

conditions importent : la précision du diagnostic, la précocité de l'intervention. En ce qui concerne le diagnostic, trois signes peuvent être considérés comme pathognomoniques : une sensation brusque de déchirure et une douleur épigastrique intense ; la disparition de la matité hépatique qui est remplacée par de la sonorité ; la contracture de défense des muscles de la paroi, surtout dans la zone épigastrique. La notion de symptômes antérieurs d'ulcère de l'estomac est importante ; la considération d'âge, ne l'est pas moins : c'est un adulte ; c'est, le plus souvent une jeune femme qui vient d'être prise de douleurs violentes au creux de l'estomac, qui a eu quelques vomissements, quelques hoquets, dont le pouls s'accélère et s'affaiblit, dont l'épigastre est très douloureux au palper, dont le ventre est induré par la contracture pariétale. Il faut intervenir dans la première journée : la vingtième heure est la limite de la période favorable.

CHAPITRE X

AFFECTIONS CHIRURGICALES DU FOIE

ARTICLE PREMIER

TRAUMATISMES DU FOIE

1° CONTUSIONS DU FOIE

Étiologie et anatomie pathologique. — Une chute, un choc violent, peuvent produire des ruptures du foie qui, tantôt s'accompagnent de la déchirure de la capsule, tantôt demeurent sous-capsulaires. — Dans ce dernier cas on observe deux types de lésions : 1° des foyers superficiels, sous la forme d'épanchements sanguins soulevant la capsule ; 2° des lésions profondes sous l'aspect de foyers hémorragiques interstitiels. — Les ruptures avec déchirure capsulaire présentent deux types : 1° tantôt des fissures linéaires ; 2° plus souvent des craquelures irrégulières, avec traits de rupture rayonnants, comparables aux craquelages de la porcelaine.

Comment évolue le processus de réparation de ces ruptures hépatiques ?

Il est absolument comparable au processus de cicatrisation du tissu conjonctif de la peau. De très bonne heure, c'est-à-dire dès le second jour, il se fait une émigration de leucocytes qui se répandent soit à la surface de la plaie hépatique, soit dans les interstices de la fibrine du caillot qui occupe cette plaie. Puis, au bout de cinq à six jours, la fibrine est envahie, dans la plus grande partie de son étendue, par des vaisseaux de nouvelle formation et par des cellules plasmatiques. Ce sont

ces cellules plasmatiques et les cellules endothéliales des vaisseaux qui sont les éléments actifs de la réparation hépatique : celle-ci aboutit à la formation d'une cicatrice fibreuse ; les cellules hépatiques paraissent n'y jouer aucun rôle.

Symptômes. — Un sujet est tombé d'un lieu élevé, sur la région de l'hypochondre droit, ou a reçu un violent choc sur la région hépatique, ordinairement coup de pied de cheval ou de timon de voiture. La paroi ne présente aucune altération appréciable, ou ne montre qu'une légère ecchymose. Dans les cas graves, les symptômes de la rupture hépatique sont marqués par les phénomènes du shock : facies pâle, collapsus cardiaque, pouls petit, extrémités refroidies.

Ce n'est que lorsque ces phénomènes de commotion abdominale se dissipent que les signes propres à la lésion hépatique se dessinent : douleurs profondes dans la région du foie, s'irradiant vers l'épaule droite, s'exagérant par les mouvements inspiratoires. Or, il est de toute importance thérapeutique que le diagnostic soit posé dès les premières heures : le péril est dans l'hémorragie, et le salut est dans l'hémostase de la rupture hépatique, si elle n'est point trop étendue, ou multiple, et si elle siège dans un point accessible de l'organe. C'est pourquoi, dans tous les cas où les circonstances de la chute, les signes d'une contusion locale, les symptômes d'une hémorragie interne abondante, avec collapsus progressif, et surtout, ce qui est un excellent indice clinique, la présence d'une contracture musculaire de défense dans la région hépatique, font pencher vers l'existence probable d'une contusion grave du foie, la laparotomie s'impose pour fixer le diagnostic et permettre de parer aux accidents.

