

gation, malgré les signes les plus nets, malgré les renseignements donnés par la ponction elle-même, il est une affection qu'il est parfois presque impossible de distinguer de l'abcès du foie. C'est le *kyste hydatique suppuré*. Et d'ailleurs ce kyste hydatique suppuré est-il, en réalité, autre chose qu'un abcès du foie? Oui, si l'on considère son origine, qui est autre; non, si l'on ne tient compte que de ses signes objectifs, car il n'est, en somme, comme l'abcès du foie, qu'une collection purulente intrahépatique. Les antécédents du malade peuvent cependant permettre, dans bien des cas, de se décider pour l'une ou pour l'autre des deux affections. Et d'ailleurs, par l'examen du pus qui montre parfois des fragments de membranes hydatiques, parfois même la présence de crochets, on peut quelquefois porter, en connaissance de cause, un diagnostic précis. La confusion des deux maladies ne saurait d'ailleurs avoir aucune espèce d'importance, puisque le traitement à leur opposer est identiquement le même.

**Traitement.** — « *Ubi pus, ibi evacua* », et ce précepte antique n'est pas moins vrai pour le foie qu'il l'est partout ailleurs. L'abcès du foie doit être ouvert, et le plus tôt possible, et le plus largement possible. Il ne saurait y avoir aujourd'hui sur ce point même l'ombre d'une hésitation. C'est pourquoi je ferai bon marché des pratiques anciennes, qui ne pouvaient pas ne pas être hésitantes et timides, pour décrire avec plus de soin le traitement tel qu'il faut aujourd'hui le comprendre et l'exécuter.

L'ouverture par les caustiques destinés à provoquer la formation d'adhérences entre le foie et la paroi et à empêcher ainsi l'irruption du pus dans le péritoine, comme le faisaient Récamier, Béhier, Hardy et beaucoup d'autres; l'ouverture en deux temps, imaginée aussi par Récamier, exécutée par Bégin et Graves, et qui tendait au même but; le trocart de Cambay, qu'il laissait à demeure, etc., n'ont plus aujourd'hui qu'un intérêt historique. J'en dirai autant du procédé de la double ponction, préconisé par Verneuil, surtout pour les kystes hydatiques. Ces procédés lents, incertains, sont en somme aussi dangereux que les procédés modernes sans en présenter aucun des avantages, et le mieux est encore de ne s'en point servir, le meilleur ne valant pas grand'chose.

On a pu espérer que la *ponction aspiratrice* du contenu de l'abcès pourrait remplacer toutes les méthodes anciennes. Si elle a donné quelques succès, que la stérilité de certains abcès permet d'expliquer, comme dans le cas de Moutard-Martin, ils sont au moins exceptionnels, et je crois pour ma part que le temps que l'on perd à pratiquer la ponction et à en attendre les effets a trop d'importance pour qu'on le sacrifie à la faible espérance d'une guérison problématique.

En 1880, Stromeyer-Little (de Shang-Haï) fit l'ouverture franche

et rapide. Son premier opéré, le D<sup>r</sup> Ayme, parfaitement guéri, décrit (1) le procédé de son sauveur, et dès cette époque le traitement des abcès du foie entra dans une voie nouvelle.

J. Rochard communiqua cette observation remarquable, en même temps que deux autres, à l'Académie de médecine (2), et depuis lors des travaux et des communications sans nombre sont venus sur ce point fixer les idées d'une façon qu'il est permis de croire définitive (3).

Stromeyer-Little a eu le grand mérite d'ériger en méthode l'ouverture rapide que Ralfe et Dikson Hunter avaient d'ailleurs faite avant lui en 1874 et 1876, mais sans en tirer aucune conséquence.

