

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 calculuse*.

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

tains cas, la transformation purulente : *empyème*, qui nécessite une intervention chirurgicale rapide.

b. *Foie. Canaux biliaires.* — Les conduits excréteurs de la bile sont épaissis, dilatés, et peuvent renfermer des calculs biliaires aussi bien hors du foie que dans son parenchyme. L'oblitération du canal cholédoque peut se produire; la dilatation des voies biliaires devient alors considérable; elle est suivie d'inflammation : *angiocholite*, *périangiocholite*. Ces inflammations suppurent : *abcès du foie* d'origine biliaire ou, au contraire, se terminent par sclérose : *cirrhose biliaire*, *cirrhose hypertrophique*; la veine porte peut s'enflammer à leur voisinage : *pyléphlébite oblitérante* ou *suppurative*; enfin cette série de lésions aboutit parfois à la *dégénérescence aiguë* des cellules hépatiques, caractéristique de l'*ictère grave*, atrophie jaune aiguë du foie.

Les calculs peuvent s'ouvrir une voie anormale dans l'intestin, provoquer des perforations, des fistules principalement duodénales 56, coliques 9, gastriques 12 et quelques autres plus rares. (Statistique de Mossé.) — Le calcul peut amener l'obstruction de l'intestin; — Mossé en rapporte 58 observations.

Enfin plus souvent encore l'évolution anormale du calcul s'effectue vers la peau, Denucé a rassemblé dans sa thèse d'agrégation, 144 cas de fistules cutanées biliaires. Ce chiffre ne donne pas une idée de la fréquence de l'affection, quoiqu'il soit déjà assez élevé.

Étiologie. — Les causes de la lithiase biliaire échappent le plus souvent; on a invoqué l'influence des passions tristes, de la vie sédentaire. — Au-dessus de tout cela, il y a surtout la prédisposition particulière qui se traduit par l'hérédité, la coexistence d'autres affections arthritiques : migraines, eczémas, accidents goutteux, rhumatismaux, et surtout lithiase urinaire. La lithiase biliaire s'observe plus fréquemment chez les femmes, surtout au voisinage de la vieillesse; on a vu encore chez les gros mangeurs, chez les sujets obèses qui font peu d'exercice.

Symptomatologie et complications. — Certains calculs ne trahissent leur existence par aucun symptôme.

D'autres sont expulsés par les voies naturelles, dans une évolution très douloureuse : lorsqu'un calcul vient à s'engager dans un des canaux excréteurs de la bile, canal cystique, canal cholédoque, son contact détermine un accès douloureux des plus violents : la

colique hépatique. Ces accès surviennent sans fièvre, brusquement, après le repas en général; une douleur extrêmement vive partant du foie (point cystique) s'irradie vers le creux de l'estomac (point épigastrique), vers le membre supérieur droit (point scapulaire de Budd); la douleur est lancinante, pongitive, continue, bien que plus marquée par instants, elle peut présenter des irradiations anormales, s'accompagner de phénomènes nerveux, même de convulsions épileptiformes du côté droit. (Duparcque.) En même temps surviennent des nausées, des vomissements d'abord alimentaires, puis glaireux, puis bilieux. L'accès cesse en général brusquement; sa terminaison est souvent marquée par l'émission d'urines nerveuses. — On a encore observé de la congestion pulmonaire du côté droit, de l'insuffisance tricuspide passagère. (Potain.)

L'examen attentif des selles, quelquefois des vomissements permettra de reconnaître le corps du délit.

Si le calcul oblitérè momentanément le canal cholédoque, un *ictère* passager se produit. Le chirurgien n'a point à intervenir ici. Toutefois les accès sont parfois si douloureux et si répétés, que l'on est en droit de craindre la rupture des canaux par un calcul très volumineux, ou bien encore des accidents graves : lipothymie et syncope pouvant aller jusqu'à la mort subite. Dans ces cas particuliers, l'intervention chirurgicale peut être discutée.

Mais à côté de ces faits à évolution naturelle, il en est d'autres où la présence des calculs s'accompagne de phénomènes décrits sous le nom d'*accidents et complications de la lithiase biliaire*. Ce sont ceux-là qui nécessitent l'intervention du chirurgien.

Les complications vraiment chirurgicales s'appellent :

- 1° Phlegmon et fistules biliaires cutanées;
- 2° Accidents du côté de la vésicule;
- 3° Accidents d'oblitération du canal cholédoque;
- 4° Quelquefois encore, accidents intestinaux.

