

brale. M. Trousseau fait constater aux assistants l'existence d'une fluctuation manifeste au niveau des espaces intercostaux. Cette fluctuation est produite par la percussion à l'aide du plessimètre et du marteau.

» L'abondance excessive de l'épanchement, au moins autant que l'état d'oppression de la malade, détermine M. Trousseau à faire pratiquer la paracentèse de la poitrine. Cette opération est aussitôt pratiquée par le chef de clinique, M. Peter. Elle fut très-émouvante, et, pour cette raison, mérite d'être racontée avec quelques détails.

» Après avoir préalablement incisé la peau à l'aide d'une lancette au niveau du cinquième espace intercostal et sur la ligne axillaire, l'opérateur fait pénétrer le trocart par une impulsion brusque et rapide. Le trocart étant retiré, il ne sort rien par la canule. On introduit alors par cette canule un stylet mousse, et aussitôt s'écoulent quelques gouttes d'un pus excessivement fétide.

» M. Trousseau, voyant la difficulté qu'éprouve le liquide à sortir de la poitrine, remplace la canule ordinaire par une autre très-grosse. Quelques cuillerées de pus s'échappent, puis l'écoulement s'arrête; le stylet mousse introduit de nouveau permet la sortie d'une substance gélatineuse, qu'on reconnaît être une hydatide flétrie. M. Trousseau diagnostique aussitôt la *perforation du diaphragme par rupture d'un kyste hydatique du foie*, et une pleurésie purulente consécutive. Néanmoins, en vue d'évacuer la poitrine et de soulager la malade, M. Trousseau adapte à la canule une seringue à double courant et fait sortir ainsi un peu plus d'un demi-litre de pus. Les hydatides qui oblitèrent à chaque instant la canule rendent cette manœuvre difficile et assez infructueuse, aussi est-on obligé de renoncer à l'évacuation complète de la poitrine.

» On retire la canule, on applique un morceau de diachylon sur la plaie, et la malade est abandonnée à elle-même. Dans la journée, il survient du délire, l'oppression augmente et la mort a lieu près de vingt-quatre heures après l'opération.

» *Autopsie.* — Le foie est énormément augmenté de volume; le lobe gauche a deux fois au moins le volume du droit.

» Dans le lobe droit, au niveau du bord postéro-supérieur, et faisant saillie du côté de la cavité de la plèvre et non du côté de la paroi abdominale, existe un kyste capable de loger le poing d'un adulte. Il est circonscrit du côté de la face péritonéale du diaphragme par des fausses membranes multiples, épaisses et de date évidemment très-ancienne. Les parois de ce kyste sont tapissées par une fausse membrane fibreuse en certains points, athéromateuse en d'autres, incrustée de substance calcaire dans la plus grande partie de son étendue. Le kyste est rempli de pus au milieu duquel nagent des hydatides flétries. On y distingue trois perforations :

» 1° Une de ces perforations s'ouvre *au-dessous du diaphragme*, et il

en résulte l'existence d'une cavité accidentelle située entre la face convexe du foie et la face inférieure du diaphragme, et circonscrite à la périphérie par des adhérences entre le foie et le diaphragme; 2° la deuxième perforation, dont l'orifice peut admettre l'index, communique avec le conduit hépatique, et par ce dernier *débouche dans le canal cholédoque*, lequel est très-dilaté et contient trois petites hydatides ratatinées et exactement moulées sur le conduit qu'elles oblitèrent; 3° la troisième perforation *s'ouvre dans la cavité de la plèvre*, à travers une perforation du diaphragme : elle présente un orifice inférieur capable d'admettre le petit doigt, et un orifice supérieur disposé en forme de fente allongée.

» Dans le lobe gauche se trouvent quatre abcès dont le plus volumineux a la grosseur d'une noix. Ils contiennent une matière d'aspect purulent et demi-concrète qui, examinée au microscope, se trouve être composée de globules purulents et de fibrine granuleuse.

