

Il vaut mieux ouvrir largement le foyer. La méthode de Récamier, — ouverture après application de caustiques destinés à créer des adhérences entre les feuillettes pariétal et viscéral du péritoine, — pourrait trouver ici son application.

La pratique des chirurgiens anglais dans l'Inde (Stromeyer, Litle et Ayme) a fait voir que ces précautions mêmes étaient superflues.

L'incision franche de la paroi abdominale et l'ouverture de l'abcès, sans autre précaution que l'application des procédés antiseptiques avant, pendant et après l'opération, suffit parfaitement. Les opérateurs, après avoir découvert, au moyen du trocart, le siège exact de la collection, enfoncent hardiment un bistouri le long de ce trocart qui sert de guide, et sectionnant ensuite d'un seul coup toutes les couches qui séparent le pus de l'extérieur, dans une étendue d'au moins 5 à 6 centimètres. Cette conduite est du reste imitée de celle des nègres du Soudan, qui avaient depuis longtemps l'habitude d'ouvrir directement les abcès du foie.

Les résultats fournis par large ouverture ont en quelque sorte transformé le pronostic des abcès du foie. Sur 22 faits relevés par Mabboux (*Revue de chirurgie*, 1887), il n'y a eu que deux morts. — Les malades guérissent dans un espace de temps qui varie de trois à six semaines.

L'absence de tout accident péritonitique après ces incisions semble s'expliquer, ainsi que je l'ai montré, par la stérilité habituelle des gros abcès du foie.

Cependant il est raisonnable lorsqu'on n'a pas pu examiner à loisir le pus extrait d'un abcès de foie par une ponction capillaire, de le tenir pour suspect et de procéder à l'ouverture de la collection en faisant la laparotomie couche par couche, à la façon ordinaire. On évitera aussi de la sorte la lésion, possible dans quelques cas, de la vésicule biliaire, de l'épiploon ou de l'intestin (Segond).

## CHAPITRE II

### KYSTES HYDATIQUES DU FOIE

Nous ne décrirons, dans ce chapitre, que les points chirurgicaux les plus intéressants de l'histoire des kystes hydatiques ordinaires du foie, et nous laisserons complètement de côté cette variété rare de

kystes hydatiques, dits *kystes hydatiques alvéolaires*, dont on n'a rencontré jusqu'ici qu'un très petit nombre d'exemples.

**Étiologie.** — Les kystes hydatiques du foie sont particulièrement fréquents en Islande : les statistiques de Finçen nous donnent la proportion énorme de 1 cas pour 45 habitants. Si l'on réfléchit au nombre considérable de chiens qui existent dans ce pays, 20 000 pour 70 000 âmes, en retiendra ce premier fait capital en étiologie : *l'influence de la cohabitation avec les chiens*, sur laquelle beaucoup d'observateurs ont insisté. L'affection est plus fréquente dans l'intérieur de l'île que sur les bords.

Les kystes hydatiques sont rares aux États-Unis, en Égypte, dans les Indes. On les observe assez rarement aussi en France, plus fréquemment en Allemagne et en Angleterre. Dans ce dernier pays, les pauvres y sont plus sujets que les riches.

Les kystes hydatiques se développent surtout de 20 à 40 ans, plus souvent chez les femmes que chez les hommes, 120 femmes pour 56 hommes, statistique de Finçen. La vie sédentaire, le rôle intérieur de la femme qui la mettent plus en rapport avec les animaux domestiques, rendent compte de ces différences.