Traitement. — Cette laparotomie sera tantôt médiane, tantôt latérale : dès l'ouverture du ventre, on voit le sang s'écouler de l'abdomen ; il faut l'éponger rapidement avec des compresses aseptiques, et explorer méthodiquement l'organe, en faisant basculer successivement ses deux faces. Le foyer de rupture une fois trouvé, on se comporte différemment suivant le cas. Si la déchirure est nette, et si les bords en peuvent être rapprochés, il faut en pratiquer la suture au catgut, en ayant

soin de charger sur l'aiguille courbe une bonne épaisseur de tissu hépatique à distance de la plaie. La ligature directe du point saignant est exceptionnelle. Si une portion de foie a été partiellement détachée, on peut achever sa séparation, en procédant à la ligature de la tranche, par des ligatures en chaînes suivant les procédés de Kousnetzoff ou d'Auvray ; la suture

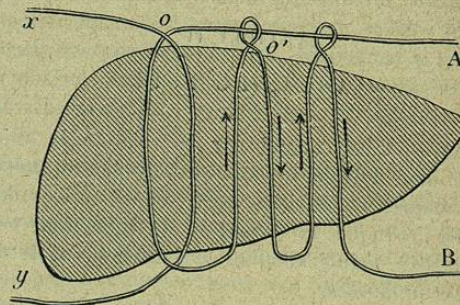


Fig. 163.

Suture du foie (AUVRAY et TERRIER).

d'Auvray n'est autre que le point de la machine à coudre, un chef du fil allant et venant à travers du foie, tandis que l'autre l'arrête à chaque trajet. Dans le plus grand nombre des cas, on se borne à faire un tamponnement serré à la gaze.

2° PLAIES DU FOIE

Les plaies par armes à feu sont les plus fréquentes. Les projectiles de guerre, à grande vitesse, créent souvent dans l'organe un trajet complet avec orifice d'entrée et orifice de sortie ; ce trajet est ordinairement compliqué par des éclatements fissuraires, par l'existence de corps étrangers entraînés (morceaux de vêtements, fragments de côtes) d'où résultent des infections secondaires persistantes. — Lorsque la plaie est aseptique, la réparation se fait suivant un mode anatomique analogue à celui des lésions fermées ; lorsque la plaie est infectée, des

accidents se déclarent qui aboutissent à une suppuration hépatique. — Le traitement comporte ici deux indications : 1° réaliser l'hémostase, après incision large de la paroi, par la suture, la ligature en chaîne ou le tamponnement; 2° débarrasser la plaie des corps étrangers qui ont pu être entraînés.

ARTICLE II

ABCÈS DU FOIE

Étiologie. — C'est surtout par la voie de la veine porte qu'arrivent, dans le foie, les microbes pyogènes (streptocoques ou staphylocoques, colibacilles, peut-être les amibes du colon), capables d'y provoquer la formation de collections purulentes et c'est l'intestin, principalement, qui est le point de départ de ces hépatites suppurées.

Or, parmi toutes ces infections d'origine intestinale, par la voie porte, la dysenterie est la cause prédominante des abcès hépatiques. Partout où existe l'abcès tropical, existe aussi la dysenterie : cette loi de relation étiologique a été prouvée par ANNESLEY, par ROUIS, par DUTROULAU, par KELSCH et KIENER. Mais la dysenterie des pays chauds n'a point le monopole de l'hépatite suppurée. Il faut savoir qu'il existe des abcès hépatiques dans la dysenterie de nos pays; qu'il n'est même pas nécessaire qu'une dysenterie typique se soit manifestée et que la suppuration du foie s'observe comme complication plus fréquente que les classiques ne l'indiquent, à la suite de simples infections colibacillaires de l'intestin grêle et du gros intestin. Plus l'attention des praticiens sera dirigée sur ce point, plus cette vérité se confirmera : nous en avons observé plusieurs exemples.