» Les hydatides contenues dans le canal cholédoque étaient placées au point de confluence du conduit hépatique et du conduit cystique; il en résulte que celui-ci est très-dilaté. Quant à la vésicule de la bile, elle a plus que triplé de volume et contient un liquide biliaire d'un vert très-foncé et de consistance oléagineuse. Cette vésicule ne renferme pas d'hydatides.

» Il y a dans la cavité de la plèvre près de deux litres de liquide purulent contenant des hydatides et en tout semblable à celui qui a été extrait par la paracentèse. Évidemment le trocart a pénétré dans la cavité de la plèvre et non pas dans celle du kyste; la distance qui existe entre le kyste et la plaie faite à la poitrine par l'instrument démontre qu'il était matériellement impossible d'atteindre le kyste du foie avec la pointe du trocart. D'ailleurs la face diaphragmatique de la plèvre, ainsi que la base du poumon, sont tapissées par des fausses membranes tomenteuses, épaisses, formées de couches superposées, mais qui se laissent facilement déchirer et sont de date évidemment assez récente. Elles tapissent le poumon dans presque toute son étendue jusqu'au niveau de la fosse sous-épineuse en diminuant graduellement d'épaisseur.

» La rate est très-volumineuse et ne contient pas d'hydatides.

» Il n'y a rien à noter dans les autres organes. »

« Il est évident, dit à ce sujet M. Peter, que la malade a éprouvé, il y a trois ans, une première attaque de *colique hépatique*; qu'au début des accidents qui devaient se terminer par la mort, elle a encore souffert de véritables attaques de colique hépatique; il n'est pas moins évident que c'est au *passage successif des hydatides par les voies biliaires* que ces attaques de colique sont dues. Ainsi la communication du kyste avec les voies biliaires eut pour première conséquence de produire des attaques de colique hépatique, ce qui, sans être absolument rare, est

loin d'être fréquent¹; mais ces conséquences ne furent pas les seules. En effet : 1° de ce que le kyste communiquait avec le conduit hépatique et par celui-ci avec le canal cholédoque, il s'ensuivait que le kyste avait avec l'intestin grêle une communication indirecte; en conséquence, les hydatides pouvaient se frayer une issue à travers l'intestin, et ce pouvait être un mode d'évacuation et, par suite, de guérison du kyste²; 2° de ce que les voies biliaires étaient en communication permanente avec le kyste, il pouvait en résulter et il en était résulté une double conséquence, par rapport aux hydatides et par rapport au kyste qui les contenait :

» Par rapport aux hydatides, car celles-ci furent tuées, ainsi qu'il arrive habituellement³.

» Par rapport au kyste, la conséquence fut l'inflammation de ses parois⁴, inflammation qui devint suppurative et transforma le kyste en un vaste foyer purulent. C'est par suite de cette inflammation lente, sourde, mais continue néanmoins, et dont le début remontait vraisemblablement à l'époque des premiers accidents, que des adhérences s'établirent entre la face convexe du foie et le diaphragme par péritonite partielle; c'est par suite de cette même inflammation que le kyste se rompit successivement : 1° au-dessous du diaphragme, sans que le liquide purulent se répandit dans la cavité du péritoine, puisque des adhérences rattachaient le diaphragme à la face convexe du foie; 2° à travers le diaphragme dans la plèvre, par perforation successive des parois du kyste, du péritoine diaphragmatique, du diaphragme lui-même, et enfin de la plèvre diaphragmatique.

» Ainsi, le kyste s'était ouvert primitivement dans les voies biliaires, pendant la vie des hydatides, par le fait de l'accroissement de volume de celles-ci et pour le besoin de leur habitation; et il s'est ouvert consécutivement au-dessous du diaphragme et plus tard dans la plèvre par suite d'un travail de phlegmasie ulcéreuse, dont l'introduction de la bile dans son intérieur avait été la cause première.

