

tique de mon maître et ami Gérard Marchant (1). Après incision antérieure, il ponctionne le kyste à travers le foie, puis, suivant le trocart qui le conduit dans la poche, il pénètre délibérément en plein tissu hépatique et ouvre largement le kyste, qu'il attire peu à peu et fixe à la paroi. Il n'a jamais observé d'hémorragie sérieuse, et j'avoue que, pour ma part, ce procédé me séduit beaucoup plus que celui qui consiste à traverser la plèvre.

PROCÉDÉS EXCEPTIONNELS : EXTIRPATION, ÉNUCLÉATION. — Certains cas peuvent encore se présenter qui permettent des opérations plus complètes et plus radicales, et où le kyste peut être non seulement ouvert et évacué, mais extirpé en totalité. Tels sont ceux dans lesquels le kyste est *pédiculé* et ne tient plus au foie que par une languette de tissu hépatique plus ou moins épaisse. Dans ces conditions on peut, et même on doit, à l'exemple de Segond, trancher ce pédicule et enlever le kyste tout entier. La surface de section du pédicule, suivant son importance et l'hémorragie à laquelle elle donne lieu, pourra être suturée et réduite dans le ventre, ce qui est plus brillant, ou fixée dans la plaie, ce qui est plus prudent.

Dans d'autres cas, le kyste peut être *énucléé* et enlevé en totalité par décollement, dissection ou décortication. Cette énucléation diffère du procédé de Delbet en ce qu'elle ne se limite pas systématiquement à l'enlèvement de la vésicule mère, mais s'étend à une partie ou à la totalité de la coque conjonctive qui l'entoure. Or, les manœuvres nécessitées par l'inutile extirpation de cette coque rendent forcément l'opération plus difficile et lui donnent une gravité que n'a pas l'incision simple préconisée par Delbet. Vigneron (2) cite onze cas, dont le premier, dû à Lawson Tait, et rapporté dans l'importante thèse de Braine (3), est, eu égard à la personnalité du malade, un des plus connus qui existent. Mais les difficultés ont été souvent considérables, en particulier dans un cas de Pozzi. Il est vrai que dans quelques cas, ceux de Clarke, et celui de Ricard, l'opération a été facile, et je me demande, d'après leurs observations, s'ils ne se sont pas bornés à enlever la vésicule mère. Ricard a même, après Pozzi, laissé dans la cavité du kyste des fils perdus et employé ainsi une manœuvre analogue au capitonnage de Pierre Delbet. Sa malade a été guérie en huit jours. Quoi qu'il en soit l'énucléation qui, au lieu de se borner à l'extirpation de la vésicule mère, s'attaque à la membrane adventice constituée aux dépens du tissu conjonctif du foie, doit être considérée comme un procédé exceptionnel, un procédé de circonstance, qui peut être grave et qu'on n'emploiera que lorsque

(1) Communication orale.

(2) VIGNERON, De l'énucléation des kystes hydatiques du foie, thèse de Paris, 1895.

(3) TH. BRAINE, thèse de doctorat, 1886, p. 56.

le kyste entier se présentera pour ainsi dire de lui-même et qu'il se séparera sans aucune difficulté du tissu hépatique qui l'entourne. L'incision, l'extirpation de la vésicule mère et la réduction sans drainage, avec ou sans capitonnage, me paraissent avoir tous les avantages de cette énucléation sans en avoir les inconvénients. Il faut donc, sans hésitation, la lui préférer de beaucoup.

CONCLUSIONS. — Que faut-il donc faire et comment choisir, parmi ces diverses méthodes, qui toutes ont donné d'admirables succès, parfois à côté des pires désastres? Je crois qu'en chirurgie comme en toutes choses l'exclusivisme est la plus détestable des doctrines. On devra prendre à chaque procédé ce qu'il a de meilleur, et s'efforcer avant tout d'établir les indications qui devront en dicter le choix.

Il faut d'abord, à mon sens, rejeter définitivement les demi-procédés et les demi-mesures. Malgré la thèse de Minjar, malgré l'autorité de Bouveret, qui l'a inspirée, je crois donc qu'il faut bannir de la thérapeutique des kystes hydatiques la ponction simple, et les procédés à trocart. La première me semble avoir tous les inconvénients de la ponction suivie d'injection parasiticide sans en avoir aucun des avantages. Les seconds présentent tous les dangers des ouvertures un peu larges sans offrir les garanties de sécurité et d'efficacité qui assurent le triomphe de l'incision chirurgicale.