**Anatomie pathologique. — Formation du kyste hydatique.** — Rappelons en quelques mots la filiation pathologique d'un kyste hydatique. Les œufs du *tœnia echinococcus* du chien, mis en liberté au voisinage de végétaux, sont ingérés par l'homme avec ces végétaux eux-mêmes. Leur paroi épaisse se dissout au contact des sucs digestifs, et l'embryon hexacanth renfermé dans l'œuf se trouve ainsi mis en liberté. Les petites dimensions de ce protoscolex du *tœnia echinococcus* lui permettent de cheminer sans doute en suivant les radicules de la veine porte et d'être ainsi transporté jusque dans le parenchyme hépatique où il se fixe; il s'entoure d'une paroi externe, le *kyste est constitué*. L'irritation produite par ce corps étranger dans le tissu du foie amène la formation d'une membrane conjonctive, fibroïde, peu adhérente à la paroi du kyste, *membrane adventive*.

La paroi propre est formée de deux couches : une extérieure *sécrétée*, une interne *germinative, fertile*.

Elle se présente avec des caractères très particuliers; elle est blanche comme de l'albumine cuite et semble formée de plusieurs couches stratifiées comme les feuillettes d'un livre. Ces couches sont

amorphes, non vasculaires ; aucun élément figuré n'entre dans leur texture.

De la face interne granuleuse se détachent des vésicules filles, poches hydatiques transparentes, d'abord sessiles, puis pédiculées, puis enfin libres dans la cavité du kyste. Ces vésicules filles peuvent être *acéphalocystes*, ou bien ce sont de vrais échinocoques avec une tête, des ventouses et des crochets.

Le kyste est rempli par un liquide transparent comme de l'eau de roche, dans lequel nagent les poches hydatiques et leurs débris, crochets, etc. Ce liquide est dépourvu d'albumine tant que les hydatides sont vivantes ; lorsqu'elles meurent, le liquide devient albumineux.

Il ne se présente pas d'ailleurs toujours avec ces caractères simples, primitifs, et offre des modifications nombreuses, allant jusqu'à la coagulation, l'aspect gélatineux, la transformation calcaire ; l'épanchement d'une quantité variable de sang, la transformation graisseuse, caséuse ou purulente, ont été observées, tandis que les parois s'infiltrent de sels calcaires et semblent même s'ossifier.

Les kystes hydatiques du foie sont généralement uniques ; leur volume varie beaucoup, depuis le volume du poing jusqu'à la dimension d'une tête adulte ; on en a vu qui allaient de la troisième côte à la crête iliaque. La tumeur est assez régulièrement sphérique au début, plus ou moins allongée ou déformée plus tard ; tantôt elle siège à la face convexe, se développant du côté de la plèvre, plus souvent peut-être elle occupe la face inférieure avec développement du côté de la cavité péritonéale. Cette disposition est de la plus haute importance à connaître au point de vue de l'intervention chirurgicale. On peut même aller plus loin et distinguer quatre types principaux :

1° Des kystes antéro-supérieurs, qui proéminent dans la région de l'hypochondre ;

2° Des kystes antéro-inférieurs, quelquefois pédiculés, descendant dans l'abdomen et qui ont pu être confondus avec des kystes ovariens ;

3° Des kystes postéro-supérieurs proéminent en arrière vers la cavité thoracique en soulevant le diaphragme. On en a vu remonter jusqu'aux parties les plus élevées du thorax ;

4° Les kystes postéro-inférieurs qui cheminent surtout vers la région lombaire (Villaret, *Soc., méd. de Berlin*, 1886).

Les viscères voisins dans tous les cas sont plus ou moins comprimés ; le kyste peut y adhérer ; il peut même s'ouvrir dans leurs cavités : nous étudierons ces ouvertures à propos des symptômes.

**Symptômes.** — Certains kystes hydatiques persistent toute la vie sans donner lieu à aucun symptôme appréciable ; on ne les découvre que par hasard à l'autopsie.

Parfois, après un début silencieux, on est amené par quelques signes à soupçonner la présence d'un kyste hydatique dans le foie, tels sont : la *douleur dans l'épaule droite*, surtout marquée lorsque le kyste occupe la face convexe du foie, le *dégoût des matières grasses* (Dieulafoy), l'apparition répétée *d'éruptions d'urticaire* même en dehors de toute ponction, enfin l'existence d'une *pleurésie secondaire sèche* ou avec épanchement, comme on en voit souvent à la suite d'un certain nombre de tumeurs du foie, de la rate ou du rein.