Le procédé de Little, qui d'ailleurs ne conserve plus que de rares partisans, de moins en moins nombreux, bien que constituant un progrès considérable sur tout ce qui s'était fait jusqu'alors, est, il faut bien le dire, passible d'objections fort sérieuses. On sait en quoi il consiste : le plus tôt possible, au premier soupçon de suppuration hépatique, un trocart explorateur est enfoncé, au point qui paraît le plus propice, et, traversant la paroi, pénètre dans le foie à la recherche du pus. C'est une simple ponction exploratrice. Dès que le pus est trouvé, sans vider la poche, sans aspirer son contenu, avec un long bistouri conduit le long du trocart on pénètre jusque dans la poche et on incise alors, d'un seul coup, toute l'épaisseur des tissus traversés. L'incision porte donc à la fois sur le tissu hépatique et sur la paroi, qu'il y ait ou non des adhérences entre les deux. Cette incision, qui n'a pas moins de 6 à 8 centimètres, donne une large issue au pus qui jaillit au dehors. On vide complètement l'abcès, en s'aidant au besoin de pressions sur les parties latérales et sur l'abdomen, puis on le lave avec une solution phéniquée à 1 p. 100, jusqu'à ce que le liquide ressorte complètement limpide. On introduit dans la cavité un gros drain qu'on fixe à la paroi, et on termine l'opération en appliquant sur la plaie un pansement antiseptique.

(1) STROMEYER-LITTLE et AYME, *Arch. de méd. navale*, t. XXXIV, nov. 1880, p. 525.

(2) Jules ROCHARD, *Acad. de méd.*, 26 oct. 1880.

(3) Parmi ces travaux, je citerai seulement les plus importants et les plus récents : LONG, Des diverses méthodes de traitement des abcès du foie, thèse de Montpellier, 1884. — CARAVIAS, Traitement des collections purulentes du foie par incision large et antiseptique, thèse de Paris, 1885. — MABBOUX, Du traitement des abcès du foie par la méthode de Stromeyer-Little (*Revue de chir.*, 1887, p. 354 et 467). — DEFONTAINE, Traitement des abcès du foie (*Gaz. des hôp.*, 19 mai 1888). — MORVAN, Ouverture des abcès du foie, thèse de Bordeaux, 1888. — GREMILLON, Consid. sur le traitement des abcès du foie, thèse de Paris, 1889. — CHAUVEL, Incision directe des abcès du foie (*Arch. gén. de méd.*, 1889, p. 129, et *Bull. de la Soc. de chir.*, 8 janv. 1890). — BERTRAND, *Revue de chir.*, 1890, p. 621. — GODLEE, *Brit. med. Journ.*, 25 janv. 1890. — Discussion à la *Soc. de chir.*, 7 janvier 1891. — FONTAN, De l'ouverture large des abcès du foie (*Soc. de chir.*, 23 déc. 1891). — KOERTE, Diagnostic et traitement des abcès du foie (*Soc. de méd. de Berlin*, 6 juillet 1892). — FLANDIN, Traitement chir. des abcès du foie, thèse de Lyon, 1893. — CORNIL, *Acad. de méd.*, 6 fév. 1894. — GALANO, Traitement des abcès du foie, thèse de Bordeaux, 1894. — BRESSON, Le curettage des abcès du foie, thèse de Bordeaux, 1894-95. — FONTAN, *Acad. de méd.*, 20 août 1895. — RICARD, *Soc. de chir.*, 15 janvier 1896. — LOISON, WALTHER, FONTAN (de Toulon), ROBERT, *Soc. de chir.*, janvier-février, 1898.



Sans doute cela est parfait, lorsque l'abcès est superficiel, lorsque de vastes et solides adhérences viennent l'unir à la paroi, lorsque aucun organe ne vient s'interposer, dont la blessure serait grave ou mortelle. Il est de toute évidence que c'est là un procédé absolument aveugle. Il est des cas où le bistouri, ainsi conduit, peut blesser l'épiploon, l'intestin, l'estomac, la vésicule biliaire, un gros vaisseau du foie — et ces cas, il est impossible de les connaître d'avance ; il n'y a aucun signe, si ce n'est la sonorité préhépatique, qui puisse les faire prévoir ; encore, dans certains cas où d'épaisses adhérences viennent englober l'intestin, cette sonorité peut-elle manquer.

Je me demande si une des observations de Bertrand (1) n'est pas un cas de blessure de l'estomac. L'incision donna issue à du pus chocolat ; il y eut trois jours après des vomissements de sang et de pus. L'autopsie n'a pas été faite. Bertrand attribue les vomissements à l'ouverture d'un deuxième abcès dans l'estomac.