Les lésions septiques du système veineux ano-rectal (hémorroïdes infectées, ablation de cancers du rectum), de l'appendice, du cæcum peuvent se compliquer aussi de phlébites de la veine porte et d'hépatite suppurée par embolie septique.

Mais la voie porte n'est point la seule. Les microbes pyogènes peuvent, plus rarement, arriver au parenchyme hépatique par

l'intermédiaire de la grande circulation ou par les voies biliaires. — Jadis, alors que la pyohémie sévissait dans les services de chirurgie, on voyait très souvent les fractures compliquées, les plaies des articulations, les plaies de tête, les otites moyennes provoquer l'infection purulente avec abcès métastatique dans le foie, se traduisant par de la douleur dans l'hypochondre et dans l'épaule droite, par de la tuméfaction de l'organe, par la teinte subictérique : les foyers infectieux étaient le point de départ d'embolies microbiennes qui, traversant le réseau de la petite circulation, arrivaient dans la circulation artérielle et étaient lancées dans le rein et le foie où elles formaient des infarctus.

L'infection peut arriver au foie en remontant le système biliaire : issue du duodénum, elle est portée dans le parenchyme de l'organe, par voie ascendante, et cette ascension est favorisée par la stagnation de la bile : les colibacilles remontent le cholédoque et déterminent des angio-cholites avec formation d'abcès angio-cholitiques.

Anatomie pathologique. — L'abcès dysentérique est ordinairement unique et volumineux : sa contenance moyenne est de 800 à 1.000 grammes; mais nous en avons opéré qui contenaient plus de trois litres; dans ces cas, le foie est évidé, réduit à une coque périphérique.

Ordinairement la cavité de l'abcès est anfractueuse, donnant à la main qui l'explore une sensation particulière, tomenteuse, veloutée, effilochée, ce qui tient aux fragments hépatiques en voie d'élimination, aux parties flottantes qui adhèrent encore par quelques tractus. Le pus hépatique présente une teinte rougeâtre, lie de vin, chocolat clair; il est peu fluide et offre de nombreux débris hépatiques nécrosés. — Un fait est curieux : le pus des abcès du foie est ordinairement stérile; et l'on s'accorde à penser que cette stérilité est secondaire et tardive, les microbes disparaissant à mesure que la collection purulente avance en âge. Très souvent, la collection hépatique se complique d'un abcès pleural, au pus épais, crémeux, verdâtre. Ces deux loges forment un bissac, dont la portion étranglée passe à travers le diaphragme.

Par opposition à ce grand abcès dysentérique, les abcès angio-cholitiques, les abcès pyoémiques, l'abcès appendiculaire forment ordinairement de petites collections multiples, parfois

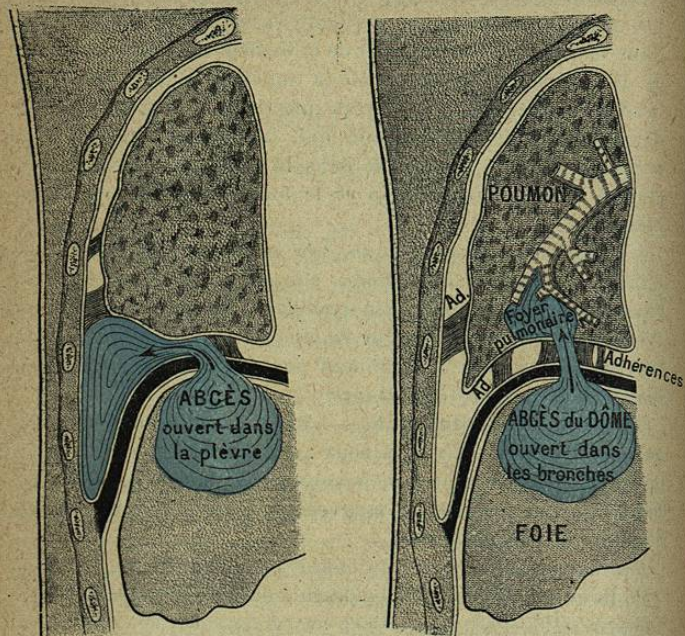


Fig. 166.

