

les jours suivants, lavages et pansements seront renouvelés aussi souvent qu'on le jugera nécessaire.

§ 2. — Abscès et kystes hydatiques du foie

A. — Abscès du foie

Bibliographie. — LOUIS, *Recherches d'anat. path.*, Paris, 1826. — LARREY, *Mém. de chir. milit.*, t. II. — HASPEL, *Mémoires sur, etc.*, in *Recueil de mém. de méd. milit.*, 1843, t. LV. — *Maladies du foie en Algérie, même Recueil*, 1845, t. LVIII; *Maladies en Algérie*, Paris, 1850. — CATTELOUP, *Recueil de mém. de méd. milit.*, 1845, t. LVIII, p. 34. — PÉRIER, *Recueil de mém. de méd.*, 2^e série, 1857, t. XIX. — BUDD, *On the Diseases on the liver*, London, 1851. — ROUIS, *Recherches sur les suppurations endémiques du foie*, 1860. — L. COLIN, *Gaz. hebdomadaire*, 1873. — STARR, *Transact. of the College of Physicians*, t. II, 1876. — STEPHEN MACKENZIE, *Brit. Med. Journ.*, 1878. — LAVERAN, *Arch. de phys.*, 1879. — *Discuss. à la Soc. de méd. de Londres*, in *The Lancet*, 1881. — KELSCH et KIENER, *Arch. de phys.*, 3^e série, t. V, 1884.

Étiologie. — Les abcès du foie constituent essentiellement une affection des pays chauds; fort rares dans nos contrées, quelques personnes même en ont nié l'existence, ils deviennent communs à partir de la zone méditerranéenne. En Algérie, durant les premiers temps de l'occupation, ces abcès se montraient nombreux, on les voyait surtout dans les postes dont l'altitude était peu considérable, sur le littoral et dans la province d'Oran. En descendant plus au sud leur fréquence augmente; un quart des décès au Sénégal sont imputables à cette cause. Ils occupent aussi une large place dans le chiffre de la mortalité de l'armée anglaise aux Indes. On observe les abcès du foie pendant l'automne, mais, ainsi que le fait remarquer L. COLIN, ils se forment probablement dans le cours de l'été.

Quelques auteurs ont cru trouver une connexité entre les abcès du foie et les fièvres intermittentes, nous savons aujourd'hui que ces deux maladies n'affectent aucun rapport entre elles. Il n'en est pas de même pour la dysenterie; la répartition géographique des deux maladies se fait de la même manière. A l'exception d'ANNESLEY, tous les épidémiologistes, en particulier ROUIS, DUTROULEAU, CATTELOUP, admettent que le développement de ces abcès est maintes fois consécutif à la lésion intestinale.

D'une façon générale les hommes sont plus souvent atteints que les femmes; l'imminence morbide paraît surtout redoutable pendant les premiers mois du séjour dans les pays chauds.

En dehors de ces conditions climatériques, nous devons signaler parmi les causes des abcès du foie l'action du traumatisme, qui semble avoir été des plus nettes dans certaines observations.

Anatomie pathologique. — L'abcès du foie forme généralement un foyer unique, parfois on en trouve deux, rarement davantage. RENDU, relevant les autopsies faites par DUTROULEAU, ROUIS et les médecins de la marine à l'hôpital de Saïgon, arrive à un chiffre de quatre cent quarante-huit (448)

cas dans lesquels cent soixante-treize (173) fois l'abcès était unique, quarante-trois (43) fois seulement il était double; onze (11) fois il existait trois foyers, et vingt et une (21) fois un plus grand nombre. L'examen comparatif des mêmes observations montre que l'abcès, dans les deux tiers des cas, occupe le lobe droit de l'organe, le lobe gauche chez un quart des malades; exceptionnellement la collection se rencontre dans le lobule de Spiegel.

Le développement de l'abcès dépend en grande partie du temps qui s'est écoulé depuis sa formation. Les grands abcès ont le volume d'une orange, fréquemment ils atteignent des dimensions plus considérables et laissent échapper un ou plusieurs litres de pus.

