

au feuillet viscéral, au-dessus du point où l'on veut passer, de façon à fermer complètement la partie inférieure de la séreuse et à éviter son inoculation.

Je reviendrai sur ce point avec quelques détails à propos du traitement des kystes hydatiques (Voy. p. 295). La plèvre ainsi fermée, on traverse le diaphragme. Souvent l'abcès présente avec le péritoine qui le double des adhérences intimes, et derrière le diaphragme on tombe ainsi presque immédiatement dans l'abcès. Si au contraire, sous le diaphragme, le péritoine apparaît sain, on retombe dans les conditions de l'abcès dont j'ai décrit plus haut le mode de traitement. La suture du péritoine hépatique au péritoine sous-diaphragmatique est ici plus difficile, à cause de la position, que la suture au péritoine de la paroi abdominale antérieure. On en doit cependant venir à bout, et cette précaution prise il ne reste plus qu'à ouvrir l'abcès, le nettoyer et le drainer, comme il a été dit plus haut.

Je ne parle ici que pour mémoire d'une opération destinée à permettre l'évacuation de certains abcès de la face inférieure du foie. Ne pouvant les conduire directement à l'extérieur, ni traverser toute l'épaisseur du foie pour arriver jusqu'à eux, on a songé à les aboutir dans le côlon. Cette *hépatocolostomie* (1), qui s'exécute à peu près comme la cholécystentérostomie, ne peut être considérée que comme une opération tout à fait exceptionnelle.

Tel est le traitement chirurgical à opposer aux abcès du foie. Sans entreprendre ici de statistiques inutiles faites d'éléments divers, non comparables, souvent contradictoires, il est certain qu'il donne de très bons résultats. Les succès, très nombreux déjà avec la méthode de Little, le deviennent de plus en plus; leur nombre augmentera certainement encore avec la hardiesse de l'intervention et surtout avec sa précocité.

Dans l'immense majorité des cas, lorsque la mort survient, c'est par simple continuation des accidents septicémiques chez des malades dès longtemps cachectiques et opérés trop tard. Quelquefois il s'agit de malades extrêmement affaiblis et qui n'ont pas la force de supporter l'opération.

Aussi suis-je convaincu que chez eux l'ouverture à la cocaïne, possible dans un bon nombre de cas, augmenterait les chances de guérison, en réduisant au minimum le choc opératoire.

Dans les cas ordinaires, la guérison succède assez rapidement à l'opération. Les abcès de dimension moyenne se ferment dans le délai d'un mois environ. Bien entendu, toutes les exceptions sont possibles et il est certains abcès qui donnent lieu à des fistules interminables.

(1) VICHON, thèse de Montpellier, 1890.

Bertrand (1) a bien étudié la *cholerragie* signalée par divers chirurgiens. Ordinairement faible, elle peut devenir menaçante par son abondance, et si les canaux ouverts dans la paroi de la poche laissent écouler, comme cela s'est vu, jusqu'à plusieurs centaines de grammes de bile chaque jour, les malades, déjà minés par la fièvre et la suppuration, peuvent finir par succomber à cette dernière complication. Il est rare qu'elle soit aussi abondante, et il est de règle de la voir diminuer peu à peu et cesser complètement au bout d'un certain temps.

Quant à l'hémorragie, j'ai déjà dit ce qu'il fallait faire contre elle. Avec de bonnes pinces, le tamponnement et un peu de sang-froid, il est en général facile de s'en rendre maître.

Il est une complication qui échappe à toute règle, défie toute prévision, et déjoue les opérations les plus soigneuses et les mieux conduites. C'est la *multiplicité des abcès*. Lorsqu'un premier abcès est ouvert, le hasard de l'exploration en fait parfois découvrir un second, très rarement un troisième. C'est un hasard sur lequel on n'a pas le droit de compter. Après l'ouverture d'un abcès, les abcès voisins, lorsqu'ils existent, sont presque fatalement méconnus et il suffit de parcourir la liste funèbre des opérations suivies de mort à plus ou moins longue échéance pour se rendre compte que dans un grand nombre d'entre elles la mort fut précisément due à l'évolution ultérieure de ces abcès méconnus.

Malheureusement, il n'y a point ici de règles à donner. Il faut explorer le foie, l'explorer soigneusement, et si, après l'ouverture d'un abcès, après son drainage persévérant et soigné, la température ne revient pas à la normale, je crois avec Monod qu'on est autorisé à faire autour de l'abcès quelques ponctions exploratrices qui, sans risquer de faire grand mal, permettront quelquefois peut-être de dépister quelque nouvel abcès, de l'ouvrir et de le guérir.

