

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 feuillets 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 grasseuse, caséuse ou purulente, ont été observées, tandis que les parois s'infiltrèrent 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 d'adulte; on en a vu qui allaient de la 5^e 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^o Des kystes antéro-supérieurs, qui proéminent dans la région de l'hypochondre;

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

3^o 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^o Des 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.

A 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, au creux épigastrique.

Trousseau et Davaine signalent encore de la tendance aux hémorrhagies : épistaxis, 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 dé-

formant dans l'hypochondre droit 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. Dix 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 *ortliées* 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 ces conduits et produire de véritables coliques hépatiques : 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 superficielle (emploi d'un trocart trop volumineux, ou d'un instrument insuffisamment nettoyé); elle survient aussi spontanément : sous des influences mal connues, le kyste se transforme en un abcès du foie; 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 laissent 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 lombaire, 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 l'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 nodosité, 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 émus 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 imposent aujourd'hui une certaine réserve lorsqu'il s'agit de juger cette question encore à l'étude.

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, $\frac{1}{5}$ 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 appellent une intervention active faite de bonne heure.

Traitement. — Le traitement chirurgical est le seul qui permette dans une certaine mesure de prévenir ces ouvertures dangereuses en amenant l'évacuation du contenu du kyste. Quatre méthodes méritent de nous arrêter : 1° la *ponction aspiratrice* avec une aiguille assez fine; Dieulafoy se sert de l'aiguille n° 2 dont le diamètre est de $1^{\text{mm}} \frac{1}{5}$. Évacuation aussi complète que possible de la poche. Ponction répétée autant de fois que cela sera nécessaire en n'attendant jamais que la poche ait repris ses dimensions précédentes. Cette méthode a donné des résultats; on a même cité des cas de guérison après une seule ponction. Mais l'état stationnaire, l'accroissement, ou la suppuration du kyste sont plutôt la règle.

2° La ponction au moyen d'un gros trocart, préconisée par Boinet, adoptée par Verneuil, qui recommande de glisser par le canal du trocart une sonde en caoutchouc vulcanisé, jusque dans le kyste et de la laisser en place; cette ponction est certainement préférable. Elle permet de faire dans la poche des lavages antiseptiques. Mais ceux-ci sont souvent insuffisants; les poches secondaires sortent mal la mortalité serait par cette méthode de 25 pour 100. (Rendu.)

5° La méthode des caustiques imaginée par Récamier a longtemps paru être le dernier mot de la thérapeutique des kystes hydatiques. Arriver sur le kyste au moyen d'applications successives de pâtes caustiques, mettait bien à l'abri de l'ouverture du péritoine.

4° On semble pourtant incliner de nos jours vers l'incision et l'excision simples du kyste par la laparotomie. Les résultats obtenus par cette méthode en Angleterre, les succès qu'elle a donnés plus récemment chez nous entre les mains de plusieurs chirurgiens (*Soc. de chir.*, 1885), les lenteurs et les dangers des autres méthodes, plaident assez fortement en sa faveur. L'incision peut aller d'emblée jusqu'à la poche qui est ouverte après avoir été fixée à la paroi ou bien ouverte d'abord, vidée, puis fixée à l'ouverture abdominale. On se contente quelquefois (méthode de Volkmann) d'aller jusqu'à la poche exclusivement. Celle-ci n'est ouverte qu'après quelques jours lorsque des adhérences l'ont unie à la paroi. L'opération varie du reste suivant le siège du kyste. Après la laparotomie, un kyste antéro-inférieur sera, par exemple, isolé des parties voisines, attiré au dehors, autant que possible, et réséqué. Si l'on n'a pu l'extirper tout entier, ce qui en reste soigneusement vidé et gratté à sa face interne est fixé à l'ouverture abdominale. Les kystes antéro-supérieurs sont ouverts par une incision généralement parallèle au bord des côtes. Les lèvres de l'incision hépatique sont fixées par quelques points de suture à l'incision abdominale. — L'ouverture des kystes postéro-supérieurs a été faite un certain nombre de fois, en France et en Allemagne, à travers la cavité pleurale et le diaphragme, après résection d'une côte, le plus ordinairement. (Opération d'Israël, de Berlin.)

CHAPITRE III

LITHIASÉ BILIAIRE.

Une des lésions les plus communes de l'organisme humain, la lithiasé 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 brun 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.

Leur composition chimique donne par ordre de fréquence: cholestérine 70 à 80 pour 100, une certaine quantité de pigment biliaire, très peu de sels biliaires, beaucoup de sels de chaux.

Lésions résultant de la lithiasé biliaire. — Lorsque la lithiasé biliaire ne se traduit par aucun symptôme, comme cela s'observe, surtout chez le vieillard, les lésions sont en général bornées à la vésicule biliaire.

Mais lorsque les calculs évoluent, on peut observer des lésions multiples et diverses.

a. *Vésicule biliaire.* — Au début les calculs baignent dans la bile normale; ils sont parfois enchatonnés dans des parois épaissies de la vésicule. Dans le cas d'*oblitération du canal cystique*, la bile se résorbe; tantôt le catarrhe de la vésicule secrète abondamment, jusqu'à plusieurs litres, un liquide souvent brunâtre qui dilate la vésicule au point de lui faire acquérir des dimensions énormes: volume d'une tête d'enfant, d'une tête d'adulte et même davantage; tantôt les parois s'amincissent, se rétractent sur les calculs, se créfient à leur surface interne et constituent ce que l'on appelle la *tumeur calculeuse*.

Le liquide fourni par le *catarrhe* de la vésicule subit, dans cer-