Dans la majorité des circonstances ce liquide offre les caractères du pus louable et de bonne nature, parfois la présence d'une certaine quantité de sang lui donne une couleur brun chocolat. Lorsqu'il n'existe aucune communication entre le foyer et les autres organes, le liquide n'a pas de mauvaise odeur; dans le cas contraire, la suppuration devient putride et gangréneuse. Dans deux abcès nécrotiques, consécutifs à la dysenterie, KELSCH et KIENER ont rencontré des amas de micrococcus au milieu des parties nécrosées.

Les lésions histologiques ont été étudiées avec soin par les auteurs précités, nous nous bornerons à reproduire ici les principales conclusions de leur travail. « Dans tous les abcès du foie, la formation du pus est accompagnée de phénomènes de nécrose parenchymateuse. Les cellules hépatiques comprises dans le territoire de l'abcès, lorsque celui-ci est intra-acineux, ou voisines de l'abcès quand il se développe dans la capsule de Glisson, sont habituellement privées de noyaux et réfractaires aux diverses matières colorantes, c'est-à-dire présentent les caractères de la nécrose, mais elles sont rapidement détruites par la désagrégation granuleuse et ne persistent pas ordinairement sous forme de blocs réfringents, ni ne se conglomèrent en masses compactes colorées vivement par le picro-carmin et le violet de gentiane. L'abcès, en voie de ramollissement, donne lieu le plus souvent à un pus légitime formé de leucocytes nécrosés, libres dans un plasma liquide; et lorsque la paroi de l'abcès est constituée par une membrane fibreuse, celle-ci fournit du pus et ne se recouvre pas d'un exsudat diptéritique. »

Symptômes. — Pendant la première période du développement de ces abcès, la lésion du foie bornée à une simple inflammation se traduit par des symptômes fort différents. Tantôt la maladie, absolument latente, donne lieu à de simples malaises, avec embarras du côté des voies digestives, tantôt les phénomènes morbides sont beaucoup plus marqués. Le début est franchement aigu; à la suite d'une fatigue, d'un écart de régime, les sujets accusent dans l'hypocondre droit une douleur vive (point de côté hépatique), en même temps la température s'élève, on observe des symptômes d'embarras gastrique et un état bilieux plus ou moins prononcé. L'examen du foie révèle presque toujours alors une augmentation de volume; l'organe tuméfié déborde les fausses côtes.

La suppuration, quelle qu'ait été l'origine du mal, est annoncée par une série de symptômes caractéristiques, les phénomènes généraux dominent la scène, la fièvre prend une allure franchement intermittente, affectant le type tierce.

Le thermomètre monte à 40°, 41° et se maintient pendant toute la durée de l'accès à ces températures élevées. Bientôt se développent les symptômes fonctionnels. Signalons d'abord la douleur, qui d'après ROUIS se rencontre chez les quatre cinquièmes des sujets; généralement elle affecte un caractère d'acuité extrême et présente des irradiations du côté de l'épaule droite. Le maximum de ces irradiations se rencontre au niveau du deltoïde droit et des attaches du sterno-mastoïdien; ANNESLEY regarde ces douleurs scapulaires comme un indice certain de la suppuration de la face convexe du foie. Avec la souffrance existent en général de la dyspnée et de la toux.

Du côté du tube digestif, les troubles gastro-intestinaux s'accroissent, les vomissements sont rares, l'ictère ne se montre guère que dans le quart des faits. Dès que la collection purulente a acquis un volume appréciable, une voussure exagérée de l'hypocondre droit révèle sa présence, les côtes sont déjetées en dehors, les espaces intercostaux élargis, la percussion dénote toujours une augmentation considérable du volume de l'organe, la palpation faite avec soin permet parfois de reconnaître la fluctuation.

Diagnostic. — Le diagnostic est souvent des plus difficiles; la douleur, le point de côté, les symptômes fébriles du début pourront faire songer à une inflammation de la plèvre, mais l'examen de la poitrine éloignera bientôt cette idée. Lorsque la tumeur a acquis un développement appréciable, on peut se demander s'il s'agit d'un kyste hydatique ou de toute autre tumeur du foie. L'analyse des urines fournira ici des renseignements précieux. D'après PARKES et MURCHISON, lorsque la collection purulente est formée, la quantité d'urine excrétée dans les vingt-quatre heures diminue; de plus, le chiffre d'urée se montre beaucoup plus faible; une malade de BROUARDEL ne rendait plus par vingt-quatre heures que 800 grammes d'urine dans laquelle on trouvait 8 grammes d'urée.

