

CHAPITRE III

TRAUMATISMES DES VOIES BILIAIRES

Les traumatismes des voies biliaires et de la vésicule ont été bien moins souvent observés que les traumatismes du foie, ce qui ne saurait étonner, étant donnée la situation occupée par les canaux excréteurs de cette glande, profondément cachés sous la face inférieure de l'organe, et les faibles dimensions que présentent les voies d'excrétion de la bile. Ces diverses conditions expliquent pourquoi, dans la plupart des cas, les voies biliaires pourront échapper à l'action des traumatismes.

Nous avons cru nécessaire, nous le répétons, contrairement aux classiques, de séparer nettement l'étude des traumatismes du foie de celle des traumatismes des voies biliaires, distinction qui se trouvera justifiée par l'évolution clinique et la marche des accidents, essentiellement différentes dans les deux cas, et aussi par les modifications apportées au traitement.

Historique.

Les traumatismes des voies biliaires sont restés bien longtemps dans l'oubli.

Au xvii^e siècle, Salmuth, Bonnet et Faber rapportaient les trois premières observations ; et jusqu'à la fin du xviii^e siècle on ne trouve signalés que les cas de Stuart, Alberti, Gibson, Ferrand et Skarte.

En 1824, Leseure rassemblait tous les cas publiés, et cherchait à fixer la pathologie et le traitement des blessures des voies biliaires.

Tornwaldt, en 1866, de la Bigue-Villeneuve (thèse de Paris, 1869), abordaient le même sujet.

Ludwig Mayer (München 1872, p. 188-190), réunissait ces matériaux épars, et nous donnait le travail le plus important qui ait été fait jusqu'alors sur la question. Nous passerons sous silence les thèses assez obscures de Dormont, 1874, d'Auregan, 1879, et de Brethes, 1879,

pour en arriver au travail intéressant d'Edler, 1887, dans lequel l'auteur publie la statistique la plus complète qui ait été fournie jusqu'alors sur ce sujet.

Puis viennent les mémoires de Thiersch (8^e Congrès, Berlin, 1879, p. 117-120), Uhde, cité par Routier (Soc. chir. 1892), Prolls, thèse Wurzburg, 1880.

Enfin, dans son ouvrage sur la chirurgie des voies biliaires, Courvoisier (1892) consacre un chapitre spécial aux plaies, fait une révision approfondie des statistiques antérieures de Mayer et Edler, et rapporte 48 observations, qui se répartissent en 34 ruptures sous-cutanées et 14 plaies pénétrantes des voies biliaires ; il vante, à propos du traitement les bons effets de la ponction.

La question des traumatismes des voies biliaires fut reprise par Routier à la Société de chirurgie de Paris, le 8 décembre 1892. L'auteur envisagea la question dans son ensemble, en s'arrêtant tout spécialement sur le traitement et en conseillant d'attendre pour intervenir que les symptômes aigus du début se soient apaisés. Il relate un cas où la laparotomie secondaire avait été suivie de guérison.

A la suite de cette communication de nouvelles observations furent publiées en 1892 par Kirmisson et en 1893 par Michaux qui traita avec succès son malade par la laparotomie secondaire. Cette dernière observation inspira à Desrosiers, 1894, le sujet de sa thèse inaugurale sur « les ruptures des voies biliaires par contusion de l'abdomen ».

A l'étranger, un certain nombre de faits intéressants traités par la simple laparotomie avec évacuation du foyer de bile épanchée, étaient publiés par Briddon, 1885 ; Czerny, 1890 ; Arbuthnot Lane, 1891 ; Hermes, 1892 ; Battle, 1883 ; Russel Aldridge, 1898 ; Whipple, 1898.

Mais dès 1887, Dixon plus hardi complétait la laparotomie par l'extirpation de la vésicule blessée, et en 1892 Dalton et Kehr, en 1897 Walton recouraient à la suture de la plaie vésiculaire, méthode idéale, suivie de succès dans deux cas.