À côté de ces symptômes, il convient de placer des *troubles digestifs mal définis*, dyspepsie, inégalités d'appétit, etc., puis des troubles plus directement liés à l'affection hépatique ; sensations de tiraillement, de pesanteur dans l'hypochondre droit, et le creux épigastrique.

Trousseau et Davaine signalent encore de la tendance aux hémorragies : épitaxis, ménorrhagies, et même à la gangrène ; ce sont des faits rares ; il faut être prévenu de leur possibilité. Le plus souvent le malade ne vient consulter que lorsque la tumeur existe.

On constate alors une *saillie* plus ou moins volumineuse, qui s'élève et s'abaisse avec le diaphragme dans les *mouvements respiratoires*.

Cette tumeur tantôt saillante au creux épigastrique, tantôt déformant l'hypochondre droit ou les derniers espaces intercostaux, tantôt enfin, présentant des formes anormales, d'ailleurs extrêmement variées, est lisse, uniforme, résistante, indolore en général. Généralement il y a plutôt *voussure* que *tumeur*.

La percussion donne une matité complète qui se continue sans interruption en général avec celle du foie et se prolonge dans certains cas jusqu'à celle de la rate.

Elle fournit exceptionnellement un signe particulier : *le frémissement hydatique* dû au choc des vésicules entre elles.

L'ascite et l'ictère s'observent rarement dans les kystes hydatiques

ordinaires à moins de complications : compression de la veine porte, des canaux biliaires. — La circulation des veines portes accessoires, peut se développer et devenir visible dans la paroi abdominale.

Après un temps assez long, le kyste proémine généralement davantage; il tend à s'ouvrir, et des symptômes particuliers viennent s'ajouter aux précédents ou même les modifier profondément.

Les kystes de la face convexe du foie se portent naturellement vers le *thorax* et s'y ouvrent 59 fois sur 81 (Frerichs, Davaine) soit dans la cavité pleurale (assez rare), soit directement dans les bronches. Ainsi se produit une vomique séro-purulente dans laquelle on retrouve les débris des poches hydatiques. — La fistule bronchique qui est la conséquence de cet état, peut amener la guérison; mais on voit survenir assez souvent de la gangrène pulmonaire, des hémoptysies, etc.

A peu près aussi souvent, 41 fois sur 81, on observe l'*ouverture abdominale*. — L'ouverture dans l'estomac et l'intestin (52 fois), est précédée de la formation d'adhérences quelquefois insuffisantes; une vive douleur indique la rupture du kyste qui se vide dans le tube digestif. La guérison survient fréquemment, 27 fois sur 52 (Letourneur), lorsque le contenu du kyste passe dans l'intestin; par contre l'ouverture stomacale, rare d'ailleurs, est presque toujours très grave. L'examen des vomissements et des selles permettra de reconnaître les débris hydatiques. 10 fois sur 41 ouvertures abdominales, le kyste hydatique envahit la cavité péritonéale: cette rupture ne donne pas toujours lieu à une péritonite mortelle; on a cité un certain nombre de guérisons; mais alors le contenu du kyste n'était pas modifié; il se présentait avec sa limpidité habituelle. La péritonite suraiguë serait la conséquence de la rupture d'un kyste suppuré. — Le déversement dans le péritoine d'un kyste à contenu limpide non altéré a provoqué dans quelques cas des éruptions *ortieuses* de même nature que celles qui ont été déjà rapportées. (Dieulafoy.)

Dans un certain nombre de cas, à la suite de l'usure de quelque vaisseau biliaire, la bile s'épanche dans l'intérieur du kyste; c'est généralement un heureux accident: les hydatides meurent rapidement, le contenu du kyste se transforme, et la guérison peut être obtenue. L'ouverture des canaux biliaires est-elle assez considérable? On peut voir des poches hydatiques ou des débris de même nature s'engager dans des conduits et produire de véritables coliques hépa-

tiques: on a encore observé la compression de gros canaux biliaires et l'ictère chronique par rétention avec ses graves conséquences.

