

et surtout lorsque Nélaton en eut posé judicieusement les règles. — D'ailleurs les insuccès de Dupuytren et de Malgaigne n'étaient pas faits pour encourager les chirurgiens à pratiquer la laparotomie.

Actuellement, grâce aux progrès de la chirurgie abdominale, l'entérotomie est rentrée au second plan. L'ouverture du ventre, qui permet d'aller découvrir la cause de l'occlusion et de la faire disparaître, est la véritable opération curative. L'entérotomie n'est qu'une opération palliative; mais nous devons convenir tout de suite que ses indications sont encore infiniment nombreuses. Voyons donc à quels cas convient l'ouverture du ventre ou *laparotomie*, et à quels cas doit être réservée l'*entérotomie*.

Dans tous les cas d'occlusion aiguë, la laparotomie est indiquée. Les lésions causales sont en effet ici des vices de position : invaginations, volvulus, torsion, ou des étranglements internes auxquels il est facile de remédier après l'ouverture du ventre, mais l'opération doit être pratiquée de bonne heure pour donner de bons résultats. Un mémoire récent de Schramm montre bien ce que j'avais déjà commencé à établir, à savoir que les succès sont en proportion de la précocité de l'intervention. L'existence d'une péritonite ne constitue pas une contre-indication.

Dans les obstructions chroniques, l'application de la laparotomie est plus incertaine et plus délicate. La désinvagination n'est possible que dans la moitié des cas.

La laparotomie appliquée aux compressions de l'intestin par tumeurs extérieures peut permettre d'enlever l'obstacle, tout au moins de le mobiliser, de le fixer à un autre point de la paroi (Kœberlé); elle peut également être utile dans certains cas de corps étrangers, soit qu'on pratique l'extraction de ceux-ci, soit qu'on facilite leur circulation vers le rectum sans ouvrir l'intestin.

Par contre, l'*anus contre nature* est le plus souvent indiqué dans les tumeurs, les rétrécissements de l'intestin, les obstructions chroniques de cause mal connue; il nous paraît donc être la règle du traitement de l'occlusion chronique, la laparotomie étant l'exception.

La laparotomie sera faite avec toutes les précautions antiseptiques; on se servira de l'incision médiane sous-ombilicale de préférence à l'incision de Parise dans la fosse iliaque droite, ou de l'incision pratiquée au niveau du siège supposé de l'affection.

L'opération sera d'abord exploratrice : cette recherche du siège sera

faite aussi méthodiquement que possible en partant du cæcum, puis on cherchera à lever l'obstacle ou à le supprimer : désinvagination, torsion en sens inverse de celle qui existe, section d'une bride, dilatation d'un orifice rétréci, extraction d'un corps étranger, résection même d'une portion d'intestin atteinte de néoplasie.

L'entérotomie peut être pratiquée sur l'intestin grêle dans la fosse iliaque droite, méthode de Nélaton; elle peut être faite lorsque l'obstacle est placé très bas, sur la fin du gros intestin : colotomie lombaire (Callisen, Amussat); colotomie iliaque (Littre et Verneuil).

QUATRIÈME PARTIE

LÉSIONS VITALES ET ORGANIQUES DU FOIE

Les immenses progrès de la chirurgie abdominale, en étendant le champ de son intervention, imposent au chirurgien d'aujourd'hui le devoir de bien connaître certaines affections du foie, au cours desquelles il aura souvent désormais l'occasion d'intervenir. — Il doit particulièrement s'occuper des abcès, des kystes hydatiques du foie, des lésions calculeuses, des tumeurs de la vésicule biliaire.

CHAPITRE PREMIER

ABCÈS DU FOIE.

Anatomic pathologique. — Les abcès du foie sont, les uns *petits* et multiples, les autres, grands et généralement uniques.

1° *Petits abcès.*

Ils intéressent surtout le médecin : tels sont les abcès consécutifs à l'angiocholite et à la pyléphlébite suppurée; primitivement contenus dans les parois mêmes des vaisseaux, ils peuvent à un certain moment s'accompagner de lésions semblables périvasculaires, par rupture ou

par propagation. Ils restent presque toujours petits et multiples, par conséquent inaccessibles au chirurgien.