Dans la séance du 21 février 1900, la Société de chirurgie de Paris s'est occupée à nouveau des traumatismes des voies biliaires à propos d'une observation de Imbert (de Montpellier), dont E. Schwartz était rapporteur.

Nous mentionnerons en terminant les articles parus il y a quelques mois dans nos traités classiques ¹.

(1) *Traité de Chirurgie* (S. Duplay et P. Reclus), 2^e édition, 1898, t. VI, p. 977. — *Traité de Chirurgie clinique et opératoire* (A. Le Dentu et Pierre Delbet), 1^{re} édition, 1899, t. VIII, p. 169.

Étiologie.

Comme les plaies du foie, celles des voies biliaires peuvent être consécutives à des traumatismes de la région hépatique produits par des armes à feu, des instruments piquants et tranchants. La paroi abdominale est alors intéressée, et souvent aussi le foie ou les organes voisins.

Il n'y a pas lieu d'insister sur ce genre de blessures, dont la pathogénie est aisée à comprendre, surtout en ce qui concerne la vésicule biliaire, les rapports de celle-ci avec la paroi abdominale étant assez intimes.

Courvoisier rapporte 14 cas de plaies pénétrantes des voies biliaires, dont 6 par coup de feu et 8 par instrument piquant ou tranchant.

Mais les plaies des voies biliaires et de la vésicule peuvent succéder à des contusions directes de la paroi abdominale, sans plaie de cette paroi ; c'est même, là, la cause la plus fréquente de rupture des voies biliaires. L'homme est particulièrement atteint, et de préférence l'homme jeune de dix à trente ans, plus exposé aux traumatismes.

Ces contusions peuvent être produites par le passage d'une roue de voiture, un coup de pied, un coup de timon ou de tampon dans la région du foie, ou bien encore par une chute d'un lieu élevé ; nous en rapporterons ultérieurement un certain nombre d'exemples dans lesquels on est intervenu chirurgicalement. Généralement le choc est violent, et presque toujours la force vulnérante agit de bas en haut, et sa surface d'application est étroite.

Routier à émis à propos du mécanisme de la rupture dans ces cas l'hypothèse suivante : « Il est probable que dans le choc violent, la paroi abdominale peut être profondément refoulée sous le foie, et qu'il se produit une sorte de compression brusque des voies biliaires entre la glande d'une part, fortement appuyée dans la concavité du diaphragme et contre la paroi postérieure du tronc, et la force contondante coiffée de la paroi abdominale d'autre part : les voies biliaires sont donc comme écrasées et éclatent ». D'après Routier, « il semble que cette rupture se produise presque toujours en avant, comme si la force contondante provoquant l'effacement de la lumière du cholédoque, refoulait violemment la bile qui, ne trouvant pas d'issue, ferait éclater soit la vésicule, soit les canaux cystiques ou hépatique ».

De même que le tissu du foie peut être rendu plus friable par suite de lésions pathologiques antérieures qui le prédisposent aux ruptures, de même les lésions antérieures de la vésicule biliaire ont une influence sur le résultat des traumatismes.

On trouve citée partout cette histoire d'un maréchal-ferrant qui tua sa femme en lui assénant un coup de poing sur l'hypocondre : l'autopsie montra la vésicule biliaire remplie de calculs et largement déchirée. Hoffmann rapporte une observation tout à fait semblable, si ce n'est que la femme fut tuée d'un coup de bâton. On peut également citer les faits de Salmuth, d'Albert et de Bouet, etc.

La rupture des voies biliaires s'explique alors, soit par la friabilité de la paroi altérée, soit par l'hydropisie de la vésicule, soit enfin par sa distension par la bile.

Dans un cas de Janeway, cité par Courvoisier, on attribua la rupture de la vésicule à la traction exercée par de vieilles adhérences sur la vésicule lithiasique.

Anatomie pathologique.

Nous n'insisterons pas, au cours de cette étude, sur les lésions de la paroi produites par les armes à feu, les instruments piquants ou tranchants. Nous en avons déjà parlé à propos des plaies du foie, et ces lésions ne sauraient différer dans les deux cas.