Exceptionnellement on a vu des kystes hydatiques s'ouvrir dans le péricarde, la veine cave; l'ouverture spontanée à travers la paroi abdominale n'est pas moins rare.

Enfin on ne doit pas oublier que le tiers environ des kystes hydatiques guérissent spontanément sans atteindre jamais un volume considérable, et que même bon nombre de kystes de cette catégorie ne donnent lieu à aucun symptôme.

La marche normale et régulière des kystes hydatiques peut d'ailleurs être interrompue par quelques complications.

La plus fréquente est la *suppuration* du kyste; cette suppuration succède à l'ouverture du kyste le plus souvent, que cette ouverture soit spontanée ou qu'elle soit artificielle (emploi d'un instrument insuffisamment nettoyé); elle survient aussi spontanément: des recherches récentes ont prouvé l'imperméabilité de la membrane du kyste pour les agents microbiens. Lorsqu'il y a suppuration péri-kystique, la membrane perd cette propriété et les microbes pathogènes pénètrent dans l'intérieur du kyste; d'où suppuration. Des phénomènes généraux fébriles, frissons, sueurs, troubles gastriques, parfois même un facies spécial indiquent au chirurgien qu'un abcès se forme dans l'économie; les phénomènes locaux le guident vers le foie.

Ces inflammations du kyste dans quelques cas rares s'étendent d'ailleurs à des veines volumineuses avoisinantes, et y produisent de la phlébite, d'où infection purulente.

**Diagnostic.** — Nous avons vu combien le diagnostic des kystes hydatiques était difficile, pour ne pas dire impossible à poser au début, et nous nous sommes suffisamment étendus sur ce sujet à propos des symptômes pour n'avoir pas à y revenir ici.

Supposons donc le cas d'une tumeur nettement constituée et très apparente, le chirurgien doit d'abord reconnaître si la tumeur appartient bien au foie. — Cette question n'est pas toujours aussi facile à trancher qu'on pourrait le croire au premier abord; la variété et la multiplicité des formes du kyste hydatique nous le laisse facilement comprendre. Une percussion attentive, la palpation abdominale, le développement du flanc droit mettront facilement la rate hors de cause; les commémoratifs rénaux, l'exploration de la région lom-

baire, l'examen des urines permettront de juger si le rein ne doit pas être incriminé; le toucher vaginal et rectal combinés aux deux explorations précédentes feront reconnaître l'intégrité des organes génitaux internes chez la femme; en procédant par élimination dans les cas difficiles dont nous parlons en ce moment, on arrivera donc à conclure que la tumeur est une tumeur hépatique, surtout si le développement de l'hypochondre droit, la percussion du foie, les mouvements de la tumeur avec la respiration, la palpation de l'abdomen fournissent ensemble des signes concordants.

Lorsqu'on aura reconnu ainsi que le foie est bien le siège de la tumeur, reste à savoir à quelle affection on a affaire. Les commémoratifs, les symptômes concomitants, l'examen du sang, l'exploration de la rate permettront d'éliminer le foie volumineux de la cachexie paludéenne, des leucocythémiques. L'hypertrophie générale du foie, son aspect lisse, l'ictère feront penser à la cirrhose hypertrophique. L'évolution rapide, la cachexie, la sensation de nodosités, de cupules indurées à la surface du foie, l'ictère, l'ascite caractérisent le cancer.