Pronostic. — Le pronostic des abcès du foie est toujours excessivement grave. Abandonnés à eux-mêmes, ils n'ont, dans la moitié des cas, aucune tendance à s'éliminer, ou bien, comme les kystes hydatiques, ces abcès se font jour dans la poitrine, l'abdomen, ou à l'extérieur à travers la paroi abdominale, fait rare; suivant ces différentes issues le pronostic diffère notablement. Lorsque le pus se répand dans le péritoine, la mort est presque la règle. L'ouverture dans le poumon avec vomique et surtout dans le côlon sont, après l'ulcération des parois de l'abdomen, le mode de terminaison le plus favorable. Tout abcès intra-hépatique qui ne s'ouvre pas au dehors devient fatalement mortel, à moins qu'il ne réussisse à s'enkyster, circonstance exceptionnelle et que l'on observe seulement pour les abcès de petit volume (statistiques d'ANNESLEY, ROUIS, DUTROULEAU).

Traitement. — Étant donné ce qui précède, dès que l'existence d'une collection hépatique est reconnue, le chirurgien doit l'évacuer le plus rapidement possible. Les moyens dont nous disposons seront exposés à propos du traitement des kystes, nous nous bornerons à retracer ici les conclusions de BONNET, d'après RENDU.

« Nous conseillons, dit cet auteur, de débiter par la ponction capillaire avec aspiration, parce que, si l'abcès est récent et opéré de bonne heure, il peut

guérir facilement; si après plusieurs aspirations on constate que le liquide se reproduit incessamment et que l'état général du malade devient moins bon, il faut chercher à obtenir un écoulement continu du pus, soit par la sonde à demeure, soit par l'ouverture avec des caustiques. » Ajoutons que l'on fera deux fois par jour, et avec le plus grand soin, le lavage antiseptique de la poche.

B. — KYSTES HYDATIQUES DU FOIE

Bibliographie. — RÉCAMIER, *Revue méd.*, 1825. — BÉGIN, *Journ. heb.*, 1830. — BOINET, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1851, et *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1860. — LEUDET, *Arch. gén. de méd.*, 1860. — HILTON FAGE et DURHAM, *On the Electrolyt. Trait.*, in *Brit. Med. Journ.*, 1870. — DIEULAFOY, *Diagn. et trait.*, in *Traité de l'aspiration*, Paris, 1873. — DESNOS, *Bull. de therap.*, 1875. — Art. FOIE par RENDU, in *Dict. encycl.*, 1879 (Bibliogr.). — GALLIOT, *Bull. de therap.*, 1879. — KIRCHNER, Berlin, 1879. — ROGER, *Bull. de therap.*, 1880. — BECKER, *Berl. klin. Wochens.*, n° 28, p. 421, 1879. — TEISSIER, *Trait.*, in *Lyon méd.*, 1880. — KÜSTER, *Deutsch. Med. Woch.*, n° 1, 1880. — CHAUVEL, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1881. — SOLLAUD, *Arch. de méd. nav.*, 1882, t. XXXVII. — KORAK, *Berl. klin. Woch.*, 1883. — SCHWARTZ, *Arch. gén. de méd.*, mai 1884.

Thèses de Paris. — 1856, DOLBEAU, CADET-GASSICOURT. — 1857, GUÉRAULT. — 1866, P. MARIUS. — 1869, HABRAN. — 1873, LETOURNEUR. — 1875, FEYTAUD. — 1877, DEGOIX, MAGNAN. — 1879, DUVERNOY, DICHARD. — 1880, PARMAND. — 1881, COFFIGNY, CREIX, LAUNAY, ORTIZ, TURC. — 1884, MOURANDY.

Les kystes hydatiques du foie sont caractérisés par la présence dans ce viscère d'une poche spéciale qui contient un liquide transparent et limpide, dans lequel on trouve un grand nombre de petites vésicules dont la grosseur varie depuis un grain de millet jusqu'au volume d'un œuf de poule (hydatides).