En outre, dans les cas assez nombreux où les adhérences font totalement défaut, ce procédé devient dangereux. Rien n'empêche le pus de couler en partie dans le péritoine, et s'il est des abcès du foie aseptiques, ils sont malheureusement bien loin de l'être tous. Aussi Defontaine, sur cinq cas dans lesquels les adhérences n'existaient pas, a-t-il noté, après l'incision de Little, trois décès, dont deux par péritonite. Bien plus, après un mouvement, un effort de toux, le parallélisme de la plaie hépatique et de la plaie cutanée peut être détruit et le pus s'écouler directement dans le péritoine. Comment des chirurgiens comme Jules Rochard, comme Chauvel (2) ont-ils pu soutenir que c'est là une crainte chimérique, que toute suture unissant le foie à la paroi est parfaitement inutile ? Chauvel a même été jusqu'à prétendre qu'elle est nuisible, en empêchant le retrait du foie, comme si les adhérences qui, dans les cas favorables, se forment presque immédiatement entre le foie et la paroi n'avaient pas la même influence. Je ne comprends d'ailleurs pas bien la nécessité de ce retrait presque immédiat dont la première conséquence est de détruire le parallélisme des plaies hépatique et cutanée et de rendre plus difficile l'écoulement du pus.

Malgré ces inconvénients, que je considère comme très sérieux, la méthode de Little donne de fort bons résultats, incomparablement meilleurs en tous cas que ceux donnés par les méthodes antérieures.

D'après Bichon, sur 82 opérés, Little aurait eu 63 succès et 19 morts, soit 23 p. 100. D'autre part, la réunion des statistiques de Legrand, Caravias et Bertrand, d'ailleurs peu comparables, puisque celle de Legrand (18 morts sur 32 cas) et celle de Bertrand (8 morts sur 14) sont franchement mauvaises, alors que celle de Caravias (2 morts sur 40) est au contraire excellente, donnent en bloc 28 morts sur

(1) TH. BERTRAND, *Revue de chir.*, obs. V, 1890, p. 625.

(2) CHAUVEL, *Acad. de méd.*, 7 mai et 25 juin 1889.

83 opérés, soit 32 p. 100 de mortalité, chiffre qui variera évidemment avec la première statistique nouvelle, mais qui est, en tous cas, bien au-dessous du chiffre des anciens procédés qui donnaient une mortalité de 48 p. 100.

Cela prouve que la méthode de Little, avec ses imperfections et ses dangers, est très supérieure aux procédés anciens, mais cela ne prouve nullement qu'il ne soit pas possible de l'améliorer, et qu'il faille désespérer d'obtenir des résultats plus favorables encore.

C'est ce qu'ont fait depuis quelques années la presque unanimité des chirurgiens. L'incision de Little, aveugle et dangereuse, a été peu à peu détrônée par l'ouverture méthodique que l'on fait aujourd'hui plan par plan, couche par couche, avec toutes les précautions dont on s'entoure pour une laparotomie ordinaire, et avec toute la sécurité que donne une opération à ciel ouvert, au cours de laquelle le chirurgien voit ce qu'il fait et peut agir suivant les circonstances.

Si, au cours de l'opération, le bistouri, sans rencontrer aucun organe dangereux, tombe immédiatement sur l'abcès, en passant au travers de larges adhérences qui ferment complètement la cavité péritonéale, il n'y aura évidemment aucun inconvénient à avoir incisé lentement, plan par plan, en se rendant un compte exact de la profondeur à laquelle on se trouve. Tout au plus l'opération en sera-t-elle allongée de quelques minutes. Si, au contraire, on rencontre chemin faisant quelque organe, intestin ou vésicule, dont la blessure eût été grave et qu'on peut ainsi éviter, si les adhérences font défaut et si l'on peut suturer tranquillement le péritoine hépatique au péritoine pariétal avant de donner issue au pus, les avantages sont certains, évidents et incontestables. Quant aux inconvénients que pourrait présenter cette méthode, et qui ne soient pas, en même temps, inhérents à la méthode de Little, en vérité, je n'en vois pas. Je pose en principe qu'en présence d'un abcès du foie il faut l'ouvrir, et l'ouvrir le plus tôt possible, et pour l'ouvrir avoir recours à l'incision lente et méthodique qui, seule, permet de bien voir ce que l'on fait et de bien faire ce que l'on voit.