Après avoir éliminé toutes ces tumeurs, on est donc en droit de conclure à la possibilité d'un kyste hydatique, principalement si la tumeur a évolué lentement sans grande altération de l'état général et si la palpation fait soupçonner l'existence d'un liquide dans la tumeur. — Si le diagnostic est encore incertain, la ponction exploratrice avec une aiguille un peu fine éclairera définitivement le chirurgien. — Enfin ému des dangers de ces ponctions, craignant les péritonites partielles et les adhérences si dangereuses pour le chirurgien qui pratique la laparotomie, on a conseillé et pratiqué surtout à l'étranger dans les cas douteux la laparotomie exploratrice d'emblée. Cette opération ne semble pas encore entrée complètement dans les mœurs chirurgicales françaises; elle ne nous paraît pas pouvoir être mise en parallèle avec l'innocuité d'une ponction aspiratrice faite avec une aiguille un peu fine; cependant les résultats fort remarquables obtenus à l'étranger, en Angleterre et en Allemagne ne peuvent que faire admettre de plus en plus la laparotomie exploratrice.

Au lieu de se présenter sous cette forme de tumeur abdominale le kyste hydatique peut simuler un épanchement pleural; le diagnostic est alors parfois bien difficile; des erreurs ont été fréquemment

commises. La déformation est généralement plus considérable quand il s'agit de kystes hydatiques qu'elle ne le serait pour un épanchement pleural de ce volume. On n'oubliera pas cependant la possibilité de pleurésies secondaires, d'inflammations de voisinage du poumon et des plèvres, cas très difficiles où l'on a souvent bien de la peine à faire la part de chaque affection; ici encore la ponction exploratrice joue un grand rôle.

**Pronostic.** — Le pronostic des kystes hydatiques malgré la possibilité de guérison spontanée, d'état stationnaire ou même régressif et cela dans une forte proportion, 1/3 des cas, ce pronostic, disons-nous, est encore très sérieux, et le danger de certaines ouvertures spontanées dans la plèvre, le péritoine, les veines, les canaux biliaires appelle une intervention active faite de bonne heure.

**Traitement.** — Le traitement des kystes hydatiques du foie comprend deux méthodes, l'une médicale, celle des ponctions accompagnées ou non d'injections diverses, l'autre chirurgicale, celle de l'incision à laquelle s'ajoute souvent l'excision d'une portion plus ou moins étendue de la poche.

*Méthode médicale.* — Elle compte de nombreux procédés.

1° Ponction aspiratrice à l'aide d'une aiguille assez fine. Dieulafoy se sert de l'aiguille n° 2 dont le diamètre est de 1<sup>mm</sup> 1/3. Évacuation aussi complète que possible. Ponction répétée aussi souvent que cela sera nécessaire en n'attendant jamais que la poche ait repris ses dimensions primitives. Ce procédé a donné de bons résultats; on a même cité des cas de guérison après une seule ponction; mais l'état stationnaire, l'accroissement et la suppuration du kyste sont plutôt la règle.

2° La ponction au moyen d'un gros trocart laissé à demeure (Boinet) modifiée par Verneuil qui glisse par le canal du trocart une sonde en caoutchouc vulcanisée jusque dans le kyste et la laisse seule en place, est certainement préférable. On peut faire des lavages antiseptiques dans la poche; mais ceux-ci sont souvent insuffisants. Les poches secondaires sont difficiles à évacuer. Mortalité par ce procédé: 25 pour 100 (Rendu).

3° Plusieurs procédés visent à tuer les hydatides par l'injection dans le kyste de liquides parasitocides.

a. Injection de bile indiquée par Dolbeau 1856, pratiquée par Voisin.

b. Injection de teinture d'iode (Boinet, Nélaton).

c. Procédé de Baccelli : on retire environ 30 centimètres cubes du liquide du kyste et on injecte 20 grammes d'une solution de bichlorure de mercure à 1 pour 1000.

d. Procédé de Debove. Il diffère du précédent en ce que le kyste est complètement vidé, puis injecté avec une quantité considérable de liqueur de Van Swieten que l'on évacue avec soin pour éviter les accidents d'intoxication.