1° *Phlegmon et fistules biliaires cutanées.* — La présence de calculs dans la vésicule biliaire donne lieu souvent à une inflammation de voisinage, qui après et même avant la perforation du réservoir aboutit à la formation d'un phlegmon : *Phlegmon biliaire*. L'ouverture du *phlegmon biliaire* se fait quelquefois directement à la peau; mais souvent il existe une cavité intermédiaire, péritonéale, limitée par des adhérences. — L'ouverture spontanée se rapproche d'autant

plus de l'ombilic que la vésicule était plus distendue. — On a vu d'ailleurs des phlegmons biliaires ouverts dans des régions très éloignées, aine, fosse iliaque, épigastre, région lombaire.

Les phénomènes locaux de tout phlegmon s'accompagnent ici des troubles de péritonite localisée aboutissant à la formation des adhérences. — Il ne faudrait pas croire d'ailleurs que l'issue des calculs et de la bile suive immédiatement l'ouverture spontanée ou chirurgicale. Ce phénomène ne se produit souvent que plusieurs jours ou plusieurs semaines après l'ouverture.

Il en résulte alors une *fistule biliaire cutanée* qui ne se ferme définitivement que lorsque tous les calculs auront été expulsés. L'exploration de ces trajets fistuleux doit toujours être faite avec une prudence extrême; des accidents mortels ont été la conséquence même d'explorations délicates faites par des mains habiles.

2° *Accidents du côté de la vésicule.* — Le canal cholédoque étant perméable, des accidents limités à la vésicule peuvent être observés; le canal cystique est alors oblitéré dans le plus grand nombre de faits. — Les symptômes sont d'ailleurs plus redoutables encore lorsque la bile continue d'arriver dans la vésicule.

A côté des tumeurs dures formées par le dépôt de couches calcaires à la surface des parois d'une vésicule rétractée sur des calculs: *tumeur calculeuse*, on voit dans d'autres circonstances la vésicule prendre des dimensions énormes, se distendre par hypersécrétion catarrhale de ses glandes. — C'est l'*hydropisie de la vésicule biliaire*. — Les archives de Virchow ne mentionnent-elles pas un cas d'Erdmann dans lequel la vésicule contenait 60 à 80 livres de liquide?

La tumeur formée par la vésicule ainsi distendue est mobile avec le foie et son point culminant fait saillie sous le dernier cartilage costal; elle se déplace suivant une ligne diagonale très importante pour les auteurs anglais, obliquement tirée de l'ombilic à l'extrémité du dernier cartilage costal.

La sérosité qu'elle renferme est au début fluide ou d'un vert pâle; mais ses caractères se modifient à la longue, et la transformation purulente, annoncée extérieurement par des phénomènes généraux et locaux graves, s'observe dans un certain nombre de cas: *empyème de la vésicule*.

La *rupture* de la vésicule biliaire dans le péritoine a été observée;

plus rarement ce sont les canaux qui se déchirent, soit dans un choc, soit dans un effort, soit enfin au moment d'une colique hépatique. La conséquence immédiate de cet accident est le développement d'une *péritonite* mortelle. Bientôt peut-être serons-nous à même de traiter heureusement cette terrible complication par la laparotomie.

Les *perforations* spontanées de la vésicule sont surtout des accidents observés par le médecin; lorsqu'elles font communiquer la vésicule avec une partie quelconque du tube digestif, *fistules internes*, ces perforations rétablissent fort heureusement par une voie détournée le cours de la bile parfois interrompu.

C'est une indication précieuse que le chirurgien sera sans doute appelé à réaliser artificiellement.

3° *Accidents tenant à l'oblitération du canal cholédoque.* — La bile sans cesse produite par le foie ne pouvant plus s'écouler dans l'intestin, dilate les canaux biliaires, et cette rétrodilatation a pour conséquence le développement d'une cirrhose hypertrophique caractérisée comme toujours par l'ictère chronique, le développement du foie, la splénomégalie. Bientôt des accidents fébriles irréguliers, l'aggravation de l'état général, des phénomènes locaux douloureux indiquent l'inflammation des canaux biliaires, *angiocholite*, *périangiocholite*, et l'affection se termine par le tableau symptomatique de l'*ictère grave*.

La vésicule distendue par la bile prend un développement plus considérable et l'exploration soignée de l'abdomen permet d'en délimiter les contours.

4° *Accidents intestinaux.* — Lorsqu'un calcul a franchi les voies biliaires tout n'est pas terminé, et on voit encore quelquefois survenir des accidents d'occlusion intestinale pour lesquels le chirurgien peut être appelé. Le commémoratif d'une crise récente de colique hépatique est le seul indice qui permette le diagnostic de cette cause d'obstruction. Avant d'intervenir chirurgicalement, on doit toujours recourir au traitement médical; la cessation spontanée des accidents a été notée dans le tiers des cas (Mossé).