Schéma montrant les migrations sus-diaphragmatiques d'un abcès du foie.

assez nombreuses pour que leur fusion prenne un aspect aréolaire.

Abandonné à lui-même, un abcès du foie gagne les régions périhépatiques suivant divers trajets. Ces migrations sont : 1° les unes, sus-diaphragmatiques; 2° les autres, sous-diaphragmatiques. — Quant un abcès évolue en haut vers le diaphragme, il gagne le cul-de-sac costo-diaphragmatique droit et déter-

mine une collection pleurale enkystée, qui communique avec le foyer purulent intrahépatique par un trajet irrégulier trans-diaphragmatique; le pus peut se frayer un passage à travers les poumons par les bronches comme BERTRAND, FONTAN et nous

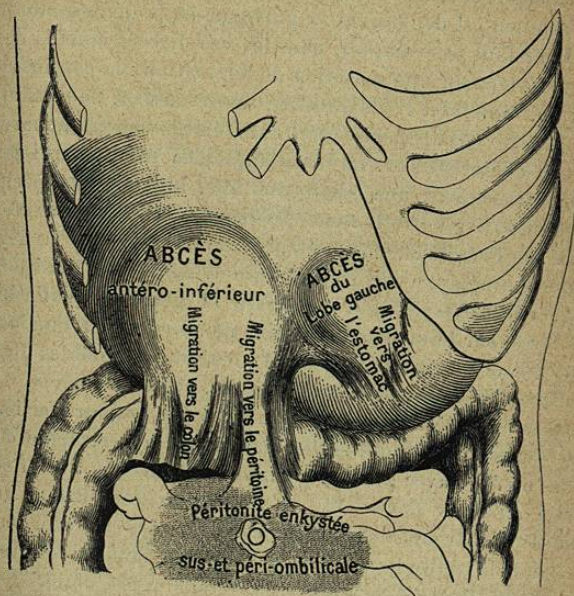


Fig. 167.

Schéma montrant les diverses migrations sous-diaphragmatiques des abcès du foie.

même l'avons noté. — Au-dessous du diaphragme, le pus migre vers le péritoine, vers l'estomac (ce qui est surtout le cas des abcès du lobe gauche), vers le colon transverse (ce qui s'observe principalement pour les abcès du lobe droit), vers le duodénum ou l'intestin grêle, vers la paroi abdominale antérieure à la faveur d'une péritonite adhésive.

Symptomatologie. — Un dysentérique, un diarrhéique

chronique, dans les colonies ou dans nos climats, présente une douleur fixe à l'hypochondre, avec irradiations caractéristiques dans l'épaule droite, douleurs exaspérées par la pression, gênant l'inspiration. L'examen du foie fait constater que l'organe déborde les fausses côtes.

Cet examen est douloureux et provoque de la défense musculaire. Il ne faut pas compter, dans les cas d'abcès enfouis dans le parenchyme, sur une sensation de fluctuation : la consistance est ferme, rénitente. Il est possible, assez souvent, de constater une voussure de l'hypochondre avec élargissement apparent des espaces intercostaux. La main appliquée sur la paroi perçoit un froissement, une crépitation fine, indice de la péritonite périhépatique (frottement périhépatique de BERTRAND et FONTAN). — Parallèlement à ces phénomènes locaux, la fièvre s'allume ou s'aggrave : le tracé fébrile dessine une rémittente rebelle, avec exaspération vespérale et grandes oscillations irrégulières, sur lesquelles la quinine ne mord pas. L'amaigrissement fait des progrès rapides : il s'établit des troubles digestifs progressifs, avec pâleur subictérique, et cachexie.