Toutes les parties des voies biliaires ont été atteintes. La vésicule biliaire, au niveau de son fond, a été souvent plus ou moins déchirée, ce qui s'explique aisément étant donnée la situation relativement superficielle de cette portion du réservoir de la bile.

Fréquemment les plaies des voies biliaires sont accompagnées de blessures du foie plus ou moins étendues, ou encore de quelque lésion des organes voisins (estomac, intestin, etc.). C'est là un point commun aux traumatismes du foie et des voies biliaires.

On a cité des cas dans lesquels la vésicule biliaire, avec la substance hépatique adjacente, se trouva séparée complètement du reste du foie ; Ogston et Kilgour en ont relaté deux exemples remarquables.

Quant à la forme, à la situation, à l'étendue des lésions de la vésicule ou des canaux excréteurs, elles sont très mal connues, soit, comme le dit Routier, parce que les malades guérissent et qu'on ne sait rien sur les lésions anatomiques, soit parce qu'ils ont presque

toujours assez vécu pour permettre aux lésions de disparaître ou d'être tellement cachées par les néo-membranes, qu'on n'a pas pu en déterminer le siège exact.

Quoi qu'il en soit, le résultat d'une blessure des voies biliaires est l'épanchement de la bile, mêlée à une quantité plus ou moins considérable de sang dû aux lésions voisines, en particulier celle du foie. Dans la cavité péritonéale où elle se collecte, la bile occupe en général la partie latérale droite de l'abdomen, comme les épanchements sanguins dans les traumatismes du foie. La collection, suivant son volume, s'étend de l'hypocondre droit au flanc droit et jusqu'à la fosse iliaque du même côté, refoulant à gauche tout le paquet intestinal, et est arrêtée seulement par l'insertion du mésentère.

Dans une observation de Routier les anses intestinales n'opposaient à la bile qu'une barrière incomplète, aussi avait-elle pénétré dans le petit bassin qu'elle remplissait et même dans le flanc gauche sur l'autre face du mésentère, mais en bien moindre quantité.

Dixon rapporte une observation où l'épanchement de la bile était rétro-péritonéal. Un examen attentif révélait un léger empatement avec matité à la percussion, à peu de distance à droite et au-dessus du cæcum; une ponction pratiquée en ce point permit de retirer une certaine quantité de bile. « La bile était descendue le long du bord postérieur du côlon ascendant, en dehors du péritoine, jusqu'au point où on avait ponctionné, fait qui a été mis hors de doute par l'autopsie ».

Le volume de ces collections est essentiellement variable et tient à la quantité de bile épanchée; il peut être considérable dans certains cas, témoin le fait rapporté par Landerer où une première ponction permit d'enlever 8 litres de bile de la cavité abdominale, et celui de Uhde où la ponction fournit 14 kilogrammes de liquide analogue à la bile.

Au bout d'un certain temps la collection de bile est entourée par une néo-membrane qui lui sert d'enveloppe et la sépare des parties voisines. Cette fausse membrane par sa face externe lisse tapisse le péritoine pariétal et le péritoine viscéral; elle réunit entre elles les anses intestinales, et unit celles-ci aux organes voisins. Dans une autopsie pratiquée par Thiersch, la membrane enveloppante se laissait facilement détacher du péritoine sous forme de grands lambeaux et se montrait si résistante qu'avec un peu de patience on aurait pu l'enlever comme un moule presque parfait de la cavité abdominale.

Dans un cas de Drysdale l'enveloppe de la collection simulait la paroi d'un kyste.

L'épaisseur de la fausse membrane est variable: dans le fait de Thiersch auquel nous venons de faire allusion, elle était épaisse de 2 à 3 millimètres.

La surface interne est rugueuse, colorée en jaune par la bile. Routier et d'autres auteurs avant lui, ont insisté sur la difficulté qu'il y avait à retrouver, à la surface interne de la fausse membrane, l'orifice de communication de la cavité kystique avec les voies biliaires, orifice par lequel avait dû s'écouler la bile. Et de fait, même dans les cas où l'autopsie a pu être pratiquée, il a été impossible le plus souvent de trouver l'orifice en question, qui est parfaitement dissimulé par les néo-membranes.