Celui-ci doit cependant connaître une importante variété de petits abcès du foie, je veux parler des abcès métastatiques de l'infection purulente. Comme les précédents, ces abcès sont petits, nombreux, superficiels. Ils se présentent sous l'aspect d'un infarctus brunâtre, qui ne tarde pas à suppurer et à prendre une coloration blanc jaunâtre. Ces lésions sont d'ailleurs parfois assez accusées pour imprimer certains caractères spéciaux à l'appareil symptomatique de l'infection purulente; on connaît la douleur hépatique, l'augmentation de volume du foie, la teinte subictérique, les troubles bilieux qui prennent dans certains cas une importance si caractéristique.

2° Grands abcès du foie.

Les grands abcès du foie méritent seuls toute l'attention du chirurgien; ils sont la conséquence de l'hépatite circonscrite et particulièrement de l'hépatite des pays chauds.

La suppuration apparaît au sein de plusieurs lobules par des points isolés qui s'étendent du centre à la périphérie; ces abcès lobulaires se déversent les uns dans les autres et constituent de vastes foyers.

Nombre. — Il y a quelquefois deux abcès distincts, rarement plus de trois; dans les trois quarts des cas, l'abcès est unique (Rouis, Dutrouleau).

Siège. — L'abcès occupe le lobe droit seul du foie 122 fois sur 156. — 25 fois les deux lobes étaient pris simultanément.

Les abcès sont quelquefois superficiels, plus ordinairement profonds. On les trouve le plus fréquemment à la partie postérieure du lobe droit et plutôt vers sa face convexe (Dutrouleau).

Volume. — Très variable, depuis le volume d'une noix jusqu'à celui d'une tête d'enfant; on a vu des foyers purulents contenant 2700 grammes, 4500 grammes et jusqu'à 12 livres de pus (Lieu-taud).

Parois. — Quand la suppuration vient de se collecter en un foyer purulent, les parois sont inégales, constituées par les débris du parenchyme ramolli, infiltré encore; plus tard, quand la cavité s'est agrandie, elle est devenue plus égale; un exsudat fibrineux de plus

en plus épais en tapisse l'intérieur et constitue une véritable membrane pyogénique. Celle-ci fait défaut dans les petits abcès métastatiques de l'infection purulente.

Contenu. — Le pus, d'abord d'un blanc jaunâtre, crémeux, est assez épais; quelquefois il est coloré en brun par les détritiques du tissu hépatique qu'il renferme; il peut être mélangé d'une petite quantité de sang; enfin on y a, mais rarement, constaté la présence de gaz généralement sans odeur. Il devient quelquefois très fétide, lorsque la cavité de l'abcès est située au voisinage du tube digestif.

Avec une cavité purulente fort étendue, on s'explique facilement les lésions irritatives de voisinage qu'on observe du côté de la capsule de Glisson: épaissement, sclérosé, et du côté du péritoine périhépatique: fausses membranes, adhérences.

Quant à la marche du pus et aux divers modes d'ouverture, leur étude sera beaucoup mieux placée à l'étude des symptômes et de l'évolution de l'abcès. — Les rapports anatomiques du foie nous permettent seulement d'énumérer les plus fréquentes de ces ouvertures: ouverture à la paroi thoraco-abdominale; ouverture pleurale, bronchique; ouverture péritonéale, stomacale, intestinale, toutes trois exceptionnelles; ouverture dans le péricarde, le tissu cellulaire péri-néphrétique.

Dans les conditions climatologiques où l'on est le plus souvent appelé à pratiquer l'examen nécroscopique des abcès du foie, les lésions hépatiques sont rarement isolées; l'intestin présente les lésions de l'entérite et de la dysenterie; la rate volumineuse et ramollie offre les lésions caractéristiques de l'impaludisme.