Les petites hydatides sont adhérentes à la paroi de la poche (vésicule mère), les plus volumineuses flottent libres dans le liquide; à la face interne de ces vésicules et aussi dans le liquide du kyste on rencontre des vers cestoïdes (scolex du ténia échinocoque). Les kystes hydatiques résultent de l'indroduction et du développement dans notre organisme des œufs du ténia échinocoque. Toutes les circonstances qui faciliteront la pénétration de ces œufs dans nos tissus assureront le développement des kystes. Parmi ces causes, la plus efficace est la fréquentation de certains animaux domestiques, en particulier du chien, chez lequel ce ténia échinocoque paraît excessivement commun; une série de faits démontrent la vérité de cette assertion. Les kystes hydatiques sont plus fréquents chez les habitants des campagnes que chez ceux de la ville; les femmes sont plus souvent atteintes que les hommes. Enfin la maladie acquiert son maximum dans les pays comme l'Islande, où bêtes et gens vivent pêle-mêle. Nombre d'auteurs, TILLAUX et SCHWARTZ en particulier, font jouer un rôle au traumatisme dans l'étiologie des kystes hydatiques.

Anatomie pathologique. — Il est exceptionnel de rencontrer plusieurs kystes hydatiques du foie sur le même sujet. La poche unique peut occuper toutes les parties de l'organe, cependant elle siège de préférence dans le lobe droit et sur la face convexe. Nous ne reviendrons pas sur la composition et le mode de développement de l'hydatide, cette étude ayant déjà été faite à propos

des kystes hydatiques en général. Le kyste présente un volume variable, depuis celui d'une orange jusqu'à celui d'une tête d'enfant, sa surface est déformée par des bosselures. Autour de la tumeur, le tissu du foie comprimé et irrité forme une sorte de coque fibreuse qui se confond avec la paroi même de la poche. Cette masse, en se développant, refoule les organes périphériques (poumon, estomac, intestins).

La terminaison des kystes hydatiques diffère suivant les cas; d'ordinaire, après un certain temps, le liquide contenu dans la poche devient purulent, les parois s'ulcèrent et s'il n'y a pas eu formation d'adhérences la collection va s'ouvrir dans la plaie, dans le poumon droit ou dans la cavité péritonéale. La rupture du kyste peut encore se faire du côté de la paroi abdominale antérieure ou dans le tube digestif; ces deux dernières circonstances sont de beaucoup les plus heureuses. Enfin, dans quelques cas, l'hydatide meurt et subit une série de modifications qui la réduisent à l'état de corps étranger enkysté, à peu près inoffensif pour le tissu du foie (RENDU). La pénétration de la bile dans la poche, son mélange avec le liquide du kyste comptent parmi les causes qui occasionnent habituellement la mort de l'hydatide.

Symptômes. — Tant qu'ils sont petits les kystes hydatiques ne donnent lieu à aucun symptôme bien net; les malades, dont la santé continue à être parfaite, se plaignent à peine d'une sensation de pesanteur dans l'hypocondre droit et d'un peu de gêne dans la marche. Lorsque le kyste a atteint un développement suffisant, il refoule les organes voisins et occasionne des troubles fonctionnels divers (dyspepsie, constipation, douleurs vagues, dyspnée, palpitations, vomissements); ces symptômes n'ont rien de constant.

Bien autrement importants sont les signes physiques; l'inspection de la région permet souvent de constater une voussure; si la tumeur a un certain volume, la partie inférieure du thorax est évasée, les fausses côtes sont rejetées en dehors, les espaces intercostaux élargis. La palpation révèle l'existence d'une masse plus ou moins irrégulière, rénitente, arrondie, bosselée, qui s'abaisse et s'élève avec le diaphragme quand le malade respire. Dans toute l'étendue de l'espace occupé par le foie et la tumeur, la percussion donne une matité absolue; toutefois il faut savoir qu'une anse intestinale peut parfaitement en s'interposant entre la paroi abdominale et la masse morbide occasionner une sonorité anormale et devenir cause d'erreur. L'ensemble de ces symptômes ne saurait laisser de doute au chirurgien sur la présence d'une tumeur, mais il ne lui fournit aucun renseignement sur la nature du néoplasme. Les auteurs insistent beaucoup sur la fluctuation; le frémissement hydatique, dont on a fait un symptôme pathognomonique, est un signe si rare, si difficile à percevoir, que nombre de praticiens en nient complètement l'existence; aussi la ponction exploratrice constitue une ressource précieuse. Les médecins islandais, JONASSENS entre autres, attachent un grand intérêt à la nature du liquide qu'ils obtiennent par la ponction exploratrice.