Toutefois, il ne saurait toujours en être ainsi, et dans l'observation publiée par Drysdale, dont nous avons déjà parlé, « on put découvrir sur la face interne du kyste un orifice qui communiquait avec le canal cholédoque, trois quarts de pouce au-dessous du conduit cystique ».

Remarquons en passant que les expériences pratiquées sur les animaux ont permis de constater la réparation rapide des plaies faites sur les voies biliaires.

De Lesser (de Leipzig), cité par Thiersch, rapporte que sur des chiens où on avait cherché à obtenir une fistule biliaire permanente intra-péritonéale, quel qu'ait été le procédé opératoire employé, les plaies étaient bientôt obstruées et l'excrétion biliaire cessait. Enfin, Rodolfo Schwarz, en 1889, dans une série d'expériences analogues, arriva aux mêmes résultats.

Au point de vue de sa constitution, la néo-membrane examinée dans un cas de Thiersch, un mois après l'accident, est colorée en jaune par la bile sur sa face interne. Les couches plus profondes sont incolores ou gris rougeâtre et parcourues par des vaisseaux de nouvelle formation. La couche jaune contient des restes de cellules et des noyaux réunis par un ciment granuleux; les deux couches ne se laissent pas séparer l'une de l'autre, et sur une coupe verticale, on voit la couche des vaisseaux pénétrer par plusieurs points dans la couche jaune jusque près de sa surface. Primitivement la fausse membrane a dû être colorée en jaune dans toute son épaisseur et le pigment a disparu au fur et à mesure que se formaient les vaisseaux.

Le contenu de la collection est représenté dans la plupart des

observations par la bile pure ou par un mélange de bile et de liquide sécrété par le péritoine.

Nous laissons de côté la description des accidents septiques qui peuvent accompagner les traumatismes des voies biliaires comme ceux du foie et dont nous avons suffisamment parlé à propos de ces derniers.

Symptômes.

Au moment où se produit l'accident, le blessé perd souvent connaissance et reste plongé pendant un temps plus ou moins long dans un état de collapsus quelquefois très profond. Il présente tous les signes de la contusion abdominale : la partie inférieure du thorax et la région hépatique sont le siège d'une vive douleur ; l'abdomen est légèrement ballonné ; le pouls est petit, fréquent ; le facies pâle et anxieux ; il y a quelques envies de vomir ; des vomissements alimentaires peuvent même survenir si le traumatisme suit de près le dernier repas.

Bien entendu il en est ici comme dans les cas de traumatismes du foie ; la paroi peut être plus ou moins gravement atteinte suivant que la blessure est le résultat d'une plaie par arme à feu ou par un instrument tranchant, et alors il peut y avoir issue de l'intestin, de l'épiploon ou de quelque organe voisin du foie. Mais dans bien des cas, il existe à peine quelques traces de contusion à la surface de la paroi abdominale, malgré la violence du choc.

Peu à peu le blessé sort de cet état de collapsus où l'avait plongé le traumatisme, et des accidents de réaction péritonéale apparaissent constituant un tableau tout spécial qui est assez caractéristique des traumatismes des voies biliaires. La douleur, vive, se localise dans la région hypogastrique ou dans l'hypocondre droit, avec irradiations vers l'épaule droite signalées dans le cas de Hermes ; le ventre est partout sensible, mais particulièrement dans la région sous-hépatique, la paroi abdominale y est contracturée, en état de défense. Les nausées persistent, accompagnées de vomissements bilieux parfois incessants, comme dans les observations de Routier et Fryer ; la soif est ardente et, généralement dans les premiers temps qui suivent l'accident, on observe de la constipation. En même temps le ventre se ballonne, il augmente progressivement de volume sous l'influence de l'épanchement de bile qui se fait dans la cavité abdominale et des troubles intestinaux dus à la réaction péritonéale.

