

l'abdomen, de l'ictère, de la constipation ou des déjections alvines grisâtres.

Lorsque l'inflammation se termine par suppuration, la fièvre et la douleur diminuent, il y a des frissons irréguliers. Quand l'abcès est formé, le malade est pris d'une petite fièvre continue, avec redoublements le soir, sécheresse de la bouche, soif continuelle, œdème des pieds, diarrhée. Dans l'hépatite chronique, il existe une douleur sourde dans la région du foie, et ce n'est qu'au bout d'un certain temps que surviennent la fièvre et des frissons irréguliers. L'abcès met quelquefois plusieurs mois à se former.

Le diagnostic est obscur, tant qu'il ne se manifeste aucune tumeur dans la région du foie ou à l'épigastre, et que le malade ne rend pas de pus par une des voies dont il va être question.

Terminaisons. Lorsque l'abcès occupe le *centre* du foie, une portion de la substance propre de l'organe est peu à peu absorbée, et le sujet succombe en présentant les phénomènes de la phthisie hépatique. Dans quelques cas heureux, l'abcès se fraye un passage à travers le conduit hépatique, et le pus arrive dans le duodénum, d'où il est expulsé ultérieurement par l'anus.

Dans le cas où la collection occupe la face inférieure du foie, le pus arrive parfois dans l'estomac, après que le foie et le ventricule ont contracté ensemble des adhérences. C'est encore à la faveur de ce mécanisme que l'abcès s'ouvre dans le côlon descendant ou transverse. Dans d'autres circonstances, l'abcès s'ouvre dans la poitrine et le pus peut être évacué par les bronches. Au lieu de se porter dans un des organes qui entourent le foie, l'abcès vient parfois faire saillie dans un espace intercostal, à l'hypocondre droit ou à l'épigastre.

Traitement. Nous n'avons pas à indiquer ici le traitement de l'hépatite, qui est du ressort de la pathologie interne. La chirurgie n'intervient que lorsque l'abcès du foie proémine dans une des dernières régions que nous avons indiquées. L'indication à remplir est d'ouvrir la collection dès que la fluctuation est manifeste; mais il importe de prévenir, pendant cette opération, la chute du pus dans la cavité péritonéale. Plusieurs expédients ont été imaginés pour arriver à ce but; nous les avons décrits tome I, p. 168.

ARTICLE II.

Kystes du foie.

Il en est de deux ordres : des kystes séreux et des kystes acéphalocystes.

Kystes séreux. Ce sont des poches à parois plus ou moins épaisses, formées d'un feuillet externe fibreux, d'un feuillet interne tomenteux, qui se couvre parfois de végétations fongueuses. Le kyste est uniloculaire ou multiloculaire. Il renferme une quantité de liquide variable, et qui peut aller jusqu'à 10 kilogrammes. Ce liquide est de l'eau pure, non coagulable par la chaleur. Les symptômes et le traitement de ces kystes seront exposés dans l'article suivant.

Kystes acéphalocystes. Ce sont des poches qui renferment des vésicules pourvues d'animalcules particuliers, appelés *échinocoques*.

Les acéphalocystes qui se développent dans le foie ont une structure semblable à celle qui a été exposée tome I, p. 165. Ils sont renfermés dans une cavité creusée dans le tissu du foie, cavité tapissée par un kyste (kyste adventif) composé lui-même d'un feuillet externe cellulo-fibreux, fibreux, fibro-cartilagineux ou avec des productions ossiformes, et d'un feuillet interne friable, blanchâtre, ressemblant à la membrane acéphalocystique. Les adhérences du kyste au tissu du foie sont tantôt lâches, tantôt serrées. Le kyste commun ou adventif est plein d'une sérosité limpide, transparente, ou jaune citrin, ou verdâtre, sans albumine. Lorsque le kyste a été enflammé, le liquide est puriforme et renferme des débris d'acéphalocystes. C'est au milieu du liquide renfermé dans le kyste adventif que nagent les vésicules contenant les échinocoques. Le tissu hépatique est plus dense, plus fauve qu'à l'état normal; en général il est atrophié par la compression que le kyste acéphalocystique exerce sur lui.