Où faire porter l'incision ? Évidemment au point le plus saillant, le plus empâté, le plus douloureux, au point où la ponction exploratrice aura montré le pus. On voit immédiatement que l'opération sera tout autre suivant que l'on se trouvera en présence d'un abcès à type abdominal ou d'un abcès à type thoracique. Pour les abcès développés vers l'abdomen, il y aura tout avantage à faire une incision longitudinale. Si la saillie de l'abcès était médiane, on profiterait de la circonstance pour inciser sur la ligne blanche. Si elle est latérale, on incisera au point le plus saillant. Le plus souvent on pourra suivre le bord externe du muscle grand droit, surtout si la collection



est un peu large. On n'hésitera pas à le traverser, s'il est nécessaire, de façon à s'écarter le moins possible du point le plus central. Les vaisseaux, qui, pour peu que la paroi participe à l'inflammation, sont souvent assez développés, seront saisis par des pinces au fur et à mesure de leur section. Dans un bon nombre de cas, le muscle grand droit une fois dépassé, on tombe dans un tissu plus ou moins épaissi, infiltré, analogue au tissu qui environne les foyers inflammatoires. Ce sont les cas où des adhérences unissent intimement le foie à la paroi. Dans ces conditions, on ne reconnaît plus ni aponévrose, ni péritoine, ni tissu hépatique, et l'on s'avance prudemment guidé par la rénitence ou par l'induration profondes, jusqu'à ce qu'on voie sourdre au fond de la plaie les premières gouttes de pus. On agrandit alors l'ouverture au bistouri et aux ciseaux ou, si l'on craint une hémorragie, avec les mors d'une longue pince qu'on écarte suffisamment, ou mieux encore avec le doigt, on lave soit à l'eau bouillie, qui vaut mieux, à mon avis, que les solutions antiseptiques, à cause des risques d'absorption, soit, si le foyer est trop putride, avec une quelconque de ces solutions, de préférence eau phéniquée à 1 ou 2 p. 100. Lorsque la cavité est complètement nettoyée et lorsque l'eau ressort limpide, on l'explore avec le doigt de façon à se rendre un compte exact de ses dimensions, de son siège et de l'état de ses parois. S'il n'y a pas d'hémorragie venant de la poche, il ne restera plus qu'à drainer, en diminuant un peu, s'il est nécessaire, par quelques points de suture, la longueur de l'incision cutanée. Fontan a récemment proposé, après Zancarol, de curetter ces abcès une fois ouverts et Bresson a même fait de ce procédé le sujet de sa thèse (1). Les résultats obtenus par Fontan (2) sont remarquables. Sur 21 cas opérés par le procédé ordinaire, il a eu 17 guérisons, ce qui est beau, mais sur 31 cas opérés depuis et curettés, tous ses malades ont guéri, ce qui est vraiment magnifique. Il attribue ce résultat au curettage de la poche qui amène une détersion beaucoup plus rapide et prévient la putréfaction des parois mortifiées et la septicémie consécutive. En tous cas, il est évident que ce curettage doit être prudent sous peine d'exposer à l'hémorragie, à l'infection par ouverture d'une foule de petits vaisseaux, et je crois que la majorité des opérateurs, qui n'ont pas l'assurance que donne au chirurgien de Toulon sa grande expérience de ce genre d'affection, s'en tiendront pendant longtemps encore à l'ouverture large et au simple drainage.

Parfois, lorsqu'il n'y a pas d'adhérences, la première partie de l'opération, c'est-à-dire l'incision de la paroi, conduit jusqu'au péritoine. Lorsque la séreuse est ouverte, on aperçoit en général, immédiatement au contact de la paroi abdominale, montant et descendant légèrement avec les mouvements de la respiration, la sur-

(1) BRESSON, Le curettage des abcès du foie, thèse de Bordeaux, 1894-1895.

(2) FONTAN (de Toulon), *Soc. de chir.*, février 1898.

face lisse du foie. Celui-ci peut avoir sa couleur normale, et c'est alors l'indice d'un abcès assez profond séparé de la face convexe par une certaine épaisseur de tissu hépatique sain ; plus souvent il est blanchâtre et la paroi de l'abcès apparaît comme une membrane fibreuse plus ou moins épaisse et plus ou moins résistante.