La ponction suivie d'injection et la laparotomie sont donc, à l'heure actuelle, les deux seules méthodes entre lesquelles il faut choisir.

Et d'abord, dans tous les cas de kyste suppuré, la discussion n'est pas possible : il faut avoir recours à l'incision large, qui seule permet l'évacuation complète et la désinfection facile de ce foyer septique. Les observations rapportées par Morin (1) de kystes suppurés guéris par l'injection antiseptique n'ont pas le don de me convaincre. Elles me laissent incertain soit sur la véritable septicité du liquide, soit sur la réalité d'une guérison définitive. En revanche, je reste convaincu de la possibilité d'une évacuation incomplète et des dangers que peut faire courir l'issue, par la perforation du kyste, de quelques gouttes d'un liquide virulent. Il faut, il est vrai, dans l'incision large, prendre ses précautions pour que le liquide septique ne pénètre pas dans la cavité péritonéale, mais, ces précautions prises, et elles sont, en pratique, faciles à prendre, il me paraît impossible de contester la bénignité relative et l'efficacité souveraine de l'incision à ciel ouvert.

Quand le kyste n'est pas suppuré, la question est tout autre. Per-

(1) MORIN, thèse de Paris, 1891.

sonnellement, je préfère la laparotomie. C'est une méthode plus chirurgicale, plus sûre dans ses résultats et qui, lorsqu'on se trouve dans de bonnes conditions de milieu, n'est pas sensiblement plus grave. Tout le monde n'a pas à sa disposition une salle d'opérations, un bon outillage et des aides expérimentés, et la ponction est un moyen trop simple et trop souvent efficace pour qu'il ne soit pas permis de la recommander à ceux qui ne disposeront pas des moyens dont je viens de parler. Il est certain qu'elle a rendu et qu'elle rendra encore d'inappréciables services. Je comprends donc très bien que l'on veuille d'abord essayer la ponction. On pourra donc ponctionner, mais à une condition, toutefois, c'est qu'on puisse le faire avec sécurité. Or cette sécurité dépend uniquement des conditions anatomiques dans lesquelles se trouve le kyste et en particulier de ses rapports plus ou moins immédiats avec la paroi abdominale ou thoracique. La question de savoir si le kyste est formé par une poche unique ou au contraire rempli de vésicules filles, ne saurait entrer en ligne de compte puisque, avant la ponction, il est impossible de le préciser, et que c'est cette ponction elle-même qui permettra de le reconnaître. On aurait tort, la ponction faite, de n'en pas profiter pour faire une injection parasiticide, puisque celle-ci peut, même dans certains cas où le kyste est encombré de vésicules filles, amener la guérison définitive.

On ponctionnera donc, si on croit devoir le faire, quand la situation du kyste écartera toute chance d'atteindre un organe voisin. Rien n'est plus détestable qu'une ponction aveugle, et pour ma part j'aimerais cent fois mieux pratiquer une laparotomie régulière, dans laquelle on voit ce que l'on fait, qu'enfoncer profondément une aiguille, au risque de blesser quelque organe ignoré. Lorsque le kyste viendra faire saillie sous la paroi, il y aura toutes les chances possibles pour que le contact soit intime entre le péritoine pariétal et la séreuse qui recouvre le kyste. Une aiguille enfoncée délibérément au point le plus saillant, pénétrera directement dans le kyste, ce dont on s'apercevra vite en voyant couler le liquide, ou en imprimant à l'aiguille des mouvements qui témoignent de la présence d'une cavité. Dans ces conditions, le procédé de Hanot, évacuation aussi complète que possible du liquide hydatique et injection d'une faible quantité de liqueur de Van Swieten, aura toutes les chances possibles pour être inoffensif, et si un hasard malheureux veut qu'il ne le soit pas, l'opérateur n'aura du moins rien à se reprocher.