Les kystes acéphalocystes sont plus communs dans le lobe droit que dans le lobe gauche du foie. Ils se rencontrent surtout pendant l'âge adulte. Le sexe ne paraît avoir aucune influence sur le développement de la maladie (Barrier).

Le début est obscur. Lorsque le kyste a déjà acquis un certain développement, les malades se plaignent de douleur, de gêne ou de pesanteur, soit dans l'hypocondre droit, soit à l'épigastre, soit dans les deux régions à la fois. Il en est qui ressentent par intervalles une douleur aiguë. D'autres se plaignent que la douleur de l'hypocondre se propage dans l'abdomen, la poitrine et l'épaule. La douleur ou la sensation de gêne sont parfois plus marquées la nuit que le jour.

A une époque plus avancée, le bord libre du foie dépasse le rebord des fausses côtes et peut arriver jusqu'à l'ombilic. S'il existe plusieurs kystes, la surface du foie accessible à la palpation est bosselée, et présente une rénitence élastique; si la tumeur est unique, la saillie de l'organe est quelquefois appréciable par la vue à travers la paroi abdominale.

Les *tumeurs acéphalocystiques* du foie siègent à l'hypocondre droit ou à l'épigastre. Elles sont arrondies ou aplaties, en général lisses et régulières, quelquefois bosselées et inégales. Dans certains cas, la tumeur est bilobée. Tantôt la tumeur est bien circonscrite, tantôt elle ne l'est pas. Le plus souvent elle fournit au doigt une sensation de rénitence, d'élasticité et de fluctuation obscure. La percussion permet d'apprécier l'augmentation de volume du foie et fournit parfois la sensation de *frémissement hydatique* (voy. t. I, p. 167). L'ictère est rare, l'ascite et l'œdème des membres inférieurs plus rares encore. Il y a des troubles variables de la digestion : dyspepsie, nausées, vomissements, diarrhée. La gêne de la respiration a été notée dans les cas où le foie est refoulé dans la cavité thoracique.

Abandonnées à leur marche, ces tumeurs se comportent différemment. Quelquefois le kyste, parvenu à un certain volume, s'enflamme et les malades succombent avec les symptômes de l'hépatite chronique; ou

bien la tumeur, après avoir contracté des adhérences avec la paroi abdominale, s'ouvre à l'extérieur. Dans d'autres cas, le kyste se rompt soit dans le péritoine, soit dans la plèvre, spontanément ou à la suite d'un effort, d'une violence extérieure, ce qui entraîne une mort prompte. Si la tumeur s'ouvre dans l'intestin, les malades sont pris de diarrhée rebelle, et le plus souvent ils succombent dans le marasme; si c'est dans l'estomac, il survient des troubles digestifs graves. On a noté aussi l'ouverture du kyste dans le poumon et l'expulsion des acéphalocystes par les voies aériennes, ce qui donne lieu à de la dyspnée, à une expectoration purulente. Dans les premiers temps, la marche de la maladie est lente; plus tard, les progrès sont rapides. L'affection peut durer de deux à trente ans (Barrier).

Le diagnostic est fondé sur les signes suivants: douleurs pendant longtemps sourdes, obscures, profondes; ictère et ascite rares; apparition dans la région du foie d'une tumeur dure, élastique, rénitente, arrondie ou aplatie, rarement bosselée, circonscrite, indolente ou peu sensible à la pression, avec fluctuation plus ou moins difficile à apprécier.

Les kystes acéphalocystes du foie diffèrent des abcès de l'organe, parce que dans ce dernier cas la douleur est plus vive, qu'il y a de la fièvre et souvent de l'ictère. L'hépatite chronique est plus difficile à distinguer des kystes acéphalocystes jusqu'à l'époque où la fluctuation de ces derniers est appréciable. On pourrait aussi confondre avec un kyste acéphalocystique du foie une tumeur biliaire formée par la dilatation de la vésicule du fiel. Les tumeurs cancéreuses du foie parvenues à la période de ramollissement peuvent simuler un kyste de l'organe; dans le premier cas, le dépérissement du malade est plus prononcé et plus rapide. Le diagnostic différentiel des kystes séreux et des kystes acéphalocystiques du foie est fondé sur la perception de la sensation de *frémissement hydatique*. Nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons dit tome I, p. 167, sur l'incertitude de ce signe. Pareille réserve s'applique à la ponction exploratrice de la tumeur.