### 3<sup>e</sup> TUBERCULOSE DU FOIE.

La tuberculose hépatique est presque toujours une affection purement médicale. Bien plus, lorsqu'elle ne se traduit que par un semis de granulations plus ou moins confluentes, disséminées dans le foie, elle passe la plupart du temps inaperçue et n'est guère reconnue qu'à l'autopsie, car elle ne se révèle par aucun symptôme. Les diverses formes, aiguës et chroniques, de tuberculose hépatique (hépatite tuberculeuse, graisseuse, atrophique ou hypertrophique, cirrhose tuberculeuse, etc.) n'ont rien à voir avec la chirurgie. Elles sont étudiées dans les livres de médecine, et en particulier par Gilbert et Surmont (2) dans d'excellents articles auxquels je renvoie le lecteur.

(1) BERTRAND, *Revue de méd.*, 1890, p. 185.

(2) GILBERT et SURMONT, *Traité de médecine et de thérapeutique*. Paris, 1898, t. V, art. TUBERCULOSE, p. 419.

Il est quelques cas, d'ailleurs assez exceptionnels, dans lesquels la confluence des granulations tuberculeuses donne lieu à de véritables gommés, qui se ramollissent et se transforment en cavernes d'un certain volume. Ce sont alors des *abcès froids tuberculeux*, qui peuvent donner prise au traitement chirurgical. C'est de cette forme que je vais résumer l'histoire.

Celle-ci est d'ailleurs toute récente. Elle se confond en grande partie avec celle de la *périhépatite tuberculeuse* dont il est à peu près impossible de séparer l'*abcès froid intrahépatique*. Rilliet et Barthez avaient déjà vu chez les enfants cette tuberculose périhépatique, et on en trouve des observations dans la thèse de Deschamps en 1886. Mais c'est avec Lannelongue que commence l'histoire chirurgicale de l'affection, complétée dans la thèse de Canniot et diverses observations et publications plus récentes, les communications de Mackensie, de Mayo Robson, de Gilbert, la thèse de Sergent (1).

Lorsque l'infection tuberculeuse débute par le foie, elle s'y traduit par des lésions histologiques étudiées depuis longtemps, parfaitement décrites dans les thèses de Pilliet (1891) (2) et de Sergent (1896). C'est autour des rameaux de la veine porte, voie d'inoculation à peu près constante, que se développent les granulations tuberculeuses en déterminant autour d'elles des phénomènes de cirrhose due à l'irritation conjonctive périnodulaire. Dans le foie, comme dans tous les autres tissus de l'organisme, des granulations voisines peuvent se confondre et donner lieu à des amas caséux de volume variable, dont le centre se ramollit et qui forment ainsi de véritables abcès froids. Que l'un de ces abcès vienne à siéger près de la capsule de Glisson, surtout sur la face convexe, cette capsule, et avec elle le péritoine périhépatique, ne tardera pas à se prendre à son tour, et c'est ainsi que la tuberculose hépatique se transformera peu à peu en une périhépatite d'étendue très variable, et pouvant se réduire à une simple plaque péritonéale, comme s'étendre à tout le péritoine de la face convexe du foie et de la région correspondante du diaphragme, en constituant ainsi une poche purulente de grandes dimensions.

Et c'est ainsi que l'on aura, suivant le hasard de l'inoculation première et de l'extension périphérique du mal, des abcès froids complètement inclus dans le foie, des abcès exclusivement périhépatiques et en particulier sus-hépatiques, comme aussi des collections purulentes à la fois diaphragmatiques et intrahépatiques, sortes

(1) LANNELONGUE, *Acad. des sciences*, 31 mai 1887. *Congrès franç. de chir.*, 1888. — CANNIOT, Résection du bord inférieur du thorax, thèse de Paris, 1891. — MACKENSIE, *Pathol. Soc.*, London, mai 1890. *Sem. méd.*, 1890, p. 178. — MAYO ROBSON, *Sem. méd.*, 1895, p. 42. — SERGENT, Tubercules et cavernes biliaires, thèse de Paris, 1896. — GILBERT, Les tubercules hépatiques chez l'homme (*Presse méd.*, 6 avril 1898). Les tubercules hépatiques chez les animaux (*Presse méd.*, avril 1898). Les tubercules hépatiques expérimentaux (*Presse méd.*, avril 1898).