*Méthode chirurgicale.* — 1° L'incision en deux temps telle que Récamier et Bégin l'avaient indiquée consistait dans l'incision de la paroi jusqu'au kyste, et dans l'application d'un pansement laissé en place jusqu'à ce que des adhérences permissent d'inciser sans danger la poche hépatique. Volkmann a repris ce procédé qui, entre ses mains, grâce à l'antisepsie fournit de bons résultats. Mais ses premiers imitateurs avaient enregistré de nombreux revers.

2° Pour éviter sûrement la péritonite avant ou après l'ouverture du kyste, Récamier imagina la méthode des caustiques. On arrivait sur la poche au moyen d'applications successives de pâtes caustiques. Tillaux a conservé les avantages de ce procédé en évitant les inconvénients de son extrême lenteur par la modification suivante : incision au bistouri de la paroi jusqu'au péritoine pariétal, puis pénétration dans le kyste au moyen d'une flèche de pâte de Canquoin.

3° Incision en un temps; procédé de Lindemann-Landau; on incise toute la paroi abdominale; le kyste est mis à découvert, ponctionné et vidé. Une pince à kyste étant placée sur l'orifice créé par le trocart, la poche est attirée à l'extérieur autant qu'on le peut, largement ouverte, vidée des vésicules qu'elle contient, réséquée en partie et suturée en collerette à l'incision de la paroi abdominale.

*Drainage.* — La poche diminue rapidement de volume et finit par se fermer complètement.

Cette opération s'applique très facilement : 1° aux kystes antéro-inférieurs au moyen d'une incision qui est souvent celle de la laparotomie médiane; 2° aux kystes postéro-inférieurs au moyen d'une incision lombaire (Villaret); 3° aux kystes antéro-supérieurs eux-mêmes; mais ceux-ci étant souvent inclus plus ou moins profondément dans le tissu hépatique il sera, dans quelques cas, nécessaire d'inciser une épaisseur plus ou moins considérable de ce tissu.

Les kystes postéro-supérieurs demandent une opération plus compliquée. On est obligé de les attaquer par la partie postérieure du thorax. Israël (de Berlin) a fait en 1879 la première opération de ce genre. On pratique une résection costale, on incise la plèvre pariétale, puis le diaphragme; on éverse les bords de l'incision diaphragmatique en dehors, puis on ponctionne le kyste, on l'évacue, on l'ouvre, on le fixe à la paroi, on le draine comme pour toute autre région.

On a quelquefois noté après ces incisions une fâcheuse complication : l'écoulement abondant et persistant de la bile.

### CHAPITRE III

#### LITHIASE BILIAIRE

Une des lésions les plus communes de l'organisme humain, la lithiase biliaire, est aussi une des plus méconnues, soit qu'elle existe à l'état latent sans provoquer d'accidents comme cela s'observe principalement chez les vieillards, soit que la diversité des symptômes qu'elle présente puisse donner le change au praticien.

Son étude restée longtemps médicale est entrée depuis ces dernières années dans une voie nouvelle qui a conduit le chirurgien à l'ouverture de la vésicule biliaire et même à son ablation; il doit donc connaître les conditions dans lesquelles il est appelé à intervenir. Nous ne ferons que rappeler très brièvement pour mémoire les autres particularités de son histoire.

*Anatomie pathologique.* — Les calculs biliaires sont des concrétions formées aux dépens des divers éléments entrant normalement dans la composition de la bile.

On les rencontre dans toute l'étendue des voies biliaires; leur vrai siège est la vésicule biliaire. Ils sont en général nombreux, de 5 à 50 en moyenne; on en a compté jusqu'à 2000 et 7000. Ils sont taillés à facettes par pression quand ils sont multiples, ce qui est le cas le plus fréquent. Leur couleur habituelle est brune verdâtre ou grise, blanche seulement quand ils sont formés de cholestérine pure. A la coupe on trouve le plus souvent un noyau central plus dur, quelquefois fendillé, puis une zone moyenne radiée et enfin une écorce; leur légèreté est remarquable.