Le diagnostic de l'abcès du foie n'est point toujours facile. Il est des formes frustes qui se limitent à une hypertrophie douloureuse du foie, avec point douloureux scapulaire, avec fièvre modérée ou sans fièvre, et où l'attention est surtout attirée du côté des troubles dyspeptiques. Il y a des cas, où l'amaigrissement, la petite toux sèche et quinteuse, la pleurésie droite concomitante égarent le diagnostic vers la tuberculose. Il est enfin des hépatites latentes où l'état général se maintient satisfaisant malgré la présence d'un abcès hépatique.

Traitement — Aussi la ponction exploratrice du foie, avec les fins trocarts de Potain, s'impose-t-elle dès qu'on soupçonne une hépatite suppurée. C'est la règle de Little. Le pus une fois découvert, il faut ouvrir l'abcès. L'opération de Little consiste dans une incision en un coup, le bistouri étant conduit sur l'aiguille exploratrice, généralement dans un espace intercostal. Au lieu de cette incision d'emblée, on peut procéder préalablement à une fixation première de la séreuse péritonéale. FONTAN et nous-même employons le curetage de la paroi de l'abcès

qui la débarrasse des détritits hépatiques. Deux gros tubes drainent la cavité.

ARTICLE III

LITHIASSE ET INFECTION DES VOIES BILIAIRES

L'étude de la lithiasse et des infections biliaires appartient à la médecine. La chirurgie n'intervient que quand la thérapeutique médicale est impuissante contre ces deux faits : 1° l'obstruction permanente des voies biliaires; 2° leur infection grave accessible à l'action chirurgicale. — Le chirurgien a à traiter l'affection calculuse et l'infection biliaire, dans les deux localisations suivantes : 1° dans la vésicule; 2° dans les grands conduits excréteurs biliaires, le cystique, l'hépatique et le cholédoque.

1° LITHIASSE DE LA VÉSICULE. CHOLÉCYSTITE CALCULEUSE.

Étiologie. — C'est dans la vésicule que se forment, que séjournent et s'accroissent généralement les calculs : la lithiasse intra-hépatique est très rare et les calculs des canaux hépatiques, cystique et cholédoque sont des concrétions migratrices venues de la vésicule.

Ce qui constitue la gravité de la lithiasse vésiculaire, c'est l'infection secondaire de cette cavité. Cette infection est favorisée par la stagnation biliaire; ainsi se crée la *cholécystite calculuse*. — La lésion caractéristique de cette inflammation chronique de la vésicule calculuse, c'est la sclérose de la paroi : la vésicule, aux parois indurées, s'atrophie, en une sorte de coque fibreuse, moulée et appliquée à sec sur les calculs qu'elle contient, ou bien contenant, avec des calculs libres en nombre variable, de la bile altérée et du mucus. Cette *atrophie scléreuse* de la vésicule calculuse est assez fréquente pour devenir un caractère essentiel : C'est le signe de Courvoisier et de Terrier.

Cette sclérose vésiculaire se propage excentriquement, déterminant de la péri-cholécystite fibreuse, de la péri-hépatite, avec adhérences en nappe, fixant au foie le colon, l'estomac. le duodénum.

Une autre forme chirurgicale s'observe : c'est l'*hydropisie de la vésicule*. Un calcul migrateur s'arrête en un point du canal cystique et l'oblitére : si cette oblitération ne se complique pas d'infection, il se produit une hypersécrétion liquide des glandes de la muqueuse qui distend la vésicule; les pigments biliaires sont peu à peu résorbés et la vésicule hydro-pique peut atteindre un volume considérable. — Dans quelques cas cette hydropisie vésiculaire aboutit à la suppuration par infection secondaire, c'est alors l'*empyème* de la vésicule.

Symptômes et diagnostic. — Un malade a eu antérieurement des coliques hépatiques : elles correspondent à l'expulsion, à travers le cystique perméable, de petits calculs venus de la vésicule. Actuellement, il éprouve une sensation de plénitude, de tension dans l'hypochondre droit, qui s'accroît par la fatigue, par la course, par le travail de la digestion.

