'est assurément celui que nous avons sous les yeux ; et son absence, dans ce cas spécial, me confirme dans une opinion que je me suis formée depuis longtemps d'après l'étude des observations, à savoir que le prétendu frémissement hydatique n'est autre chose que le signe général connu sous le nom de flot, avec cette simple différence que, dans les kystes à échi-

nocoques, la sensation de flot peut prendre un caractère vibrant particulier.

Les limites précises de la tumeur qu'il convient maintenant d'indiquer sont les suivantes : en avant, sur la ligne mamelonnaire, elle s'étend jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic ; sur la ligne axillaire, elle se prolonge dans la même proportion ; en arrière, elle dépasse de trois bons travers de doigt le bord inférieur de la dernière côte ; là, on observe une matité des plus complètes, laquelle, à la limite inférieure de la tumeur, fait brusquement place à la sonorité du côlon ; cette dernière, par une circonstance rarement réalisée, est ici aussi évidente que possible. Vous pensez bien qu'une tumeur de ce volume ne s'est pas seulement développée en hauteur ; ainsi que je vous l'ai dit, il y a entre les deux hypochondres une asymétrie très-marquée ; le côté droit fait une forte saillie latérale, à ce point que lorsque, la malade étant assise, on examine la région dorsale, on serait tenté de croire, à un premier coup d'œil à une incurvation de la colonne vertébrale ; mais c'est là une pure illusion causée précisément par le défaut de symétrie. En fait, la différence entre les deux côtés est de cinq centimètres : la demi-circonférence droite mesurant quarante-six, la gauche quarante-un centimètres ; les tracés comparatifs que je vous présente, et qui ont été obtenus avec le cyrtomètre de Woillez, vous accusent très-clairement cette différence de proportions, en même temps qu'ils vous montrent une dissemblance non moins grande dans la forme des deux régions thoraco-abdominales.

Avec ces données multiples, le diagnostic physique n'est point encore achevé ; un dernier point doit être éclairci,

qui, au point de vue pratique, ne le cède en intérêt à aucun autre. La tumeur a-t-elle, oui ou non, contracté des adhérences avec la paroi abdominale antérieure ? Voilà la question à résoudre, et vous en concevez aisément l'importance, puisqu'il y a un rapport rigoureux entre cette solution et le choix de la méthode thérapeutique. Dans bien des cas, la réponse ne peut être obtenue avec une précision entièrement satisfaisante, et l'on est contraint de rester dans le doute ; ici il n'en est pas de même, et l'absence d'adhérences est pour moi un fait certain. Cette femme est très-amaigrie, et, par suite, la paroi de l'abdomen est fort mince ; on peut ainsi constater sans aucune hésitation que cette paroi glisse facilement et en tous sens sur les parties profondes, voilà une première preuve ; l'abaissement et l'ascension de la tumeur en totalité sous l'influence des mouvements respiratoires, et cela, sans traction, sans plissement visible de la paroi musculocutanée, voilà une seconde preuve de l'absence d'adhérences, tout au moins d'adhérences multiples, solides et serrées ; il peut bien exister à la rigueur une ou deux adhérences lâches ; mais, au point de vue de la détermination pratique, cette disposition doit être tenue pour équivalente à l'absence totale d'union entre le kyste et la paroi.

La femme de Sainte-Claire ne réalise pas, vous avez pu le remarquer, la symptomatologie dite négative des kystes hydatiques du foie ; elle a eu pendant longtemps des douleurs à peu près continues ; depuis des mois ses digestions sont pénibles, par suite la nutrition même a été compromise, et la malade, amaigrie au degré que vous voyez aujourd'hui, a perdu ses forces, elle ne peut plus