Si la guérison survient, il est évident qu'il faudra se féliciter grandement de l'avoir obtenue par un procédé aussi simple et aussi bénin. Si la récurrence vient au contraire s'affirmer quelque temps après, on pourra toujours avoir recours à l'incision chirurgicale qui n'en sera ni moins aisée ni moins bénigne, et qui, dans quelques cas,

sera même facilitée par la production d'adhérences unissant le kyste à la paroi abdominale.

Faudra-t-il, après un échec, tenter une nouvelle ponction. Il est certain qu'elle peut réussir, alors qu'une première injection aura été insuffisante. Je crois cependant qu'il vaut mieux, après un échec, avoir recours aux grands moyens et ouvrir largement le ventre. Mais c'est là un point qui laisse place à la discussion et qui dépend de la situation, des habitudes et du tempérament de chacun, bien plutôt que de règles fixes, immuables et définitives.

Quant à la suppuration qui peut compliquer la ponction, je n'en devrais pas parler, car elle ne doit pas survenir. Elle est toujours le résultat d'une faute dans la désinfection de la paroi ou de l'aiguille, et cette désinfection est trop facile à réaliser pour qu'il soit permis de la faire d'une façon insuffisante. Si malgré tout la suppuration survenait, l'hésitation ne serait plus permise et c'est à l'incision large que l'on aurait recours.

Les kystes accessibles à la ponction sont précisément les plus faciles à traiter par l'incision large et délibérée. Celle-ci a cet immense avantage d'amener une guérison sûre, définitive, quelquefois même rapide; elle a cet immense avantage de permettre au chirurgien d'agir en voyant ce qu'il fait, en modifiant au besoin sa conduite suivant les particularités qu'il pourra rencontrer. D'autre part, si l'on fait le bilan des récidives, des complications, des accidents divers qui peuvent suivre la ponction, je suis convaincu que l'incision, faite dans de bonnes conditions, n'est pas sensiblement plus grave. Aussi, comme la guérison est plus certaine, et comme, en somme, je juge en chirurgien, je n'hésite pas, tout en accordant parfaitement que l'hésitation soit permise, à préférer le couteau au trocart, l'incision clairvoyante à la ponction aveugle.

Il est enfin des kystes simples, non infectés et même dépourvus de vésicules filles pour lesquels la discussion n'est pas permise et qui doivent être d'emblée traités par l'incision abdominale et l'ouverture large. Ce sont ceux qui ne remplissent pas les conditions anatomiques énumérées plus haut, ceux qui sont profonds, mobiles, pédiculés, ceux dont l'éloignement relatif de la paroi peut permettre l'interposition de quelque organe et, en particulier, d'une anse intestinale.

Dans ces cas, on ouvrira le ventre sans hésitation et on ira voir, comme aussi lorsque l'on aura quelque doute sur le diagnostic.

En outre, je suis convaincu que le procédé de Delbet, même lorsqu'on ne peut pas supprimer par capitonnage la cavité du kyste, est supérieur à la marsupialisation, pour les raisons multiples énumérées plus haut, et sur lesquelles je ne puis ni ne veux revenir.

Sans doute, il est des cas dans lesquels le kyste, postéro-inférieur ou postéro-supérieur, profond, sous-diaphragmatique, est peu acces-

sible, où l'extirpation de la vésicule mère, le capitonnage et même la simple suture de l'incision kystique sont difficiles. Dans ces cas, comme dans ceux où on opère par la voie transpleurale, on sera souvent obligé d'y renoncer. Ces cas sont en somme exceptionnels, et presque toujours il s'agit de kystes antéro-supérieurs venant bomber à l'hypocondre, dans lesquels la suture et la réduction suivie de guérison rapide seront le procédé d'élection. C'est donc à lui qu'on aura recours, tout en sachant qu'à son défaut nous possédons dans la simple ouverture avec drainage et marsupialisation une méthode excellente, qui a déjà sauvé bien des malades, et qui n'a pas fini.

VI

INDICATIONS ET TECHNIQUE DES PRINCIPALES OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR LES VOIES BILIAIRES

La plupart des opérations qui se pratiquent sur les voies biliaires trouvent dans les accidents de la lithiase leurs indications les plus communes. Elles sont cependant applicables à des affections bien différentes. Leur technique n'en reste pas moins sensiblement la même. Aussi ai-je pensé qu'il valait mieux ne pas encombrer l'étude de ces diverses affections de la description minutieuse des procédés opératoires qui leur conviennent, et rejeter cette description dans un chapitre spécial.