On trouve, au-dessous des fausses côtes droites, une tumeur, variable suivant les cas : cette tumeur est très nette, quand il s'est formé, par oblitération du cystique, une hydropisie de la vésicule, palpable sous la forme d'une saillie en poire, dont la grosse extrémité regarde en bas, et déborde le foie, tumeur rénitente, qui suit les mouvements respiratoires, qui est immobile dans le sens vertical, assez souvent mobile dans le sens transversal, et dont la matité se continue avec celle du foie.

Au contraire, dans le cas fréquent de vésicule non distendue, de cholécystite atrophique et scléreuse, la palpation ne perçoit pas une tumeur vésiculaire, à contours nets. On trouve, sur le bord inférieur du foie, une zone douloureuse, empâtée, mal limitée : c'est de la péri-cholécystite fibreuse, avec magma d'adhérences périvésiculaires, encapsulant une petite vésicule scléreuse.

Les cas chroniques de tumeurs vésiculaires prêtent à des erreurs de diagnostic assez fréquentes, tantôt par le volume considérable de la tumeur, tantôt par ses rapports anormaux.

On peut confondre une vésicule tuméfiée avec un kyste hydatique du foie, avec un cancer de la vésicule, avec une tumeur du pylore ou de l'angle colique droit, avec un rein mobile, une pyonéphrose. — Il faut tenir en attentive considération les caractères suivants : accès de coliques hépatiques, ordinairement sans ictère, ayant précédé le développement de la tumeur; forme de cette tumeur à convexité libre en bas, avec matité continuant la matité hépatique; tumeur ne restant pas dans la profondeur lorsqu'on la refoule vers le foie, vers la fosse lombaire (contrairement au rein mobile); tumeur n'ayant pas de contact lombaire et ne donnant pas la sensation du ballotement rénal; tumeur immobile dans le sens vertical.

Traitement. — On peut choisir entre ces deux méthodes : 1° la *cholécystostomie*, opération vulgarisée par LAWSON TAIT, qui consiste, après avoir ouvert et évacué la vésicule biliaire, à suturer les lèvres de l'incision à la paroi abdominale pour établir une fistule biliaire; 2° la *cholécystectomie*, opération créée par LANGENBUCH, en 1882, qui extirpe la vésicule.

Dans le cas où, avec la lithiase, coexistent des phénomènes d'infection, révélés par les accès fébriles, il est indiqué de pratiquer la cholécystostomie qui, en opérant le drainage de la vésicule, réalise sa désinfection. La cholécystectomie, est plus avantageuse, puisque selon le mot de LANGENBUCH, elle supprime du même coup le mal et son siège de production (les pierres et la carrière); mais elle a pour condition l'absence de phénomènes infectieux aigus et graves et elle rencontre de sérieuses difficultés d'exécution quand il s'agit d'une vésicule scléreuse, rapetissée, enfouie dans des adhérences étendues.

2° LITHIASIE AVEC OBSTRUCTION DU CHOLÉDOQUE

Dans le cholédoque peuvent s'arrêter les calculs venus de la vésicule ou des voies biliaires supérieures.

De cette imperméabilité du conduit résulte la *rétenion biliaire*, caractérisée par son syndrome : 1° ictère intense et persistant, ictère progressivement accentué jusqu'aux teintes vertes, vert olive, vert bronze; 2° décoloration des selles, argi-

leuses, grisâtres; 3° urines chargées de matière biliaire, acajou, présentant la réaction de Gmelin.

Toutefois, la rétention biliaire complète n'est point constante, chez les sujets atteints d'obstruction cholédocienne. L'ictère calculeux varie dans son intensité. Il peut arriver que la bile finisse par filtrer entre le calcul et la paroi dilatée : l'ictère ne se montre alors que par intermittence, quand des poussées de cholécite et d'angiocholite déterminent la formation de bouchons muqueux complétant l'oblitération.