Les caractères anatomo-pathologiques que nous venons d'assigner aux grands abcès du foie s'appliquent principalement aux abcès hépatiques des pays chauds; lorsque les grands abcès se développent à la suite de contusions du foie, l'abcès siège plutôt à la partie antérieure et encore sur la face convexe; la cavité très inégale, anfractueuse, est remplie d'un mélange parfois fétide et gangreneux de pus brun, rouge ou verdâtre, mélangé de sang et de débris de parenchyme hépatique plus ou moins contus et déchiré.

Symptômes. — **Marche.** — **Durée.** — **Terminaisons.** — Nous verrons plus loin de quelle importance thérapeutique serait un diagnostic certain, posé de bonne heure; malheureusement, avec nos connaissances actuelles et les nombreuses variétés d'aspect sous les-

quelles se présentent les abcès du foie, cette étude clinique renferme encore bien des obscurités. — C'est une raison pour ne pas en négliger une seule partie.

Parfois aucun phénomène prodromique ne trahit le développement de l'abcès.

Dans d'autres cas, les troubles observés ne sont pas de nature à faire soupçonner une affection du foie :

Ainsi on trouve que (5 fois seulement sur 145, Rouis) des fièvres irrégulières, intermittentes, avec poussées très inégales, sont les seuls symptômes observés au début.

Un peu plus souvent (14 cas sur 142), on observe des troubles gastro-intestinaux simples.

D'autres fois, et ceci est extrêmement fréquent, c'est l'appareil symptomatique si douloureux d'une dysenterie intense qui masque complètement les troubles sourds et profonds du début de l'hépatite.

Enfin, dans le tiers ou la moitié des cas, on observe des phénomènes prodromiques précieux. Ce sont des troubles digestifs résumés par un embarras gastro-intestinal bilieux dont vomissements et diarrhée sont les deux termes principaux.

Après des modes de début si différents, tantôt l'affection se déclare assez franchement et assez vite, tantôt l'évolution est plus lente; la maladie présente des périodes de rémission qui laissent espérer que les craintes éprouvées relativement à l'hépatite ne se justifieront pas; puis un jour, il n'y a plus de doute possible : l'abcès est formé.

La *douleur hépatique* en est le premier symptôme, et un des plus importants; d'abord sourde, profonde, s'accompagnant d'un sentiment d'oppression, elle augmente en général et se localise mieux, à mesure que l'affection se rapproche davantage de la surface du parenchyme hépatique. C'est un symptôme presque constant; il existe 85 fois sur 100 (Rouis). Dans un petit nombre de cas, 15 pour 100, des irradiations douloureuses se font sentir au creux épigastrique, ou vers l'épaule droite. Les irradiations scapulaires sont surtout fréquentes dans les abcès de la face convexe (Annesley).

L'*augmentation de volume du foie* vient encore attirer l'attention du clinicien du côté de cet organe. La palpation lui fait reconnaître que le foie déborde les fausses côtes; la percussion lui indique le refoulement du poumon et l'augmentation des lignes de matité hépatique. On peut encore considérer cette augmentation du foie comme

un signe important; elle est fréquemment observée : près de 5 fois sur 4. Ajoutons qu'elle s'accompagne rarement d'ictère. — Le foie peut d'ailleurs non seulement être *augmenté de volume*, mais encore *déformé*, alors que le foyer purulent atteint des dimensions considérables.

Si l'abcès siège à la face convexe et se développe du côté de la plèvre et du poumon, on observe de la gêne de la respiration, et l'examen de la poitrine révèle, dans un certain nombre de cas, l'existence d'une pleurésie ou d'une pleuro-pneumonie; toutefois il est juste de faire remarquer que souvent l'interprétation des phénomènes stéthoscopiques est des plus difficiles.