« Ce liquide peut présenter trois modalités importantes à observer, à cause des indications qu'elles fournissent pour le traitement.

« a. Liquide clair comme de l'eau de roche, ne se troublant pas par la chaleur, contenant beaucoup de chlorure de sodium. Ces signes sont pathognomoniques

du kyste hydatique à l'état de développement, n'ayant pas encore subi à aucun degré une dégénération ou une inflammation quelconque; les vésicules sont vivantes.

« b. Liquide louche, devenant opalescent si on le soumet à l'action de la chaleur, contenant beaucoup de chlorure de sodium. L'opalescence indique la mort des échinocoques dont les cadavres en se dissolvant ont abandonné au liquide la matière albumineuse dont ils sont formés.

« c. Liquide à aspect purulent ne contenant pas le plus souvent de pus en nature. Cette apparence est due à un commencement d'inflammation de la poche ou à la présence de granulations graisseuses provenant de la régression des échinocoques. Peu d'albumine, beaucoup de chlorure de sodium avec des crochets d'échinocoque dont la chitine a résisté à toutes les causes de destruction. Ces deux derniers signes indiquent sûrement un kyste hydatique.

« Ces médecins prétendent n'avoir jamais observé le frémissement hydatique, ni la forme unilatérale de l'intumescence » (GALLIOT).

C'est afin de se renseigner sur le mode de traitement à adopter et non pour déterminer la nature de la tumeur que les médecins islandais font la ponction. Cette petite opération n'est pas en effet absolument inoffensive, et l'on ne doit y avoir recours qu'étant décidé à l'intervention immédiate.

Terminaison. Pronostic. — Nous avons vu que les kystes hydatiques pouvaient s'ouvrir dans la poitrine, dans l'abdomen ou du côté de la peau. En réunissant les statistiques de DAVAINÉ et de FRERICHS, RENDU a rassemblé quatre-vingt-un (81) cas de kystes hydatiques ouverts spontanément: trente-neuf (39) se sont fait jour dans la cavité thoracique, quarante et un (41) dans l'abdomen, un seul avait perforé les parois de cette cavité. Sur les trente-neuf (39) kystes ouverts dans la poitrine, vingt-trois (23) communiquaient avec le poumon et les bronches, neuf seulement s'étaient déversés dans la plèvre; sur les quarante et un (41) kystes ouverts dans l'abdomen, vingt-trois (23) s'étaient épanchés dans l'estomac et l'intestin, onze (11) dans le péritoine. Le kyste peut encore s'ouvrir dans les voies biliaires, PIORRY et LUSCHKA ont noté chacun la rupture d'un kyste hydatique dans la veine cave.

Le pronostic est bien différent suivant les circonstances. L'ouverture d'un kyste dans la veine cave a entraîné la mort rapidement dans les deux cas précités. Les accidents sont aussi fort graves lorsque la rupture se produit dans la plèvre ou le péritoine; l'évacuation par les bronches et l'intestin est de beaucoup la plus favorable. LETOURNEUR a réuni dans sa thèse trente-deux observations dans lesquelles le kyste s'était ouvert dans les voies intestinales, sur ce nombre nous relevons vingt-sept guérisons; enfin plusieurs kystes disparaissent spontanément. Le pronostic, malgré les cas heureux, offre une gravité considérable si l'on abandonne la tumeur à elle-même.

Traitement. — Une foule de procédés ont été employés pour le traitement des kystes hydatiques. Les principales méthodes en présence sont:

1° La méthode de RÉCAMIER ou des caustiques;

2° La méthode des ponctions successives ou de DIEULAFOY;

3° La ponction simple avec un trocart volumineux.