» Ce n'est pas tout. Par suite de la communication du kyste hydatique avec l'intestin, les gaz intestinaux pouvaient pénétrer dans l'intérieur de ce kyste, et ainsi se trouve expliquée la fétidité presque stercorale du liquide qui s'écoula par la ponction de la poitrine. Cette fétidité fit immé-

1. Frerichs mentionne le fait en ces termes : « On observe alors des symptômes analogues à ceux qui accompagnent le passage des calculs biliaires à travers le canal cholédoque. » (Voy. *Traité pratique des maladies du foie*, troisième édition, Paris, 1877.)

2. Frerichs admet ce mode de guérison, *op. cit.*

3. Voyez Davaine, *Traité des entozoaires*, p. 478, et Frerichs, *op. cit.*

4. M. J. Cruveilhier, G. Budd, sont d'avis que l'introduction de la bile dans le kyste est pour celui-ci une cause d'inflammation. M. Davaine ne se prononce pas.

diatement dire à M. Trousseau que l'on avait affaire à un kyste du foie rompu dans la plèvre. Il aurait dû ajouter, dit-il plus tard, que ce kyste communiquait avec l'intestin. C'est là, fait observer M. Trousseau, un signe presque pathognomonique, et dont on devra tenir grand compte à l'avenir.

» On sait en effet, depuis les observations de M. Velpeau, que le contenu de toutes les collections purulentes situées dans le voisinage du canal digestif prend l'odeur stercorale; à plus forte raison, cette odeur existerait-elle lorsque le kyste communiquera par un canal accidentel et permanent avec le tube digestif.

» Il est à remarquer que, malgré la permanence de la lésion hépatique, cette malade eut néanmoins des accidents *périodiques* et *vespérins*, et qu'enfin elle eut des *épistaxis*; or, tous ces phénomènes ont été signalés par M. Monneret dans les affections du foie. »

A côté des kystes hydatiques du foie qui viennent d'être décrits, et qu'on observe le plus habituellement, on peut mentionner une forme beaucoup plus rare de ces kystes, désignée en Allemagne sous le nom de *tumeur à échinocoques multiloculaire*, et que M. J. Carrière, en France, propose d'appeler *tumeur hydatique alvéolaire*. Dans cette affection, les hydatides sont serrées les unes à côté des autres dans des alvéoles creusés au milieu d'un tissu fibreux ou stroma dur et consistant, au lieu d'être contenues dans un kyste; et il en résulte que les vésicules sont flétries, affaissées et repliées sur elles-mêmes au lieu d'être globuleuses comme dans les tumeurs hydatiques ordinaires du foie.

La tumeur hydatique alvéolaire suit une marche bien différente de celle des kystes hydatiques; elle tend à s'enflammer chroniquement, les parois alvéolaires subissent la transformation fibreuse, les hydatides une transformation régressive, grasseuse d'abord, et qui aboutit à une désagrégation des parties les plus anciennes; il en résulte la formation, dans l'épaisseur du foie, de cavités plus ou moins considérables, anfractueuses, à parois déchiquetées. Le siège primitif des hydatides paraît être dans un des systèmes de canaux biliaires ou sanguins du foie; sans qu'il y ait prédominance pour l'un d'eux.

Les symptômes diffèrent complètement aussi de ceux des kystes hydatiques ordinaires. Ainsi tantôt la maladie hépatique se caractérise par un ictère, tantôt par de l'ascite avec ou sans ictère. Ce symptôme se montre parfois dès le début, souvent avant toute douleur, et il est alors le symptôme prédominant; il y a en même temps de l'anorexie, de la dyspepsie et de la constipation. La douleur, qui peut manquer, dépend de la péritonite adhésive d'une part, et de la suppuration des cavernes hydatiques, d'autre part.