L'abcès complètement établi, il est bien rare que les troubles gastro-intestinaux signalés plus haut n'aient pas pris une intensité plus grande, et que la *fièvre* ne se soit pas développée. Les types de ce processus fébrile sont d'ailleurs variables; parfois l'élévation de la température est à peine marquée; ailleurs on aura la courbe irrégulière d'une fièvre intermittente sans type réglé; enfin, du fait de la suppuration, on a observé une fièvre rémittente avec élévation vespérale et sueurs profuses. On a noté (Parkes, Brouardel) la diminution de l'urine et de l'urée comme dans d'autres affections du foie.

L'état général se ressent des atteintes du paludisme et le visage présente parfois, d'après Dutrouleau, une *pâleur ictérique*.

La *suppuration*, nous l'avons dit, peut survenir assez rapidement, du huitième au douzième jour; quelquefois elle tarde beaucoup et ne se produit qu'à longue échéance, après les rémissions trompeuses dont nous avons parlé.

Si nous en croyons la statistique de Rouis, dans près des deux tiers des cas, 96 sur 162, l'abcès reste enfermé dans le parenchyme hépatique; dans un certain nombre de faits, il s'ouvre au dehors. Cette tendance se manifeste ordinairement au bout de trois à quatre semaines, quelquefois beaucoup plus tard.

L'*ouverture des abcès du foie* se fait en premier lieu du côté de la *paroi abdominale*, à la région épigastrique, c'est le cas le plus fréquent (15 sur 17, Rouis), ou bien encore vers les derniers espaces intercostaux : 5 sur 17. — La saillie de la paroi abdominale devient de plus en plus accusée; bientôt elle rougit, s'œdématie; l'abcès se vide au dehors. C'est évidemment la seule voie chirurgicale.

Ce n'est pas la seule que puisse suivre le pus. On a vu des fusées

purulentes s'ouvrir vers l'aisselle (Potel), le dos (Miller), au pli de l'aîne, vers les vertèbres lombaires et jusqu'à la partie interne de la cuisse.

En second lieu, le kyste proéminent à la partie supérieure peut s'ouvrir à travers le diaphragme, d'abord dans la *plèvre diaphragmatique droite*, puis ultérieurement se vider par les bronches. L'ouverture peut encore s'effectuer *directement par les bronches*; une *vomique* purulente survient brusquement dans les efforts de toux ou spontanément. Cette terminaison est fréquente, je puis ajouter qu'elle est généralement heureuse. Sur 59 guérisons citées par Rouis, 15 fois il s'était fait une ouverture bronchique. D'après le même auteur, c'est par ce mécanisme que la guérison s'effectuerait le plus rapidement. Mais si l'abcès du foie s'ouvre *dans le parenchyme pulmonaire* au lieu de se déverser dans les tuyaux bronchiques, on voit survenir de graves inflammations et même la gangrène du poumon : c'est donc, à l'inverse de la précédente, une ouverture grave.

L'ouverture dans le péricarde est tout à fait exceptionnelle.

Au lieu du thorax et plus rarement, d'ailleurs, on peut voir l'ouverture se faire du côté de la cavité abdominale.

L'ouverture péritonéale serait la plus fréquente des ouvertures dans les séreuses (14 sur 26); fort heureusement elle est assez souvent précédée d'adhérences pour ne pas être immédiatement mortelle. — La collection se vide dans un sac enkysté qui peut lui-même se faire jour à l'ombilic; mais ces suppurations enkystées du péritoine n'en sont pas moins graves, car elles s'éternisent et amènent souvent la mort par épuisement. Une chirurgie plus entreprenante modifiera sans doute ce pronostic dans l'avenir.

On a observé encore l'ouverture dans l'estomac (vomissement de pus); l'ouverture dans le côlon transverse (selle purulente).

La mort est la plus fréquente terminaison de l'abcès du foie abandonné à lui-même; elle survient 4 fois sur 5:162 morts pour 205 cas; les abcès du foie compliqués de dysenterie ou d'accidents paludiques présentent la mortalité la plus élevée. La mort arrive en général au bout de deux mois. — Si au contraire la maladie évolue bien, sa durée est des plus variables, depuis quinze jours jusqu'à un an et plus. Les statistiques de Rouis indiquent comme durée moyenne, en cas d'ouverture abdomino-thoracique, cent quarante jours environ.