Ce ballonnement peut atteindre dans certains cas des proportions énormes, puisque, dans un fait signalé par Uhde, le ventre mesurait jusqu'à 125 centimètres de circonférence. Ces dimensions n'ont pas lieu d'étonner lorsqu'on sait les quantités considérables de bile qui peuvent s'épancher dans la cavité péritonéale.

A la percussion, on constate de la sonorité dans la partie gauche de l'abdomen, de la matité à droite, là où la collection de bile tend à s'enkyster. A la palpation, qu'il faut pratiquer avec douceur, on trouve au niveau de la matité une fluctuation parfois très nette.

L'épanchement de la bile peut être assez considérable pour amener parfois une dyspnée intense liée au refoulement du diaphragme et pouvant aller jusqu'à l'asphyxie ; les observations de Kirmisson et de Landerer sont, à cet égard, très caractéristiques. Ce refoulement du diaphragme peut s'accompagner du déplacement des organes voisins : le foie et le cœur sont refoulés vers le haut, comme dans le cas de Hermes. Chez le malade observé par Kirmisson, il existait une toux sèche, et l'examen de la poitrine révélait en arrière et à droite une matité absolue dans le tiers inférieur de la cage thoracique, du souffle pleurétique et de la voix de jeton. Pour remédier à l'asphyxie on pratiqua une ponction de la fosse iliaque droite, ponction qui donna issue à 8 litres et demi de liquide, la respiration se fit alors aisément, tous les signes stéthoscopiques disparurent et bientôt la guérison fut complète.

Les accidents peuvent être suivis, d'une façon plus ou moins immédiate, mais pas plus tard généralement que dans la seconde semaine, dit Courvoisier, d'un ictère caractéristique. Cet ictère, dû à la résorption de la bile épanchée, peut être plus ou moins marqué ; il peut s'accompagner d'urines ictériques et de décoloration des selles. D'après Courvoisier l'ictère a été observé 10 fois dans 24 cas ; 8 fois seulement il s'accompagnait de la décoloration des fèces. Ceci indique naturellement que toute la bile s'écoule dans la cavité abdominale ; car s'il existe un écoulement partiel de la bile dans l'intestin, cette décoloration des selles ne s'observe plus. La pathogénie de l'ictère a été étudiée par Hayem¹ sur un petit malade qui avait eu une rupture traumatique de la vésicule, et chez lequel il a pu suivre la marche de la bile. Les ganglions mésentériques étaient colorés en vert foncé ; il en était de même pour les lymphatiques qui formaient des trainées de même couleur ; dans le médiastin posté-

(1) Hayem. *Compte rendu de la Société médicale des hôpitaux*, Paris, novembre 1899, p. 341.

rieur suivait une trainée verdâtre correspondant au canal thoracique ; enfin cette coloration verte se retrouvait dans tous les ganglions du médiastin, dans les ganglions bronchiques et dans ceux de la base du cou.

Dans un grand nombre d'observations, on constate qu'à la constipation succède généralement de la diarrhée à une période plus ou moins éloignée du début des accidents. En même temps l'état général du sujet s'altère profondément.

La température oscille entre 37°,6 et 38° dans la plupart des cas. La réaction fébrile est donc peu intense, c'est là un fait que nous tenons à bien mettre en relief, car il nous a particulièrement frappés. Si la température s'élève, c'est que l'élément septique de la bile intervient pour transformer des accidents de péritonite subaiguë, en accidents de péritonite suraiguë. Le pouls est fréquent, petit, misérable ; il y a dissociation de la température et du pouls, puisque dans le cas signalé par Landerer, le pouls était à 140 avec une température normale. Le visage fatigué exprime un affaiblissement profond de l'organisme, l'amaigrissement survient, analogue à celui qu'on observe chez les animaux porteurs de fistule biliaire.