C'est alors qu'avant d'aller plus loin il faut absolument fixer le foie à la paroi. Cette suture, faite pour la première fois par Horner, a longtemps été négligée, grâce à l'inconcevable opposition de Béhier et Hardy, de Chauvel, de Mabboux, de Ramonet, qui la considéraient comme inutile et même dangereuse, comme illusoire ou impossible par suite de la friabilité du tissu hépatique. Elle ne trouve plus aujourd'hui, que je sache, aucune opposition. Elle est simple, facile, et il ne me semble pas nécessaire, pour la faire bonne, et en tous cas suffisante, d'employer les procédés compliqués qui sont décrits dans certains travaux.

Du gros catgut, ou de la grosse soie plate, qui, moins que tout le reste, risquent de déchirer le tissu du foie, sont les fils qui conviennent le mieux.

Une aiguille de Reverdin courbe, ou mieux encore une aiguille à pédale, coudée à angle droit, et à forte courbure, entrera dans les tissus de la paroi, muscles, aponévrose et péritoine pariétal, puis viendra mordre dans le foie, perpendiculairement à la ligne d'incision. Elle passera sous la capsule de Glisson, à quelques millimètres de profondeur seulement, et viendra ressortir à travers le péritoine hépatique à 1 centimètre ou 1 centimètre 1/2 de son point de pénétration. On circonscrit ainsi sur le foie, qu'on fixe aux deux lèvres de la plaie par des points distants de 1 à 2 centimètres, un espace long de 4 ou 5 centimètres et large de 2 ou 3. Il peut d'ailleurs y avoir, suivant les cas, des exceptions de toute nature.

Pour éviter de déchirer le foie pendant le passage de l'aiguille, il est souvent prudent de passer le fil en deux fois, d'abord sur la glande que l'aiguille traverse isolément, puis sur la paroi qui est de même traversée par l'aiguille vis-à-vis du point où le fil a déjà été fixé sur le foie. Cette manœuvre, un peu plus longue, permet le plus souvent de mener à bien cette suture délicate sans déchirer le foie d'une façon sensible. On aura soin de ne pas trop serrer les fils.

Lorsque le foie est fixé à la paroi, il s'agit de vider l'abcès. Ici il n'y a pas de règle absolue et on se comportera suivant les circonstances. Si la suture semble parfaite et paraît devoir être absolument étanche, si d'autre part l'abcès transparait immédiatement sous la capsule de Glisson, je pense qu'on peut l'ouvrir tout simplement en y plongeant un bistouri qui y fait une large brèche, puis on le lave et on le draine comme il a été dit plus haut.

Si l'on a quelques doutes sur l'imperméabilité des sutures, il est



plus prudent de vider l'abcès avant de l'ouvrir. Il suffit alors d'y plonger un trocart aspirateur. L'abcès une fois vidé, ou à peu près, lorsque le pus ne risque plus de faire violemment irruption au dehors, on ouvre largement, on explore, on lave et on draine.

Il est souvent indiqué de faire cette ponction évacuatrice avant l'application des sutures. Lorsque l'abcès paraît très tendu et que sa surface lisse et mince semble difficile à saisir sans risque de déchirure, rien n'est plus simple que de ponctionner d'abord l'abcès et de le vider, au moins en grande partie. Retirant alors le trocart, on oblitère la perforation avec une pince en cœur. La surface du foie détendue, et même flasque, est alors beaucoup plus facile à fixer à la paroi.

Il peut arriver que, le ventre ouvert, le foie se présente avec un aspect absolument normal. L'embarras peut alors être grand. Si l'on est convaincu de la présence d'un abcès, si surtout une ponction exploratrice antérieure en a démontré la présence, on le cherchera, et on le cherchera avec patience. Une aiguille assez fine sera enfoncée dans le foie, au point qu'on jugera le plus convenable, et on explorera la glande aussi minutieusement que possible. Il faut bien se persuader qu'une ponction aseptique, faite avec une aiguille fine, est à peu près inoffensive. On peut enfoncer son aiguille profondément. La perforation de vaisseaux même volumineux, dans l'intérieur du foie, est sans grande importance. L'aiguille retirée, le trajet presque filiforme qu'elle s'est frayé dans le foie se comble par la seule élasticité de la glande et l'hémostase se fait d'elle-même. On ne craindra donc pas de faire au besoin plusieurs piqûres et on n'abandonnera la partie que lorsque des ponctions répétées n'auront rien fait découvrir.