Diagnostic. — Nous n'avons pas ici à faire le diagnostic médical de la lithiase biliaire; nous nous bornerons à indiquer les tumeurs abdominales que l'on a pu confondre avec les tumeurs de la vésicule biliaire. Rappelons d'abord qu'il est souvent utile d'ajouter aux

procédés d'exploration extérieure que nous avons indiqués, la ponction et l'incision exploratrices.

La *ponction exploratrice*, bonne dans le cas où la vésicule est remplie de liquide, fournit peu de renseignements sur la présence des calculs; il est rare de les sentir et nous ne saurions souscrire à l'emploi du trocart comme stylet explorateur.

L'*incision exploratrice*, au contraire, journellement pratiquée par Lawson Tait, par Langenbuch, nous paraît une excellente opération fort recommandable et qui, du reste, entre de plus en plus dans les mœurs chirurgicales françaises. Son innocuité habituelle la justifie pleinement.

Lorsque la tumeur est petite, la confusion est possible avec l'abcès, le kyste hydatique, le cancer du foie, le cancer des voies biliaires.

Lorsqu'elle atteint des dimensions moyennes et s'étend jusqu'à la région ombilicale, on a pu prendre la vésicule biliaire dilatée pour les mêmes tumeurs du foie plus développées, pour des tumeurs de la paroi, de l'épiploon, de l'intestin, des reins.

Lorsque la tumeur occupe tout l'abdomen, le diagnostic différentiel se pose avec les kystes ovariens, avec certaines tumeurs utérines et pelviennes.

Il est rare qu'un examen attentif révélant, d'une part, tous les caractères des tumeurs de la vésicule, et d'autre part, l'absence des signes des autres tumeurs, il est rare, croyons-nous, qu'un examen de ce genre ne permette pas le diagnostic. Mais le fait est possible, et c'est dans ces cas que l'incision exploratrice rend réellement de grands services.

Les commémoratifs, la ponction exploratrice serviront ensuite à reconnaître quelle est la nature de cette tumeur de la vésicule. C'est un renseignement que l'exploration directe elle-même n'est pas toujours capable de fournir.

Traitement. — Nous avons indiqué dans la symptomatologie les cas de lithiase biliaire justiciables d'une intervention chirurgicale.

Dans les cas de phlegmon biliaire, cette intervention est souvent fort simple et se borne à la simple ouverture de la cavité purulente. — Les trajets fistuleux seront traités avec précaution, dilatés à l'aide des tiges de laminaire et dans certains cas exceptionnels, nettoyés avec soin et détachés de la vésicule; cette opération, nous

l'avons vu plus haut, ne doit se faire que lorsque tout porte à croire que la vésicule ne renferme plus de calcul.

Lorsque la vésicule est distendue par un épanchement simple (hydropisie) ou purulent (empyème), il faut ouvrir la vésicule. Cette opération porte le nom de cholécystotomie.

Cholécystotomie. — Proposée et étudiée soigneusement par Thudicum en 1859, cette opération doit, avec les méthodes actuelles de pansement, être pratiquée d'emblée, en un seul temps. L'incision à la paroi abdominale occupe la ligne médiane, ou mieux le bord extérieur du muscle grand droit de l'abdomen à partir du rebord des côtes et dans une étendue de quatre à six centimètres environ; elle serait agrandie au besoin. On suture le plus souvent la vésicule aux lèvres de la plaie pariétale avant de l'ouvrir. Le contenu étant évacué, on explore avec soin la cavité pour la débarrasser des calculs qu'elle pourrait renfermer; au besoin ces calculs sont broyés et extraits; la vésicule est lavée largement par des injections boriquées tièdes.

L'opération ainsi pratiquée donne d'assez bons résultats; la statistique de Denucé, comportant 45 cas, fournit une mortalité de 25 pour 100; Tait qui a fait 21 cholécystotomies n'a eu que deux morts, dont une dans un cas de cancer du pancréas; mais une statistique de Depage portant sur 72 cas relève un total de 15 morts soit 18 pour 100.

Un sérieux inconvénient de cette opération réside dans la création d'une fistule biliaire; celle-ci se ferme souvent d'elle-même au bout d'un certain temps; mais elle persiste souvent indéfiniment. Sur les 59 opérés de la statistique de Depage qui ont survécu, 25 ont conservé une fistule persistante. Il est d'ailleurs des cas d'oblitération du canal cholédoque où la cholécystotomie suivie de fistule persistante et à cause de cette fistule même est une opération palliative comme la colotomie; elle permet aux voies biliaires encombrées de se dégager et amène une amélioration momentanée qui sera fort appréciée des malades. Mais la perte pour l'économie de la sécrétion biliaire est incompatible avec la vie.