Dans le procédé de RÉCAMIER, encore usité par un grand nombre de prati-

ciens, on applique sur la paroi abdominale, au point culminant de la tumeur, une couche de pâte de Canquoin de la grandeur d'une pièce de un franc environ. Ce caustique reste en place durant vingt minutes; le lendemain le chirurgien fend l'escarre et remet une nouvelle quantité de caustique, ainsi de suite jusqu'à ce que l'on soit arrivé au voisinage de la poche qui est alors ouverte avec le bistouri ou ponctionnée au trocart. TILLAUX a modifié un peu ce manuel opératoire; après avoir détruit avec le caustique de Vienne les différentes couches jusqu'au transverse, il enfonce dans la tumeur une flèche en pâte de Canquoin; cette flèche ne peut pénétrer qu'à la condition d'être très résistante; pour cela elle demande une préparation spéciale. RÉCAMIER et ses successeurs se proposent d'assurer la production d'adhérences entre les parois abdominales et celles de la cavité, de manière à prévenir les épanchements dans le péritoine, mais ce procédé lent, douloureux, présente de grands inconvénients et expose à la péritonite.

2° DIEULAFOY conseille de vider la poche à l'aide de ponctions capillaires et de répéter cette opération aussi souvent que le liquide se reproduit.

3° La plupart des chirurgiens préfèrent pratiquer la ponction avec un trocart volumineux; tout d'abord on laissait la canule en place, de façon à assurer l'écoulement du liquide et à faire dans la poche des injections modificatrices. Actuellement BONNET, VERNEUIL, LABBÉ, etc., substituent à la canule un tube en caoutchouc de fort calibre. « L'expérience a démontré, dit BONNET, que l'opération ainsi faite exposait moins que toute autre à un épanchement dans le péritoine, de plus le séjour de la sonde a encore pour heureux résultat de déterminer rapidement de solides adhérences, qui permettent d'achever le traitement sans danger et le plus souvent d'évacuer la totalité du contenu du kyste. » Ce procédé a donné à HARLY vingt-trois guérisons sur trente cas.

4° *Incision directe.* — Confiant dans les résultats remarquables fournis par la méthode antiseptique, un certain nombre de chirurgiens, VOLKMAN, KIRSCHNER en Allemagne, CHAUVEL en France, n'ont pas craint d'inciser en une seule fois les différentes couches qui composent la paroi abdominale. KIRSCHNER prenait la précaution de suturer le péritoine à la peau; la plupart incisent d'emblée, un drain est ensuite placé dans la cavité pour assurer l'écoulement des injections. La majorité des opérateurs se sont servis du bistouri pour les différents temps de l'opération, CHAUVEL, en employant le thermocautère, a pu arriver jusqu'au péritoine sans avoir une seule goutte de sang dans la plaie.

Telles sont les principales méthodes en présence; nous passons sous silence les divers traitements médicaux, les injections iodées de BOINET et l'acupuncture qui a donné d'assez beaux succès à THORARENSEN, médecin irlandais.

Entre les quatre méthodes précitées, à laquelle donner la préférence? Nous croyons qu'il faut se garder d'être trop absolu et se laisser guider par les indications que fournit la ponction exploratrice. Si le liquide du kyste est clair, transparent, l'aspiration capillaire pourra parfaitement suffire, elle a fourni de nombreux succès en pareille occurrence. Si au contraire ce liquide sort trouble et surtout purulent, il sera nécessaire de vider complètement la poche et d'agir rapidement; dans ces cas la ponction simple avec un trocart volumineux ou l'incision antiseptique nous semblent particulièrement indiquées.

C. — KYSTES HYDATIQUES DE L'ÉPIPLOON

Bibliographie. — DAVAINÉ, *Traité des Entozoaires*, 1860. — WITZEL, *Beitrag Chir. der Bauch. Organe*, in *Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1884, Bd. XXI, p. 139. — PÉAN, *Tumeurs de l'épiploon*.

Nous rapprocherons des kystes hydatiques du foie ceux qui apparaissent quelquefois sous l'épiploon. DAVAINÉ en avait déjà réuni dix (10) cas; d'après NEISSER, il est plus commun de trouver des centaines d'hydatides dans le péritoine qu'un kyste isolé. La plupart de ces tumeurs ont été confondues avec des kystes du foie ou avec des kystes ovariens. Cependant la présence de vésicules ou de crochets dans le liquide retiré par la ponction a pu, dans quelques cas, faire établir la véritable nature de l'affection. Plusieurs chirurgiens n'ont reconnu leur erreur qu'après avoir pratiqué la laparotomie explorative. Depuis quelques années l'intervention chirurgicale appliquée au traitement de ces tumeurs a fourni des résultats très satisfaisants. C'est en général à l'incision large que l'on donne la préférence, en ayant soin de prendre les précautions antiseptiques. HEINEKE, SCHEEREMBERG, ANNANDALE, TRENDLENBURG, SLAWJANSKI, etc., ont guéri leurs malades. Si les tumeurs ne sont pas adhérentes en arrière, WITZEL pense qu'il y aurait avantage à extirper le sac et à ne rentrer le pédicule péritoneal qu'après hémostase complète.