La région du foie présente une voussure plus ou moins prononcée; le lobe gauche de l'organe peut arriver jusqu'à la rate. On peut quelquefois

constater des bosselures d'une dureté considérable. Dans des cas très-rare, la cavité centrale est énorme et assez rapprochée de la paroi abdominale pour permettre d'y reconnaître un peu de fluctation.

Par suite de l'altération du sang par les éléments de la bile, il survient des hémorrhagies multiples, des épistaxis, des pétéchies; le sang se montre dans les selles et les vomissements; les moindres plaies saignent abondamment. Il en est ainsi dans ce cas comme dans les autres affections chroniques du foie. La faiblesse et l'apathie des premiers temps devient vers la fin la prostration la plus complète.

La tumeur hydatique alvéolaire du foie a été habituellement confondue avec le cancer gélatiniforme ou colloïde, et cliniquement la méprise est facile. C'est Virchow qui démontra le premier, anatomiquement, que le prétendu cancer colloïde alvéolaire du foie était une tumeur à échinocoques, et que les masses gélatineuses contenues dans les alvéoles n'étaient autres que des membranes d'hydatides affaissées et repliées sur elles-mêmes, ayant tous les caractères histologiques de ces parasites. Mais, suivant M. Carrière, dans le carcinome du foie, l'ictère est moins fréquent que dans l'hydatide alvéolaire, les bosselures sont plus saillantes, plus marquées, et ne présentent pas d'une façon aussi nette ces alternatives de dureté considérable et de fluctation. La rate est le plus souvent hypertrophiée dans la tumeur hydatique, et atrophiée dans le cancer. Les troubles digestifs surviennent dès le début dans le cancer, à une période très-avancée dans la tumeur hydatique. Enfin la durée de la maladie est beaucoup plus longue dans ce dernier cas.

Le foie amyloïde diffère de la tumeur hydatique par sa tuméfaction régulière avec augmentation de consistance. L'ictère est rare et n'a jamais l'intensité de celui qu'on observe dans le cas de tumeur hydatique. Enfin il y a des antécédents de carie, de syphilis, de tuberculisation.

Le foie syphilitique présente des bosselures et des dépressions plus marquées que celles de la tumeur hydatique alvéolaire, sans alternative de dureté et de fluctation; il n'entraîne pas l'amaigrissement considérable de l'affection hydatique. L'ictère est rare ou peu intense.

Le pronostic de la tumeur kystique alvéolaire est des plus graves, parce qu'il y a tendance à l'accroissement périphérique continu, avec destruction des parties centrales de la tumeur, et qu'on ne connaît aucun moyen d'arrêter les progrès de la tumeur ni de son ulcération¹. Cette forme de l'affection hydatique du foie est donc bien autrement redoutable que celle qui a fait le sujet de cette conférence, et sur laquelle la thérapeutique chirurgicale a au moins quelque prise. Ceci nous ramène à la question du *traitement*.

1. J. Carrière, *De la tumeur hydatique alvéolaire*, Paris, 1868. — J. Simon, *Pathologie du foie*, dans le *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. XV, 1872.

Quels sont les moyens à employer contre les kystes hydatiques du foie.

Si les applications narcotiques, les cataplasmes, les onctions opiacées et belladonnées sur la région affectée, peuvent être opposés aux douleurs violentes, aux phénomènes inflammatoires, la médecine est absolument impuissante, non-seulement pour guérir le mal, mais encore pour en retarder les progrès. Ici la chirurgie seule peut être d'un utile secours.

Le but est d'évacuer le kyste hydatique, de s'opposer à ce qu'il se forme de nouveau, de chercher par conséquent à détruire les vers vésiculaires, qui par leur accroissement et leur multiplication sont la cause du développement de la tumeur. Ces vers détruits, la poche qui les renferme revient sur elle-même et finit par disparaître.

Pour atteindre ce but, plusieurs *modes de traitement* s'offrent à l'esprit. En premier lieu, la *ponction simple*.