travailler, et, d'un autre côté, la gêne respiratoire, produite par le volume de la tumeur, la condamne à un repos quasi absolu. Je ne veux pas que vous laissiez échapper cet enseignement, et je tiens à vous prémunir contre une erreur qui est trop fréquemment commise. Consultez les traités dogmatiques, ou bien même les mémoires spéciaux, et vous verrez, sans exception, qu'à propos du diagnostic différentiel, on présente la symptomatologie négative comme la meilleure caractéristique des kystes parasitaires du foie. Eh bien, je vous l'affirme, cette assertion n'est que partiellement vraie. Je veux bien que, dans un certain nombre de cas, les choses se passent ainsi, et que la tumeur ne donne lieu qu'à des signes physiques ; mais ce fait n'est point assez constant, il s'en faut, pour qu'on soit autorisé à le donner comme un des caractères essentiels des kystes hydatiques ; on le doit d'autant moins que la nature de la tumeur n'a ici aucune influence, c'est uniquement le siège qui décide de la présence ou de l'absence de certains symptômes. A ce point de vue, les kystes hydatiques du foie peuvent être divisés en deux groupes : les uns, perdus en quelque sorte dans l'épaisseur de l'organe, sont situés de façon à ne pouvoir atteindre ni les grands canaux biliaires, ni les rameaux volumineux de la veine porte ; si ces kystes n'arrivent pas à des dimensions insolites, ils produisent quelques troubles digestifs, une pesanteur incommode dans la région de l'hypochondre, un peu de gêne respiratoire peut-être, et voilà tout. A volume égal, les kystes du second groupe déterminent en outre de l'ascite, de l'ictère, du catarrhe gastro-intestinal par stase veineuse, et cela parce qu'à l'inverse des précédents, ils siègent à la face inférieure

du foie, soit devant, soit derrière le hile, ainsi que j'en ai déjà observé deux exemples. En cette situation, il importe fort peu qu'il s'agisse d'un kyste hydatique ou d'une autre tumeur quelconque, les symptômes issus de la compression des vaisseaux portes et biliaires surgissent nécessairement. Il en sera de même pour la même raison si un kyste, contenu d'abord dans l'épaisseur du foie, gagne par son développement ultérieur la région du hile ; tout cela, je le répète, est affaire de siège et non point affaire de nature ; conséquemment l'absence des symptômes ordinaires des tumeurs du foie ne doit point figurer parmi les caractères distinctifs et constants des kystes hydatiques ; si ces derniers produisent cet ensemble symptomatique plus rarement que les autres morbihormations hépatiques, c'est parce que leur siège le plus fréquent est le lobe droit, dans la masse duquel ils restent circonscrits.

Une erreur de même ordre a été commise à propos des douleurs ; on a dit, on répète que les kystes hydatiques ne sont pas douloureux, et l'on inscrit ce caractère parmi les signes propres à spécialiser ce genre de tumeurs. Eh bien, il n'en est rien, et encore ici c'est le siège du produit, et non pas sa nature, qui doit être pris en considération. Lorsque les kystes hydatiques se développent principalement ou exclusivement du côté de la cavité abdominale, en effet, ils ne déterminent pas de douleurs ; car la tumeur par elle-même ne peut en produire, et elle progresse aux dépens d'une région dont la paroi cède avec une grande facilité. Mais qu'un kyste de même grosseur, ou plus petit encore, prenne son extension en haut ou en dehors, alors il provoquera des douleurs à peu près continues ; ce ne

seront pas les douleurs aiguës du travail inflammatoire, ce seront des douleurs de compression, de distension, de dilacération, semblables à celles dont a souffert la femme de Sainte-Claire, et ces douleurs ne cesseront que lorsque la résistance des parties, définitivement forcée, aura permis l'accoutumance, c'est-à-dire l'adaptation passive de la région au produit exubérant qui l'a envahie.

Tels sont, au point de vue des causes, des symptômes et du diagnostic, les enseignements vraiment utiles qui se dégagent de l'observation de notre malade. J'arrive à la question thérapeutique. Je n'ai point l'intention de vous décrire les diverses terminaisons des kystes hydatiques, ni de discuter les nombreuses méthodes de traitement qui ont été appliquées ; je veux simplement répondre aux deux questions que voici : Devons-nous ne rien faire à notre malade, ou devons-nous intervenir ?... Si nous intervenons, de quelle manière devons-nous le faire pour nous assurer le plus grand nombre de chances favorables ?