La stagnation biliaire fait subir à la cellule hépatique de graves altérations. L'insuffisance hépatique se dessine : les urines sont pauvres en urée et montrent de l'urobiline, ce qui est d'un pronostic grave; l'épreuve de la glycosurie alimentaire est positive; le prurigo est fréquent; la fièvre est irrégulière, par poussées brèves à 40° parfois; la tendance aux hémorragies, par le nez, l'estomac, les intestins, est un signe remarquable de cette cholémie; l'anorexie est complète, l'amaigrissement est d'autant plus rapide que, comme l'ont établi les travaux de MAYO ROBSON, de QUÉNU et DUVAL, les pancréatites sont une complication fréquente dans la lithiase du cholédoque; l'intoxication biliaire, la dénutrition et l'infection se combinent pour amener une terminaison fatale.

Le diagnostic comporte une difficulté souvent insoluble cliniquement et que la laparotomie exploratrice seule peut alors trancher : s'agit-il d'une obstruction du cholédoque par un calcul, ou d'une occlusion par une tumeur cancéreuse du pancréas ou de l'ampoule de Vater? — Un signe est à considérer : celui de Courvoisier-Terrier. Dans le cas d'une obstruction lithiasique, la vésicule est ordinairement atrophiée; dans le cas d'une obstruction cancéreuse, elle est dilatée, volumineuse, formant une tumeur à contours nets, qui coïncide avec l'ictère olivâtre de la rétention. Mais cette loi n'est pas absolue : la lithiase peut exister avec des vésicules tendues et pleines de liquide. On peut dire, cependant, que lorsqu'il s'agit d'occlusion calculeuse, la vésicule est ordinairement difficile à palper, l'ictère et la décoloration des selles offrent des variations, (cette *variabilité de l'ictère* est le signe différentiel le plus sûr), la fièvre

existe avec des intermittences, et le passé du malade révèle des coliques hépatiques antécédentes. La localisation de la douleur est peu significative, pour trancher la question du siège dans le pancréas ou le cholédoque : on peut dire simplement que, chez un certain nombre de lithiasiques, on trouve un point douloureux en dedans et au dessous du *point vésiculaire*, dans la *zone pancréatico-cholédocienne* de Chauffard.

Traitement. — Le traitement comporte trois moyens d'action : 1° la *cholécystostomie*, qui n'est qu'un palliatif insuffisant, parant momentanément à la rétention et à la résorption biliaire, et qui trouve sa seule indication dans l'existence de phénomènes infectieux concomitants, que le drainage de la vésicule peut supprimer; 2° la *cholécystentérostomie* qui consiste à anastomoser la vésicule biliaire avec un segment de l'intestin grêle, opération palliative qui ne s'applique qu'à l'obstruction cancéreuse du cholédoque; 3° enfin la *cholédochotomie*, qui consiste à désobstruer directement le cholédoque, après incision du canal au niveau de l'obstacle, ce qui est l'intervention de choix. La *cholédochotomie* comprend les temps suivants : incision, en dehors de bord externe du droit, soit en tracé rectiligne, soit selon la baïonnette de KEHR; foie relevé par une valve large; malade placé en hyperextension; exploration de la vésicule, de l'hiatus de VINSLOW où pénètre l'index gauche, qui soulève le pédicule du foie, et immobilise le calcul, sur lequel on incise le cholédoque, quand la pierre siège ou peut être amenée à la portion sus-duodénale du canal; si le calcul occupe la portion pancréatique, l'aborder en mobilisant le duodénum, après incision du péritoine sur son côté externe (procédé de KOCHER et de VAUTRIN), ou bien en incisant la paroi duodénale (cholédochotomie intra-duodénale de MAC-BURNEY; s'abstenir de suturer le cholédoque, comme y insiste QUÉNU, le drainer systématiquement, ce qui est une condition de sécurité.