Diagnostic. — Ce que nous venons de dire de la marche et de

l'évolution des abcès du foie montre assez combien le diagnostic est difficile dans certains cas, et avec quel soin le chirurgien doit rechercher les moindres manifestations hépatiques chez les sujets qui ont été exposés à ces affections par suite de leur séjour dans les pays chauds.

Toutes les fois cependant que l'on trouve réunis ces trois symptômes capitaux : douleur fixe dans la région du foie, augmentation de volume de l'organe et fièvre rémittente à exaspérations vespérales, on peut tenir l'abcès du foie pour au moins fort probable. Dans ces conditions, les chirurgiens qui ont l'occasion d'observer fréquemment cette affection, n'hésitent point à ponctionner le foie avec des trocarts de 5 millimètres de diamètre. Ils répètent au besoin ces ponctions dans toutes les directions jusqu'à ce qu'ils aient rencontré le foyer de suppuration. Cette pratique, surtout en employant les aiguilles un peu volumineuses des instruments aspirateurs, semble devoir être toujours recommandée. La ponction devra même être aussi hâtive que possible.

On peut confondre l'abcès du foie avec la congestion hépatique, surtout la congestion active, qui présente, elle aussi, la douleur hépatique, l'augmentation de volume du foie, les troubles gastriques, mais qui s'accompagne souvent d'ictère, lequel fait presque toujours défaut dans l'abcès du foie. De plus, si le foie est augmenté de volume dans la congestion, il n'est pas déformé; enfin, les troubles pleuro-pulmonaires sont plus rares.

Les kystes hydatiques du foie se rapprochent beaucoup des abcès du foie, mais tant qu'ils ne suppurent pas, les phénomènes fébriles manquent ou sont moins marqués.

Le diagnostic doit encore être fait avec ces hépatalgies vagues, coliques hépatiques imparfaites survenant par poussées; mais les conditions étiologiques et l'examen du foie tranchent facilement la question. Des gastrites, des pleurésies diaphragmatiques, des affections pulmonaires, dans quelques cas rares et complexes, sont fort difficiles à séparer des gros abcès du foie. Ce sont là des points médicaux que nous devons signaler sans nous y arrêter.

Pronostic. — Il est excessivement grave lorsqu'il est abandonné à lui-même, puisque la mort survient 4 fois sur 5, et que la guérison est toujours longue. Nous avons déjà vu qu'il était un peu moins sérieux lorsqu'il n'y avait pas, en même temps, de graves lésions

dysentériques et paludiques; la question de l'intoxication miasmatique est donc une des plus importantes pour établir sûrement le pronostic de cette affection. Les abcès qui restent enfermés dans le parenchyme du foie sont particulièrement graves. L'infection purulente ou l'infection putride en sont la conséquence pour ainsi dire forcée. Cette appréciation se trouve heureusement modifiée lorsque l'on fait intervenir de bonne heure le seul traitement que l'on puisse aujourd'hui qualifier de rationnel, l'ouverture large de l'abcès hépatique.

Traitement. — Le traitement médical est toujours de règle au début. Le sulfate de quinine, le quinquina à haute dose, l'alcool sont indiqués en tous temps. Avant la formation de l'abcès on aura recours aux purgatifs légers, à la rhubarbe, aux vésicatoires sur la région du foie. Lorsque l'abcès est formé, l'intervention chirurgicale s'impose, elle peut s'exécuter de différentes manières.

Les ponctions aspiratrices, même pratiquées avec un trocart assez volumineux, sont généralement insuffisantes.

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, Little et Ayme) a fait voir que ces précautions même 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 sectionnent 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 la 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.

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 Finsen nous donnent la proportion énorme d'un cas pour 45 habitants. Si l'on réfléchit au nombre considérable de chiens qui existent dans ce pays, 20 000 pour 70 000 âmes, on 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 Finsen. 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 hexacanthé 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,