Quant au premier point, la décision n'est pas douteuse dans le cas actuel ; cette femme souffre, du fait de sa tumeur, de nombreuses incommodités qui ont altéré l'état général de sa santé, et pour peu qu'on tarde à lui venir en aide, elle sera réduite à une véritable infirmité, ou bien exposée à tous les périls qu'entraîne la rupture spontanée des kystes. Dans ce cas donc, et dans tous ceux qui présentent des particularités analogues, l'intervention active est pour le médecin un devoir impérieux ; il n'y a pas d'hésitation possible. En revanche, dans les cas, les plus nombreux peut-être, où la maladie ne donne

lieu qu'à des symptômes légers, sans gravité actuelle, on peut être bien tenté de rester dans une inaction complète, en invoquant le précepte *primum non nocere*. Si vous voulez juger sainement le pour et le contre, et arriver à une conclusion précise, au lieu de vous perdre dans des considérations hypothétiques et dans une supputation illusoire des probabilités, vous n'avez qu'un moyen, un seul, il faut connaître la réponse à la question suivante : Quelle est la durée moyenne de la survie dans les kystes hydatiques abandonnés à eux-mêmes ? Si la réponse se traduit par un nombre considérable d'années, il est clair que nous n'avons pas la main forcée, nous pouvons, nous devons rester inactifs, lorsque l'ensemble des circonstances du cas examiné nous paraît justifier cette abstention. Si, au contraire, nous savons que la survie moyenne ne comprend qu'une période relativement courte, nous n'avons plus le droit d'être de simples observateurs, nous devons agir, quand bien même les conditions sembleraient particulièrement favorables pour l'inaction. Nous ne possédons pas sur ce sujet intéressant des données d'une précision complètement satisfaisante, mais nous avons une moyenne à oscillations assez étroites, et, dans l'espèce, c'est beaucoup déjà. L'analyse des observations nous apprend que la durée moyenne de la survie dans les kystes laissés à eux-mêmes est comprise entre une et quatre années ; ne prenons, si vous le voulez, que ce dernier chiffre, il n'en est pas moins évident qu'en présence d'une lésion qui doit amener la mort après quatre ans au plus tard, l'expectation est plus qu'une faute. Sans doute vous n'êtes pas toujours tenus d'agir au moment même où vous reconnaissez la maladie ; si le

kyste est peu volumineux, si les renseignements obtenus vous démontrent avec certitude qu'il est encore récent, vous avez quelque délai devant vous, et vous ferez sagement de temporiser, soit pour essayer la médication par l'iodure de potassium, dont je vous parlerai dans quelques instants ; soit pour courir la chance, favorable entre toutes, d'une guérison spontanée par résorption partielle du liquide, et transformation sébacée ou vitreuse du contenu du kyste. Mais même alors l'attente doit avoir ses limites, l'inexorable arrêt de la statistique doit être sans cesse présent à votre esprit.

Voilà pour l'opportunité de l'intervention ; quant à la méthode, voici ce que je compte faire demain chez notre malade.

Sans me préoccuper de l'absence d'adhérences, et sans rien faire pour en provoquer, je pratiquerai avec l'aspirateur de mon ami Dieulafoy une ponction, pour laquelle j'emploierai l'aiguille fine ; ce n'est point une ponction exploratrice que j'entends faire, c'est une ponction évacuante, par laquelle je me propose de vider le kyste aussi complètement que possible. Dès que cette évacuation sera effectuée, je prendrai, pour prévenir le développement d'une péritonite, l'ensemble des mesures que voici : La malade restera couchée dans le décubitus dorsal pendant trois jours ; durant le même temps, je ferai faire des applications permanentes de glace sur la région du foie et toute la partie sus-ombilicale droite de l'abdomen ; en outre, on exercera, au moyen d'un large bandage de corps, une légère compression, autant du moins qu'il sera possible de le faire sans gêner l'application de la glace, qui est ici l'agent principal, ne l'oubliez pas. Si au-