Le traitement des kystes acéphalocystiques et des kystes séreux du foie a été exposé tome I, p. 168.

ARTICLE III.

De l'ascite.

L'histoire de l'ascite appartient à la pathologie médicale. Nous n'avons à nous occuper ici que du traitement chirurgical de cette affection.

1° Traitement palliatif. Paracentèse de l'abdomen. Le malade est couché sur le dos, les jambes étendues, le côté gauche du corps rapproché du bord du lit. Une serviette longue, ou un petit drap, est passée sous les lombes, et un aide, placé au côté droit du patient, comprime des deux mains largement étalées les parois du ventre. Le chirurgien, placé à gauche du malade, trace par la pensée ou avec un ruban, ou à la plume, une *ligne qui s'étend de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche à l'ombilic*. Après

s'être assuré au préalable, par la percussion, qu'il n'existe aucune anse intestinale dans cette partie de l'abdomen, ce qui est révélé par un son *mat*, il plonge, sur le milieu de cette ligne, un gros trocart, par un coup sec et rapide, en marquant avec le doigt index, apposé sur la canule, le point où cette dernière doit s'arrêter. Le poinçon est retiré et la canule maintenue dans la cavité péritonéale, pour laisser le liquide s'écouler dans un vase tenu par un aide. Pendant ce temps, le premier aide continue à comprimer l'abdomen afin de favoriser l'issue de la sérosité; ou bien encore, dans le même but, on attache par des épingles les deux bouts de la serviette passée derrière le malade, en serrant cette serviette à mesure qu'une nouvelle quantité de liquide s'écoule au dehors. Pour faciliter l'issue de la sérosité péritonéale, il est bon, à la fin de l'opération, de tourner le bout libre de la canule dans diverses directions. On retire la canule d'une main, pendant qu'avec les doigts de l'autre main on retient les parties molles qui environnent la plaie du trocart. On applique sur la plaie quelques rondelles de linge qu'on assujettit au moyen d'un bandage de corps.

L'hémorragie est très-rare. Si, par le fait d'une anomalie vasculaire, elle survenait, on laisserait dans la plaie la canule du trocart, ou on remplacerait cette canule par un bout de bougie en gomme. On pourrait aussi exercer une compression méthodique sur la plaie et sur son pourtour. En cas de persistance de l'hémorragie, on agrandirait la plaie, sans entamer le péritoine, pour lier le vaisseau ouvert.

Fleury a proposé, une fois la ponction faite et le poinçon du trocart retiré, de passer à travers la canule de l'instrument une sonde en gomme de calibre convenable, de retirer alors la canule et de laisser la sonde flexible dans la cavité péritonéale, pour obtenir un écoulement lent du liquide.

2° Traitement curatif. Dans les cas d'ascite, on a tenté de modifier la vitalité du péritoine, en injectant dans cette cavité séreuse des fluides ou des liquides de nature variée. Morel-Lavallée a réuni les diverses opérations de ce genre qui existent dans les annales de la science; il les a dépourvues avec soin, ce qui lui a permis de formuler les conclusions suivantes:

Dans un seul cas où l'on a injecté dans le péritoine de l'*air atmosphérique*, le résultat a été nul.

Sur quatre cas, dans lesquels l'injection a été faite avec le gaz *protoxyde d'azote*, il y a eu trois guérisons et une amélioration.

Sur quatre faits d'injection de *vapeur vineuse*, il y a eu également trois guérisons et un insuccès sans accidents. Une fois, l'injection a été pratiquée avec un mélange d'eau et de décoction de quinquina; la guérison a eu lieu.

L'injection d'*alcool étendu* a fourni un succès. Enfin, dans huit cas, l'injection a été pratiquée avec la *teinture d'iode* affaiblie, par Dieulafoy, Griffon, Leriche, Rul-Ogez, Vollant. On compte six guérisons et deux insuccès. Il ne faut pas cependant s'exagérer l'innocuité des injections iodées dans le péritoine. N'a-t-on pas à craindre, dans ce cas, une inflammation qui se