1° CATHÉTÉRISME DES VOIES BILIAIRES.

Ce n'est point là, à proprement parler, une opération, mais bien un mode d'exploration des voies biliaires. Cette manœuvre peut cependant avoir quelquefois un effet curatif, en désobstruant par exemple le cystique ou le cholédoque oblitérés par des calculs.

Proposé et exécuté pour la première fois en 1743 par J.-L. Petit, repris par Parkes en 1835, il a donné lieu depuis à un certain nombre de travaux dont les plus importants sont ceux de Fontan, de Rose, de Calot, et surtout le mémoire de Terrier et Dally (1), travail remarquable auquel il faut se reporter pour tout ce qui concerne l'étude historique, expérimentale et critique de cette question.

Le cathétérisme peut être appliqué dans deux occasions bien dif-

(1) TERRIER et DALLY, Cathétérisme des voies biliaires (*Revue de chir.*, 1891, p. 648, et 1892, p. 136).

férentes : 1° lorsque existe une *fistule biliaire* que l'on veut explorer afin d'en reconnaître la cause, et, au besoin désobstruer les canaux encombrés ; 2° lorsque après une *cholécystostomie* on veut se rendre compte de l'état des voies biliaires, afin de décider de la conduite à tenir, et tenter aussi de désobstruer les canaux, s'ils sont oblitérés. Dans ces deux cas, fistule biliaire et cholécystostomie, le cathétérisme peut donc être *explorateur* ou *thérapeutique*.

On comprend sans qu'il soit besoin d'insister que si, dans un cas de fistule biliaire, le cathétérisme, en permettant de passer une sonde jusque dans l'intestin, permet de constater que les voies biliaires sont libres, rien ne s'opposera à la guérison de la fistule soit par une autoplastie, comme l'a fait Rose en 1884, soit au besoin par la cholécystectomie. Si l'exploration des voies biliaires par la fistule permet de constater nettement un calcul soit dans le canal cystique, soit surtout dans le cholédoque, on essaiera de le pousser dans l'intestin, en ayant soin d'agir avec une extrême prudence. C'est ce que J.-L. Petit paraît avoir fait, et ce que Parkes a fait certainement. Enfin le cathétérisme peut encore, dans ces conditions, permettre la dilatation de certains rétrécissements dus sans aucun doute à des compressions extérieures, et rétablir le passage de la bile. Winiwarter, Zagorski, cités par Terrier et Dally, en fournissent des observations. Il va sans dire que dans le cas où le cathétérisme donnerait des indications nettes sur la présence d'un calcul, mais sans parvenir à le repousser, il serait facile d'en déduire des indications thérapeutiques telles par exemple que la cholécystectomie, la cysticotomie ou la cholécotomie secondaire, suivant que le calcul siègerait dans le cystique ou le cholédoque. Ces indications ne diffèrent pas de celles que peut donner le cathétérisme dans les cas où il est le plus souvent employé, c'est-à-dire au cours de la cholécystotomie.

Lorsque la vésicule vient d'être ouverte, dans une opération sur les voies biliaires, le cathétérisme peut rendre des services. Cependant il n'est pas possible de l'ériger en règle générale et de dire qu'il faudra toujours le tenter, et de fait, en pratique on y a assez rarement recours. Cela tient à ce que, si dans les cas où il réussit, il donne parfois des indications nettes et précieuses, les cas où il est impossible et ne réussit qu'à faire perdre du temps sont si nombreux que la plupart des chirurgiens préfèrent ne pas l'employer ou ne l'emploient que dans des circonstances exceptionnelles.

Après une cholécystostomie, un cathétérisme heureux peut permettre de constater la présence d'un calcul dans le canal cystique. Une sonde en gomme ou un instrument métallique pourra transmettre ses rugosités, et en donner nettement la sensation. Dans ces conditions on essaiera, souvent avec succès, d'extraire ce calcul avec une pince, une curette, un instrument quelconque, mais s'il est enclavé et invariablement fixé dans sa situation, on se décidera immédiatement pour