(2) PILLIET, Étude d'histologie pathologique sur la tuberculose expérimentale et spontanée du foie, thèse, 1891, n° 45.

de poches en bissac, véritables abcès en bouton de chemise, communiquant l'une avec l'autre grâce à une perforation plus ou moins étendue de la capsule de Glisson.

Dans quelques cas fort rares, les lésions tuberculeuses peuvent siéger dans la vésicule et Heddaeus (1) rapporte l'histoire d'une malade opérée dans le service de Czerny pour un véritable abcès froid de la vésicule. L'incision suivie de grattage amena d'ailleurs la guérison. Lancereaux (2) a également, dans une autopsie, rencontré un cas de tuberculose vésiculaire.

Le volume de ces abcès, et surtout de ceux qui restent dans l'intérieur de la glande, est en général peu considérable, mais, bien entendu, toutes les exceptions sont possibles et ils peuvent acquérir un volume énorme, surtout lorsqu'ils se transforment en abcès sous-phréniques. Ceux-ci, qui, d'ailleurs, proviennent également du diaphragme, de la plèvre, de la face profonde des dernières côtes, peuvent en effet devenir considérables, repousser devant eux les organes environnants et s'ouvrir même dans quelque cavité naturelle et en particulier les bronches, comme les abcès tropicaux dont il a été question au chapitre précédent.

Lorsque la tuberculose du foie se limite à l'abcès froid intrahépatique et que celui-ci est petit, comme c'est le cas le plus commun, il se peut qu'aucun symptôme ne vienne le révéler. C'est même le cas le plus général et ce n'est guère que lorsque l'affection s'étend au péritoine qu'elle peut donner naissance à quelques signes appréciables.

Comme les abcès chauds du foie, les abcès tuberculeux évoluent généralement sur la face convexe et donnent lieu à des phénomènes de périhépatite sous-diaphragmatique. Il est alors possible de soupçonner quelque chose.

La tuméfaction de la région, la saillie qui s'accuse au niveau des côtes inférieures ou au-dessous du rebord costal, l'empâtement profond, parfois une certaine induration superficielle, rarement une fluctuation véritable, tous les signes enfin d'une collection purulente, sont des symptômes vraiment bien vagues et communs à trop d'affections diverses pour permettre, dans la grande majorité des cas, d'affirmer la nature de la lésion. L'étude détaillée des antécédents, une auscultation soignée pourront révéler quelques signes de tuberculose; enfin et surtout la ponction exploratrice viendra donner les renseignements les plus précieux et permettra même quelquefois, grâce à l'analyse bactériologique, de porter un diagnostic absolument précis.

Il faut l'avouer, celui-ci sera presque toujours assez obscur, même lorsque la ponction aura révélé la présence du pus, sinon au point de vue de la nature de la lésion, du moins au point de vue de

(1) HEDDAEUS, *Beitr. zur klin. Chir.*, Band XII, p. 2, et *Sem. méd.*, 1895, p. 251.

(2) LANCEREAUX, *Anat. pathol.*, t. I, p. 70.

son siège, et lorsqu'il prendra le bistouri pour agir, le chirurgien saura d'ordinaire fort mal où le conduira son opération, et s'il s'arrêtera dans la cavité sous-diaphragmatique, dans l'épaisseur du foie ou même dans l'intérieur de la plèvre.

Il est inutile de dire que le *pronostic* d'une telle affection est sérieux, non pas tant à cause des désordres locaux que parce que ceux-ci sont l'indice d'une prédisposition à l'infection tuberculeuse. Il y a lieu cependant de distinguer, au point de vue de la gravité de l'affection, suivant que la tuberculose hépatique et périhépatique se présente comme un accident purement local ou suivant au contraire qu'elle n'est qu'une localisation secondaire d'une tuberculose plus étendue. Dans le second cas, elle est évidemment beaucoup plus grave.

Il faut aussi tenir compte des complications qui peuvent se produire. La plèvre peut être facilement envahie, l'abcès peut s'ouvrir dans quelque viscère, et le premier opéré de Lannelongue, qui fut d'ailleurs guéri, avait rendu par les bronches, quelques jours auparavant, le pus de son abcès.