En somme il existe des accidents de réaction péritonéale, mais peu intenses ; la bile semble agir par sa présence surtout comme liquide irritant au contact de la séreuse, déterminant ce que les auteurs décrivent sous le nom d'inflammation séro-fibrineuse, mais à une condition, et c'est là un fait capital sur lequel il importe de bien insister, *c'est que les voies biliaires et la bile soient parfaitement aseptiques avant l'accident.*

Cette bile pure détermine des accidents irritatifs qui évoluent lentement, progressivement, et qui amènent la mort par affaiblissement, par émaciation (cas de Drysdale, de Thiersch, etc.), due à la déperdition d'un liquide utile à l'organisme ; peut-être aussi par une action toxique encore mal définie invoquée par quelques auteurs, sans qu'on sache exactement quel en serait l'agent parmi les divers éléments de la bile.

Mais que la bile soit septique, que des germes venus de l'intestin parviennent jusqu'à la collection, ou soient apportés par le sang qui presque toujours est mélangé à la bile, et l'on verra éclater rapidement des accidents de péritonite septique aiguë le plus souvent mortels.

Nous ferons remarquer en passant que le péritoine des animaux

présente une tolérance remarquable pour les épanchements de bile aseptique. De Lesser, cité dans le travail de Thiersch, rapporte que dans des expériences pratiquées sur des chiens, des quantités très grandes de bile épanchée dans la cavité abdominale, non seulement ne provoquent aucune irritation du péritoine, mais sont aussi très rapidement résorbées.

Schwarz, Emmert, Amussat, Bostroem, Hering et Villaderbo ont aussi démontré par des expériences sur les animaux que la bile normale est sans danger pour la cavité péritonéale.

Aux phénomènes que nous venons de signaler peuvent se trouver associés d'autres symptômes liés aux lésions des organes voisins : les vomissements de sang, les selles et les urines sanglantes sont signalés dans un certain nombre d'observations.

La *marche* des accidents n'est pas toujours telle que nous l'avons décrite. Les phénomènes de collapsus du début peuvent faire totalement défaut ; chez un malade de Todd qui avait été écrasé par une voiture, les symptômes primitifs se montraient insignifiants ; le malade ne s'était pas alité, on le croyait déjà convalescent et il allait quitter l'hôpital, lorsque tout à coup apparut une douleur intense dans l'abdomen, et le malade succomba avec les symptômes d'une péritonite suraiguë le neuvième jour de sa maladie. On constata à l'autopsie des ruptures du parenchyme hépatique et de la vésicule biliaire, avec une collection de bile dans la cavité abdominale. Un autre blessé de Thiersch, également écrasé par une voiture, resta quatorze jours sans s'aliter, et fut transporté à l'hôpital pour douleurs croissantes dans l'abdomen et les signes d'un épanchement bilieux intra-péritonéal.

Dans certains cas cités par Martel (*Bull. de la Soc. de chirurgie*, Paris, 1882), la guérison spontanée a été quelquefois observée. Cauchois dans l'*Union médicale* de Paris (1872), rapporte un cas où la guérison a été obtenue sans intervention grâce à la formation d'une fistule biliaire : tout à coup au niveau de la plaie extérieure, cicatrisée, il y eut irruption d'un flot de bile collectée dans la cavité péritonéale ; la fistule biliaire persista pendant 12 jours et se cicatrisa.

Le *pronostic*, tout en restant grave surtout à cause des accidents de collapsus du début, est donc moins redoutable qu'on ne le dit généralement, puisque la guérison spontanée a pu être observée dans

des cas rares, il est vrai. Ce pronostic est rendu plus favorable encore grâce aux progrès de la chirurgie abdominale et à l'emploi des interventions précoces sur les indications desquelles nous reviendrons et qui seules permettront d'éviter les accidents d'amaigrissement et d'émaciation, qui ont été souvent causes de la mort.

Le pourquoi des variations dans la gravité des épanchements de la bile a fait l'objet de nombreuses controverses. Loreta et Tizzoni, dans une discussion au Congrès italien de chirurgie de 1888, admettaient que la bile provenant de la vésicule biliaire était seule toxique pour le péritoine. Postempski et Morris estiment que la gravité de la complication tient avant tout au mode d'écoulement de la bile : les épanchements continus seraient très graves, tandis que les épanchements brusques seraient beaucoup mieux tolérés.