Von Winiwarter, avec une persévérance qui n'a eu d'égale que la patience de la malade, est parvenu à rétablir le cours de la bile, arrêtée par l'oblitération du canal cholédoque, en anastomosant la vésicule à une portion de l'intestin. La malade a guéri après six in-

terventions successives. Cette méthode trouvera sans doute des partisans dans des cas semblables.

Cholécystectomie. — Frappé des inconvénients de la fistule biliaire, des insuccès de la cholécystotomie en cas de tumeur calculeuse de la vésicule, Langenbuch, s'appuyant d'autre part sur des expériences antérieures, a proposé et pratiqué en 1882 l'extirpation de la vésicule biliaire. La thèse de Denucé renferme un relevé de huit opérations de ce genre; cinq appartiennent à Langenbuch, une à Courvoisier, deux à Thiriari; Thiriari lui-même au dernier congrès de chirurgie a apporté un relevé de 22 cas sur lesquels le chiffre de cholécystectomie devrait donc, pour Thiriari, la faire préférer à la simple ouverture de la vésicule. Elle aurait d'ailleurs cet autre avantage de procurer une guérison radicale. Il est évident que la cholécystectomie ne serait pas applicable aux cas où le canal cholédoque est définitivement oblitéré.

Les deux opérations ont donc chacune des indications spéciales; toutes deux méritent d'être connues et pratiquées dans les limites déjà larges que nous leur avons assignées.

CHAPITRE IV

TUMEURS DE LA VÉSICULE BILIAIRE.

En dehors des tumeurs liées à la lithiasé biliaire, on est en droit de dire que les néoplasmes de la vésicule sont presque toujours des tumeurs malignes. Avec celles-ci coexistent d'ailleurs constamment des calculs biliaires. Souvent secondaires et propagées, elles sont cependant parfois primitives, et appartiennent soit aux variétés du carcinome, soit à l'épithélioma cylindrique. Tantôt le cancer est infiltré, tantôt il est bourgeonnant; la forme villeuse est assez fréquente; enfin le foie est toujours envahi de très bonne heure ainsi que les ganglions.

Les cancers de la vésicule sont donc peu justifiables de la cholécystectomie, sauf peut-être tout à fait au début. La douleur et l'ictère, joints à la cachexie sont les meilleurs signes de l'affection; la tumeur est petite, difficile à percevoir, rarement rapportée à sa véritable origine.

CINQUIÈME PARTIE

LÉSIONS VITALES ET ORGANIQUES DE LA RATE

CHAPITRE PREMIER

ABCÈS DE LA RATE.

Le parenchyme de la rate comme celui du foie est le siège de suppurations assez diverses: abcès métastatiques, splénite diffuse de Cornil et Ranvier, vrais abcès chirurgicaux.

Les *abcès métastatiques* sont assez rares et peu nombreux à la rate; leur volume varie d'une tête d'épingle au volume d'une noisette. Comme ceux du foie, ils sont précédés d'un infarctus brunâtre dont la base est, en général, à la périphérie, contre la capsule; aussi observe-t-on souvent de la péri-splénite et même de la péritonite suppurative.

L'infiltration de tout le parenchyme splénique par la suppuration, constitue la *splénite diffuse*, véritable phlegmon diffus de la rate, quelquefois nommé gangrène splénique. — Cette forme, très rare et très grave, intéresse plus les médecins que les chirurgiens.

Les *vrais abcès chirurgicaux* de la rate se développent tantôt sous des influences inconnues, tantôt, c'est le cas le plus fréquent, à la suite de l'infection paludéenne ou de la fièvre typhoïde. — On en a vu succéder aux traumatismes, contusions et ruptures de la rate compliquant ou non des fractures de côtes. Suivant Jeannel (*Dictionnaire* de Jaccoud), la splénite traumatique est rare. Enfin, ils surviennent encore à la suite de refroidissement, de surmenage, de marches forcées. Un séjour antérieur dans les pays à malaria constitue évidemment une prédisposition importante, un commémoratif à rechercher.

Anatomie pathologique. — Les grands abcès de la rate dont nous nous occuperons exclusivement, sont tantôt uniques, tantôt multiples. En général, les abcès multiples ne tardent pas à se vider les uns dans les autres et à transformer le parenchyme splénique en