Le *traitement* ne diffère en aucune façon de celui des autres tuberculoses locales. C'est, ici, du seul abcès froid que j'entends parler, la tuberculose disséminée, d'ailleurs régulièrement méconnue, n'étant justiciable que du traitement médical. L'abcès froid étant reconnu avec certitude, ce qui n'est guère possible que par la ponction, rien ne s'oppose à ce qu'on commence à le traiter comme les abcès froids des autres régions, par l'évacuation du foyer au moyen d'une ponction aspiratrice qui permettra de commencer le traitement en même temps que de préciser le diagnostic. L'éther iodoformé à 5 p. 100 me paraît ici tout indiqué, puisque c'est lui qui, dans les autres collections froides, semble donner les meilleurs résultats. Si l'on craint quelque inconvénient d'une distension exagérée de la poche, rien n'empêchera de remplacer l'éther iodoformé par une des diverses substances qui ont aussi fait leurs preuves ou donné des résultats encourageants, glycérine ou vaseline liquide iodoformées, naphthol camphré, gâïacol, etc.

Il est à craindre que ce traitement ne soit bien souvent insuffisant et qu'on soit obligé de recourir aux grands moyens, c'est-à-dire à l'incision et au grattage. L'incision sera faite plan par plan, couche par couche, au point le plus saillant, comme pour les abcès communs. Quant au grattage, je me demande si, au moins pour les abcès intrahépatiques, ce serait là une manœuvre bien prudente. Le grattage d'un abcès froid n'est efficace qu'à condition d'être énergique, de détruire toute la paroi, d'enlever la couche tuberculeuse entière, ce qui, dans l'intérieur du foie, ne pourrait se faire sans risquer de blesser sérieusement le tissu hépatique et d'amener des hémorragies qui peuvent être insignifiantes et céder au tamponnement, mais qui peuvent aussi être redoutables. Je crois donc préférable de

ne point faire de grattage ou tout au moins de le faire avec une extrême prudence, de façon à n'enlever que les parties les plus superficielles et les moins adhérentes de la paroi. En tout cas, la poche une fois vidée et nettoyée, les parois pourront être touchées avec une solution puissamment microbicide et même réellement caustique, glycérine créosotée, solution de chlorure de zinc à 1/10, etc.

S'il s'agissait nettement d'un abcès sous-diaphragmatique, séparé du tissu friable du foie par la capsule de Glisson épaissie, il y aurait évidemment beaucoup moins d'inconvénients à faire un grattage énergique qui, tout en permettant de bien nettoyer la poche, ne risquerait guère de blesser le foie.

Si, par hasard, on ne trouvait point d'adhérences entre le foie et la paroi, on en créerait par quelques points de suture, absolument comme s'il s'agissait d'un abcès tropical. L'ouverture serait, comme pour ceux-ci, faite immédiatement et l'opération terminée en un seul temps.

Il y a ici un point particulier, bien mis en relief par Lannelongue ; il a trait à la façon dont il est possible d'aborder certaines collections de cette nature et en particulier celles qui viennent faire saillie à la paroi abdominale, au niveau du rebord costal, ou celles qui, un peu plus haut, font bomber les espaces intercostaux. Je veux parler de la résection du rebord costal congue et exécutée par Lannelongue et bien étudiée dans la thèse de Canniot.

Le manuel opératoire en est d'ailleurs des plus simples : « L'incision sera faite au bistouri à 2 centimètres au-dessus du rebord costal. Elle commencera à 3 centimètres du sternum pour finir à l'union de la dixième côte et de son cartilage. Le rebord costal sera isolé et réséqué avec le costotome de Collin. La partie enlevée comprendra les dixième, neuvième, huitième et quelquefois septième cartilages costaux et les espaces correspondants (1). »

Cette opération, qui donne beaucoup de jour, permet d'arriver facilement sur la face convexe du foie sans ouvrir la cavité pleurale, dont le cul-de-sac inférieur se trouve toujours à une certaine distance du rebord costal. Elle est donc évidemment préférable, lorsque l'abcès ne siège pas trop en arrière, à la voie transpleurale, qui, elle, ouvre nécessairement la séreuse, ce qui ne saurait être considéré comme un inconvénient négligeable.

### III

## LÉSIONS ORGANIQUES

Ce chapitre sera court. Ces lésions organiques ne sont autre chose en effet que les néoplasmes du foie et des voies biliaires, sur lesquels

(1) CANNIOT, *loc. cit.*, p. 35.