Nous estimons avec Rohmer et Vautrin que l'élément capital du pronostic c'est l'état des voies biliaires au point de vue septique. Indépendamment des microbes qui peuvent être introduits dans la cavité abdominale au moment d'une plaie pénétrante de l'abdomen, il faut tenir grand compte des microbes qui peuvent être versés dans le péritoine par les voies biliaires antérieurement malades ou infectées secondairement. C'est ce qu'avaient parfaitement compris Cauchois et Martel lorsqu'ils insistaient sur l'innocuité de la bile normale. En 1872, Cauchois disait : « Généralement le pronostic est réputé très grave, c'est qu'il s'agit le plus souvent d'épanchements consécutifs à un travail ulcératif survenu pendant le cours d'une affection non traumatique des voies biliaires. Il y avait un état pathologique plus ou moins ancien. En pareil cas la bile ne saurait être regardée comme douée de ses propriétés physiologiques ».

Et passant à une idée de même ordre, il ajoutait : « L'irritation exercée par l'urine sur les tissus où elle est épanchée est bien différente suivant que ce liquide possède encore ou a perdu ses qualités normales, suivant que le contact a lieu chez un individu sain ou chez un fébricitant. Il y a innocuité des urines normales mises en contact avec les tissus d'un sujet en parfaite santé ».

Nous avons vu, en somme, dans cette étude que les traumatismes des voies biliaires offrent un tableau clinique assez spécial pour permettre assez souvent de les diagnostiquer, tableau, en tout cas assez différent de celui des plaies du foie.

Dans l'un c'est l'épanchement de bile qui devient la source d'accidents péritonéaux à évolution lente et progressive tant que l'élément

septique n'intervient pas ; dans l'autre, ce sont les symptômes de l'hémorragie qui dominant la scène. Ce qui ne veut pas dire, assurément, qu'il ne puisse y avoir épanchement de sang en même temps qu'épanchement de bile dans les plaies des voies biliaires, et réciproquement dans les traumatismes du foie ; mais l'épanchement de bile est le fait dominant dans le premier cas, et imprime à la lésion un caractère particulier ; comme l'épanchement de sang dans le second cas donne une physionomie toute spéciale au traumatisme du foie.

Traitement.

Ici, deux questions se posent : *Quand faut-il intervenir ? — Comment faut-il intervenir ?*

Indications opératoires. — Il y a des cas où l'intervention ne saurait être discutée ; toutes les fois qu'il existe une plaie de la paroi abdominale, qu'elle ait été produite par un instrument piquant, tranchant ou par une balle, du moment qu'il y a pénétration dans la cavité abdominale, il faudra pratiquer la *laparotomie immédiate* : elle permettra de remédier à une lésion des voies biliaires, et si celle-ci n'existe pas, elle aura le grand avantage de rendre possible la désinfection de la cavité péritonéale.

Même dans les cas douteux où la pénétration ne saurait être affirmée, mieux vaut encore pratiquer la laparotomie exploratrice, qui ne fera courir au malade aucun danger si pendant l'intervention l'asepsie est rigoureusement observée.

Quand il y a seulement contusion de la paroi abdominale sans plaie des téguments, beaucoup d'auteurs se prononcent pour l'expectative.

C'est l'opinion qu'émettait Routier, à la Société de chirurgie de Paris, le 7 décembre 1892, à propos d'une discussion sur « la Rupture des voies biliaires consécutives aux contusions abdominales ».

Ce chirurgien se demandait si, en présence d'une rupture des voies biliaires, *on doit agir de suite ou attendre* : « La théorie est pour l'opération immédiate ; mais la pratique est ici en contradiction. D'abord le diagnostic précoce de la rupture des voies biliaires est fort difficile, sinon impossible ; d'autre part la péritonite qui la suit est limitée, non mortelle. L'intervention sera bien plus bénigne quand les symptômes aigus du début se seront apaisés, et c'est là je crois le plus sage parti à prendre.