Si la ponction ramène du pus, on se gardera bien de retirer l'aiguille, on la laissera en place et c'est elle qui servira de guide jusqu'à la collection purulente.

Et c'est ici que se place le temps le plus délicat, on pourrait dire le plus émouvant de l'opération : si l'abcès est central, on devra, pour y parvenir, pénétrer dans le foie. Heureusement la couche à traverser est en général peu épaisse, car s'il fallait aller profondément dans la zone des gros vaisseaux, on s'exposerait à de terribles hémorragies. On ne s'exagérera cependant ni leur importance, ni leur gravité. Maintes fois on a pénétré à plus d'un centimètre de profondeur sans accident sérieux. Peut-être serait-il plus prudent, à l'exemple de Zancarol, de se servir du thermocautère chauffé au rouge sombre. Mais celui-ci, s'il arrête immédiatement les hémorragies des petits vaisseaux, expose davantage aux hémorragies secondaires. Peut-être est-il plus simple encore de pénétrer dans le tissu friable du foie avec le doigt qui risque moins de blesser les vaisseaux importants. J'ai pu,

dans ces conditions, enfoncer dans le foie l'index entier, jusqu'à une profondeur de 10 centimètres environ sans hémorragie sérieuse. Quoi qu'il en soit, si au cours de la section du tissu hépatique un gros vaisseau venait à donner, le meilleur parti à prendre serait, je crois, de saisir la tranche tout entière dans une large pince hémostatique et de laisser cette pince à demeure. Le tamponnement de la plaie est le moyen le plus efficace de combattre l'hémorragie que pourrait provoquer une dilacération irrégulière comme celle que peut faire le doigt.

De même, une fois l'abcès bien nettoyé, si, malgré une irrigation à l'eau très chaude, le sang coulait encore en nappe au point de remplir la poche, un tamponnement soigné avec de la gaze iodoformée ou simplement aseptique qu'on laisserait en place au moins vingt-quatre heures en viendrait très probablement à bout.

Pour les abcès de la face convexe qui proéminent du côté de la cavité thoracique, l'opération est plus compliquée. Sans doute, dans un certain nombre de cas, lorsque l'abcès n'est pas trop éloigné du rebord costal, il est possible de l'atteindre après résection de ce rebord suivant le procédé de Lannelongue (1) qui permet, sans toucher à la plèvre, de réséquer la plus grande partie des cartilages des 8<sup>e</sup>, 9<sup>e</sup>, 10<sup>e</sup> et 11<sup>e</sup> côtes. Monod (2) vient d'ouvrir par ce procédé un kyste hydatique de la partie supérieure du foie. Il est évident qu'il est également applicable aux abcès, et qu'il mérite, à facilité d'évacuation égale, la préférence, car il présente l'avantage incontestable de ne pas ouvrir la cavité pleurale.

Mais pour peu que l'abcès siège trop haut, ce qui est très fréquent, pour peu qu'il proémine sur le côté et surtout en arrière, si l'on pense que cette brèche ne suffit plus, c'est par la *voie transpleurale* qu'il faudra l'aborder. Ce procédé est calqué sur celui qu'Israël a employé le premier en 1879 pour les kystes hydatiques de la même région. Proposé par Thornton (3), il a donné des succès à Zancarol, Hunsner, Schede, Terrier, Loison, Fontan, Walther et la plupart des chirurgiens, et ils sont nombreux, qui ont eu occasion de l'employer. Il est, sinon toujours nécessaire, au moins toujours utile de réséquer une ou deux côtes si l'on veut opérer à l'aise. Si l'abcès est ancien, il peut y avoir adhérence des deux feuillets pleuraux, ce qui facilite singulièrement l'opération. Si les adhérences font défaut, l'opération devient plus délicate ; de toute nécessité, il faut ouvrir la plèvre. On se gardera de la laisser béante pour éviter autant que possible un pneumothorax ; on suturera avec soin le feuillet pariétal

(1) LANNELONGUE, *Congrès franç. de chir.*, 1888, p. 358, et CANNIOT, thèse de Paris, 1891.

(2) MONOD, *Soc. de chir.*, 17 mars 1897.

(3) THORNTON, *British med. Journ.*, vol. II, 1886, p. 901.