Cette ponction doit se faire dans le point où la tumeur hydatique est le plus saillante. Cependant, règle générale, on choisira la région hypochondriaque, et voici pourquoi. Dans cette région, l'instrument n'ayant à traverser que des parois abdominales peu épaisses, l'opération sera plus facile. De plus, on aura moins d'accidents à redouter, puisque le péritoine seul sera intéressé, tandis qu'en prenant pour précepte unique d'agir sur la partie la plus saillante de la tumeur, on aurait à redouter d'intéresser plusieurs organes très-importants. Je m'explique. Chez notre malade de la salle Sainte-Agnès, le kyste hydatique faisait saillie dans un espace intercostal. Or, dans des cas analogues, le trocart doit traverser la peau, le feuillet pariétal de la plèvre, le diaphragme, le péritoine. On a donc à redouter tout à la fois et la péritonite et la pleurésie consécutives.

La ponction simple, avec un trocart fin, est celle que l'on fait à titre de ponction exploratrice. Elle peut suffire seule pour amener la guérison définitive de l'affection, mais elle peut aussi devenir le point de départ d'accidents mortels. Quoique le fait soit exceptionnel, il s'est présenté; après une ponction exploratrice est survenue une péritonite, qui a enlevé le malade en quelques heures. Mon collègue M. Moissenet en a cité un exemple que vous ne devez pas perdre de vue¹. Ainsi, quand, dans votre pratique, vous serez appelés à faire cette ponction exploratrice, mettez-vous à couvert des éventualités; tout en rassurant les familles sur l'innocuité de cette opération, prévenez-les des conséquences qu'elle peut avoir quelquefois.

M. Boinet² a formulé certaines règles à l'aide desquelles on éviterait toujours l'introduction du liquide dans la cavité abdominale, introduction

1. Moissenet, *Sur la ponction avec le trocart capillaire, appliquée au traitement des kystes hydatiques du foie* (*Archives générales de médecine*, février 1859).

2. Boinet, *Traitement des tumeurs hydatiques du foie par les ponctions capillaires et par les ponctions suivies d'injections iodées*, Paris, 1859.

qui est la cause ordinaire de ces péritonites promptement mortelles. Lorsqu'on retire la canule du trocart, on refoule avec les doigts la paroi abdominale vers le kyste, de façon à ne laisser aucun espace libre entre celui-ci et celui-là. Cette compression doit être continuée quelques instants après l'opération, et maintenue les jours suivants à l'aide d'un bandage de corps et de compresses graduées.

Dans le mémoire auquel je faisais allusion tout à l'heure, M. Moissenet propose d'appliquer au traitement radical des kystes hydatiques cette ponction avec le trocart explorateur, qui jusque-là n'avait été employée que pour éclairer le diagnostic. Dans quelques cas qu'il rappelle, cette ponction exploratrice a amené la guérison définitive, cependant personne avant mon honorable collègue n'avait songé à tirer profit de ces observations. Ce moyen de traitement serait applicable aux cas où les kystes « ont une tendance bien manifeste à se porter au dehors, et lorsqu'ils gênent le libre exercice des organes au milieu ou dans le voisinage desquels ils se développent. Dans ces conditions, et même en l'absence d'adhérences aux parois abdominales, la ponction capillaire évacuatrice peut être appliquée d'emblée aux kystes acéphalocystiques, lorsque rien ne s'oppose à ce que ces kystes soient complètement évacués. Mais, lorsque l'état de faiblesse excessive du malade et le volume énorme de la tumeur font prévoir que l'évacuation ne pourra être faite que peu à peu, à diverses reprises, il faut (c'est toujours M. Moissenet qui parle), il faut avant tout chercher à produire des adhérences solides entre le kyste et les parois abdominales, tant pour pratiquer sans danger de péritonite la ponction capillaire, que pour être en mesure d'adopter plus tard telle autre méthode de traitement qui paraîtra plus convenable. » L'expérience ne s'est pas encore suffisamment prononcée en faveur de cette méthode de traitement, et je ne saurais partager l'avis de M. Moissenet, qui pense que cette ponction évacuatrice avec le trocart est moins dangereuse que la ponction exploratrice, car à côté des cas malheureux qu'on a opposés à celle-ci, combien d'autres ne pourrait-on pas citer où cette opération pratiquée, si journellement pour ainsi dire, n'a amené aucun accident.