D. — AFFECTIONS DE LA VÉSICULE BILIAIRE. — CHOLÉCYSTOTOMIE

Bibliographie. — J.-L. PETIT, *Mém. de l'Acad. roy. de chir.*, t. 1^{er}, p. 155. — MORAND, *Ibid.*, t. III. — TUDICHUM, *Brit. Med. Journ.*, 1859. — WITZEL, *Beitrag z. Chir. der Bauch. Organe*, in *Deutsch. Zeitsch. f. Chir.*, Bd. XXI, p. 139, 1884 (Bibliogr.). — BÖCKEL, *Congrès de Copenhague*, 1884. — BRUN, in *Arch. gén. de méd.*, 1885.

L'histoire des affections de la vésicule appartient plus spécialement à la pathologie interne; notre but n'est pas de rompre avec l'habitude, néanmoins nous croyons devoir attirer l'attention sur l'intervention chirurgicale dans la thérapeutique de ces maladies. De hardies tentatives ont permis d'enlever des calculs biliaires, de guérir les épanchements de la vésicule. Nous devons à WITZEL une étude récente et intéressante de cette question.

J.-L. PETIT (1743), au siècle dernier, avait déjà réuni un certain nombre d'observations d'ouverture de la vésicule sans que la mort en ait été la conséquence et il avait entrevu la possibilité de tailler la vésicule comme la vessie pour en extraire les calculs. MORAND, en 1757, rapporta d'autres cas d'abcès de la vésicule ouverts et d'issue de calculs par la plaie. En 1774, BLOCHS parle également des indications de la cholécystotomie. Malgré l'approbation donnée à l'intervention, la question ne fit pas de progrès sensibles; nombre de chirurgiens considéraient même, à l'exemple de SABATIER, toute tentative de ce genre comme dangereuse, l'existence d'adhérences entre la vésicule et la paroi semblait seule capable de préserver de la péritonite; cependant l'emploi des

caustiques est déjà conseillé. En 1859 THUDICUM, médecin anglais, reprit la question et préconisa la laparotomie aussi bien pour le traitement des calculs que des fistules; il considère l'opération comme moins importante que la lithotomie. Depuis quelques années la cholécystotomie semble jouir d'une certaine faveur à l'étranger; SIMS, KOCHER, KEEN, LAWSON TAIT, WINIWARTER, KENIG, RANSOHOFF, GROSS ont obtenu par la cholécystotomie antiseptique des résultats très satisfaisants.

§ 3. — Absès et kystes de la rate

1° ABSÈS DE LA RATE

Bibliographie. — BAMBERGER, *Virchow's Handbuch der Path.*, etc., 1855. — E. COLLIN, *Recueil de mém. de méd. et pharm. milit.*, 1860. — PEPPER, *Amer. Journ. of Med. Science*, 1866. — BARBIERI, *Gaz. med. ital. lombarde*, mars 1876.

Étiologie. — L'origine des absès de la rate est différente suivant les circonstances. Parmi les causes signalées nous trouvons: le froid, le surmenage (rare), le traumatisme; ce dernier facteur détermine ordinairement la rupture du viscère (BAMBERGER).

Les collections purulentes d'origine miasmatique ou infectieuse paraissent de toutes les plus fréquentes. LANCEREAUX, FRERICHS ont relaté des observations d'absès de la rate consécutifs au paludisme; des faits incontestables établissent aussi l'influence de la fièvre typhoïde.

Anatomie pathologique. — Le pus de ces collections renferme souvent des débris de substance splénique qui lui communiquent une coloration rougeâtre, lie de vin. Le nombre des absès, leur volume varient selon la nature de l'affection dont ils dérivent et le temps qui s'est écoulé depuis leur formation; tantôt on trouve plusieurs petites collections purulentes, tantôt un seul foyer qui occupe la totalité de l'organe.