Quant à la ponction évacuatrice faite à l'aide d'un trocart assez gros pour que sa canule livre tout à la fois passage au liquide, aux hydatides d'un assez petit volume, et aux débris hydatiques, personne ne conteste les dangers qu'elle entraîne après elle. Comme l'*incision simple*, cette opération est applicable tout au plus au cas où la tumeur, faisant saillie à l'extérieur, menace de s'ouvrir, et lorsqu'on est en droit d'espérer que des adhérences se sont établies entre cette tumeur et les parois abdominales. Si ces adhérences n'existent pas, il arrivera nécessairement que les liquides contenus dans le kyste s'épancheront dans la cavité péritonéale si l'ouverture a été pratiquée du côté du ventre, dans la cavité

pleurale si c'est la poitrine qui a été ponctionnée, et des inflammations presque fatalement et rapidement mortelles seront la conséquence de cet épanchement.

C'est pour prévenir cette redoutable complication que Jobert (de Lamballe) a imaginé de faire plusieurs *ponctions successives*, afin de diminuer graduellement le volume de la tumeur, de laisser au kyste le temps de revenir sur lui-même; ou mieux encore, après la ponction, de *laisser la canule en place* pendant vingt-quatre heures. Cette canule, qui traverse ainsi la paroi abdominale et le kyste, détermine en ses points de contact une phlegmasie qui tend à établir des adhérences entre le feuillet pariétal et le feuillet kystique du péritoine. En réalité, à l'aide de ce procédé, Jobert arrive par des moyens différents aux mêmes résultats que ceux que l'on obtient par les procédés de Bégin, de Récamier et par le mien.

Le procédé de Bégin¹, que j'ai déjà eu l'occasion de vous exposer dans nos conférences sur les coliques hépatiques, consiste à arriver sur la tumeur par des *incisions successives*. Dans un premier temps de l'opération, la peau, les muscles, sont seuls intéressés, de façon à arriver jusqu'à l'aponévrose, que l'on ouvre avec la plus grande précaution; le péritoine est lui-même incisé. Le kyste vient alors se présenter au fond de la plaie. Un pansement est fait et maintenu à l'aide d'un bandage bien serré, et l'on prescrit au malade de se mouvoir le moins possible. Quand l'inflammation des parties a déterminé des adhérences entre le kyste et les parois abdominales, on institue le second temps de l'opération en pénétrant dans la tumeur, soit avec un gros trocart, soit mieux encore avec le bistouri.

Je vous ai parlé, à la même occasion, du procédé de Récamier. S'il est moins rapide que celui de Bégin, il gagne en sécurité ce qu'il perd en rapidité. Le premier temps de l'opération, au lieu de se faire avec l'instrument tranchant, se fait avec les *caustiques*. Au niveau du point où le kyste doit être ouvert, on applique sur la peau, soit de la potasse, soit de la pâte de Vienne, soit le caustique de Filhos, en assez forte quantité pour produire une eschare d'une certaine dimension, qui intéresse au moins toute la profondeur du derme. Lorsque cette eschare est formée, on la fend et l'on introduit au fond de la plaie une nouvelle quantité de caustique; en procédant de la même façon pour cette nouvelle eschare, on arrive, par des cautérisations successives, jusqu'au péritoine que l'on a soin de respecter. Une inflammation s'empare de la membrane séreuse, et en tenant les parties serrées à l'aide d'un bandage, on met en contact la tumeur et les parois abdominales, de telle sorte que le feuillet du péritoine qui recouvre le kyste participant à l'inflammation du feuillet ab-