Abandonnés à eux-mêmes, les absès de la rate tendent à se faire jour. Si l'inflammation périphérique à laquelle ils donnent lieu n'a pas déterminé d'adhérences, le pus fuse dans la cavité abdominale, sinon il pénètre dans un des organes voisins. BESNIER a recueilli un certain nombre d'observations démontrant la possibilité de semblable terminaison: Ouverture dans la veine splénique (BAMBERGER, FRERICHS, LORR); dans le tube digestif (COZE, JACQUINELLE); dans la plèvre et le poumon (AUDOUARD, VIDAL); dans le vagin (SCHLECHTING). Ouverture à la paroi abdominale (BOYER, DALMAS); à la paroi thoracique (BACHMEISTER).

Symptômes. Diagnostic. — La symptomatologie des absès de la rate ne saurait être établie d'une façon bien précise; souvent ces absès passent inaperçus pendant la vie et l'autopsie seule vient révéler leur présence.

Les patients traduisent fort mal leurs impressions; il sera donc nécessaire de les interroger et de les examiner avec soin. La palpation permettra de reconnaître si le volume de l'organe est normal ou s'il a subi des modifica-

tions; elle réveillera aussi des douleurs assez vives avec irradiation du côté du membre supérieur gauche dans la région axillaire ou costale. Après un certain temps les phénomènes locaux acquièrent parfois une intensité beaucoup plus accusée, il faut alors songer à l'existence d'un travail de perforation et à une des terminaisons que nous avons signalées.

Les phénomènes généraux ne présentent rien de caractéristique; ce sont ceux de toutes les suppurations viscérales.

Pronostic. Traitement. — Le pronostic, sans être fatalement mortel, paraît très grave. On a vu guérir des absès de la rate ouverts à la poitrine ou à la paroi abdominale.

Dès que la présence d'une collection splénique sera reconnue, il faudra lui donner issue; suivant les circonstances, le chirurgien emploiera un des procédés que nous avons préconisés à propos des absès du foie.

2° KYSTES

Bibliographie. — BAMBERGER, *Die Krankheiten der Milz*, in *Handbuch der Speziellen Path. und Therapie*, 1864. — PELTIER, *Pathologie de la rate*, Paris, 1872. — KÖBERLE, *Soc. méd. de Strasbourg*, 1873. — VITAL, *Gaz. des Hôp.*, 1874. — GÉRIN-ROZE, *Union méd.*, 1880. — PAGET, *Brit. Med. Journ.*, 1880.

On a rencontré dans la rate: 1° des kystes simples ou séreux; 2° des kystes hydatiques; 3° ANDRAL aurait signalé un cas de kyste dermoïde. Tantôt les kystes séreux uni ou multi-loculaires semblent s'être développés dans la rate spontanément et renferment alors un liquide purement séreux, tantôt ils résultent de la transformation d'un kyste hématique, et leur liquide contient en suspension des globules sanguins avec des cristaux de cholestérine. Ces tumeurs semblent rares, puisque BESNIER n'a pu en relever que trois observations authentiques. Les kystes hydatiques, plus communs, se développent de préférence entre dix et trente ans; d'après JON FINSEN, ils sont plus fréquents chez la femme que chez l'homme et reconnaissent les mêmes causes que les kystes hydatiques du foie.

Ces kystes ont été rencontrés dans tous les points de la rate; leur volume est variable, ils s'accroissent en général très lentement.

Symptômes. — Pendant la première période de leur formation, les kystes hydatiques de la rate passent inaperçus et ne trahissent leur présence qu'après avoir atteint un volume assez considérable pour constituer une tumeur appréciable à la palpation. Ils occasionnent alors un ensemble de symptômes fonctionnels: pesanteur dans l'hypocondre gauche, troubles du côté des voies digestives ou respiratoires. A la longue, la rate, considérablement hypertrophiée, occupe tout le côté gauche de l'abdomen.

Diagnostic. — Le diagnostic des kystes de la rate est fort difficile, on ne peut y arriver que par exclusion. Tout d'abord il faut établir le siège anatomique exact du néoplasme; car on rencontre dans l'hypocondre gauche des tumeurs venues du foie (lobe gauche), du rein ou de son atmosphère celluleuse, de l'ovaire, enfin de la rate. Cette première question résolue, il reste à déterminer