1. Bégin, *Mémoire sur l'ouverture des collections purulentes et autres, développées dans l'abdomen*, Paris, 1830.

dominal, des adhérences s'établissent entre ces deux feuillets, absolument comme cela se passait dans la méthode des ponctions avec la canule à demeure, et dans le procédé à incisions successives. On a donc alors la possibilité d'ouvrir le kyste, de le vider, sans craindre qu'il revienne sur lui-même, sans craindre, par conséquent, que les liquides qu'il contient s'épanchent dans la cavité du péritoine.

On a reproché au procédé de Récamier que les caustiques n'avaient pas toujours une action facile à limiter; on a dit qu'ils pouvaient occasionner des péritonites plus ou moins étendues, et même généralisées, et que, par opposition, ils manquaient quelquefois leur effet en ne produisant pas les adhérences. A ce reproche, on peut répondre en disant que dans les cas où les adhérences n'ont pas été produites, c'est que l'application des caustiques avait été mal faite, et qu'on n'était pas arrivé jusqu'au péritoine; qu'on n'avait pas eu soin de maintenir par une compression convenablement exercée les parois abdominales en contact avec la tumeur.

Vous m'avez vu employer une autre méthode par laquelle je me propose d'obtenir des adhérences entre le kyste et les parois du ventre au moyen de l'*acupuncture multiple*. Je vous ai rappelé comment je procédais; cette acupuncture me paraît offrir cet avantage, que l'inflammation qui l'accompagne est toujours circonscrite dans l'espace où elle est faite; de plus, les adhérences sont plus rapidement obtenues, puisqu'il n'est pas besoin, comme dans le procédé de Récamier, de détruire progressivement les différentes couches de la peau avant d'arriver au péritoine.

Lorsqu'un kyste hydatique a été ouvert, la suppuration s'en empare, et la décomposition des matières qu'il contient peut, en quelques cas, devenir le point de départ d'une infection putride ou purulente qui emporte le malade.

Pour prévenir ces accidents, on a imaginé de faire des injections dans la cavité de la poche ouverte, soit avec de l'eau pure, soit avec un liquide tel que l'alcool ou la teinture d'iode, destiné à modifier la surface du foyer.

Les *injections iodées*, appliquées pour la première fois dans le traitement des kystes hydatiques du foie par M. Boinet, ont été jusqu'ici celles qui ont donné les meilleurs résultats. Gardez-vous de croire pourtant que cette médication soit infaillible. Sans doute, on a à enregistrer un nombre assez imposant de guérisons, mais quelque méthodiquement qu'elle soit pratiquée, cette opération est encore très-hasardeuse.

Les injections doivent être faites tous les jours, et le mélange que l'on emploie contient : parties égales (50 grammes) de teinture d'iode pour autant d'eau distillée, additionnée d'une certaine quantité (4 grammes)

d'iodure de potassium. Si les symptômes d'iodisme viennent à se déclarer, on augmente la proportion d'eau distillée.

Lorsque les parois de la poche adventice sont peu épaisses, elles reviennent sur elles-mêmes, et le foyer finit par se fermer complètement; mais il n'en est plus ainsi lorsque ces parois sont trop épaisses.

Je ne dirai qu'un mot des injections de bile proposées dans ces derniers temps, et pratiquées pour la première fois en 1857, par M. le docteur Auguste Voisin. Avant de se prononcer sur cette méthode, il serait nécessaire d'avoir un plus grand nombre de faits à rapporter. D'ailleurs, s'il est aisé de comprendre les avantages de l'injection iodée, il est moins facile de se faire une idée de ceux que pourrait présenter l'injection faite avec la bile, quand on connaît surtout les terribles effets produits par le contact de la bile avec le péritoine et le tissu cellulaire sous-cutané.