

la cause. Elles peuvent avoir aussi une origine génitale. En dehors des cas observés chez l'homme consécutivement aux maladies de la prostate, les uretérites d'origine génitale sont particulières au sexe féminin. Elles se produisent alors à la faveur des compressions uretérales causées par l'utérus gravide, l'épithélioma du col, les fibromes, causes qui toutes favorisent l'infection (Voy. p. 732), ou résultent de la propagation d'un processus inflammatoire engendré par les phlegmons des ligaments larges, les pelvi-péritonites, les salpingo-ovarites, l'hématocèle péri-utérine.

Anatomie pathologique. — Les lésions de l'urétérite *aiguë* sont peu connues. On a distingué une forme catarrhale, caractérisée surtout par des modifications épithéliales, et une forme phlegmoneuse, qui s'accompagne d'une tuméfaction très accusée du conduit avec des épanchements sanguins dans l'épaisseur de ses parois. Dans l'intérieur, on trouve du mucus, et surtout s'il s'agit de la deuxième forme, du pus et du sang. Le boursoufflement de la muqueuse et l'infiltration de toutes les couches de la paroi urétérale aboutissent à la production de rétrécissements. Autour de l'urétére, on trouve de la périurétérite suppurée ou non, soit diffuse, soit circonscrite en un ou plusieurs points sous forme de nodosités inflammatoires.

Dans l'urétérite *chronique*, l'urétére est modifié dans sa longueur, et par suite dans sa direction et dans son calibre. Ces modifications se ramènent à deux types principaux suivant qu'il s'agit d'urétérite avec ou sans dilatation.

Dans l'urétérite *avec dilatation* l'urétére est généralement allongé et sinueux. Il présente des parties dilatées, pouvant acquérir le volume d'une noix, limitées par des parois amincies et flasques, et séparées par des rétrécissements valvulaires, surtout accusés aux deux extrémités du conduit. La muqueuse est épaisse ou amincie, généralement tomenteuse, ecchymosée ou ardoisée, noirâtre, parsemée d'érosions. L'épithélium a souvent disparu et la muqueuse est transformée en un tissu embryonnaire très vasculaire; la couche musculaire est plus ou moins infiltrée.

Dans l'urétérite *sans dilatation ou scléreuse*, les lésions de périurétérite prédominent. L'urétére est raccourci, souvent rétréci, englobé dans une induration fibreuse sur une grande partie de sa longueur. Ses parois sont presque entièrement formées par du tissu conjonctif inodulaire qui remplace à la fois la muqueuse et la musculature.

Symptômes. — Les signes propres de l'urétérite aiguë ne sont pas connus. Ceux de l'urétérite chronique se confondent avec ceux de la pyélite. On sera amené à soupçonner la participation de l'urétére au processus inflammatoire par l'existence de douleurs à irradiations spéciales, le long de l'urétére, vers les aines, la vessie, la face interne des cuisses, ou en haut vers l'hypocondre. Ces douleurs sont intermittentes et reviennent sous la forme de coliques.

De plus, on peut souvent sentir, surtout s'il s'agit d'urétérite avec induration, soit par le palper abdominal, soit par le toucher vaginal ou rectal, un cordon plus ou moins dur, irrégulier, très sensible à la pression. Dans un cas rapporté par Tourneur, un noyau d'induration placé sur le trajet de l'urétére présentait le volume d'un œuf.

Pronostic. — Il est entièrement subordonné à la cause de l'infection et à l'état de la vessie et du rein. Lorsque l'urétérite guérit, elle laisse souvent à sa suite des rétrécissements ou même une oblitération fibreuse presque complète ou complète du conduit.

Traitement. — Il se confond avec celui des pyélo-néphrites et pyonéphroses, longuement exposé plus haut (Voy. p. 758 et 821).

IV

RÉTRÉCISSEMENTS

Les rétrécissements de l'urétére se montrent rarement en clinique comme une affection isolée de ce conduit. Presque toujours ils sont associés à des lésions rénales, à des calculs ou à des fistules de l'urétére qui dictent la conduite thérapeutique; le traitement de la sténose n'est plus qu'un complément opératoire. Cependant, par le fait d'une urétérite ou d'une périurétérite scléreuse, les rétrécissements de l'urétére peuvent se montrer à titre d'affection isolée. Ils s'accusent alors par des symptômes de rétention rénale ou même d'hydronéphrose. Le plus souvent, c'est seulement au cours de l'intervention, après l'exploration du rein, que s'affirment et leur existence et leur localisation, grâce au cathétérisme descendant du conduit. Dans ces dernières années j'ai pu chez plusieurs malades diagnostiquer avec une grande précision le siège et le calibre de rétrécissements urétéraux, grâce au cathétérisme cystoscopique des urétéres.

Si le rétrécissement siège à l'extrémité supérieure de l'urétére, on pourra s'adresser à l'un des procédés d'uretéro-pyélonéostomie que nous avons exposés à propos du traitement de l'hydronéphrose.

S'il siège à l'extrémité inférieure, on s'adressera à la greffe vésicale, que nous étudierons à propos des fistules de l'urétére.

S'il siège enfin dans la continuité de l'urétére, deux cas doivent être distingués suivant que celui-ci est encore perméable, ou au contraire que son oblitération est complète ou à peu près.

Dans le premier cas, si une incision a déjà été faite à distance, pour l'extraction d'un calcul ou la cure d'un autre rétrécissement, on pourra profiter de cette brèche pour pratiquer une véritable uretérotomie interne, et l'on terminerait par l'établissement dans l'urétére d'une sonde à demeure que l'on ferait sortir par l'urétére en prenant son

extrémité dans la vessie avec un lithotriteur, ce que j'ai pu faire avec succès chez l'homme.

Si l'incision n'a pas encore été faite sur l'uretère, on pourra essayer, comme nous l'avons fait, Fenger (de Chicago) (1) et moi, d'exciser le rétrécissement par une véritable uretérotomie longitudinale. La plaie est ensuite réunie par une suture transversale destinée à assurer l'augmentation de calibre du conduit par un procédé analogue à celui de Heineke-Mikulicz pour le traitement des sténoses pyloriques.

Quand l'oblitération de l'uretère est complète, c'est à la résection de la partie affectée qu'il faut recourir, avec suture consécutive du conduit par l'un des procédés indiqués à propos des plaies transversales complètes de l'uretère. Cette résection ne paraît pas avoir encore été pratiquée pour ses rétrécissements proprement dits. Elle a été exécutée un certain nombre de fois accidentellement ou pour remédier à des obstructions du conduit par compression. Glantenay, qui a soumis ces faits à l'analyse, trouve que les résultats paraissent assez encourageants au point de vue de la restauration fonctionnelle du conduit. En tout cas, nous pensons avec cet auteur et avec Fenger que l'urérotomie longitudinale est préférable, quand elle est possible, en raison de la difficulté moindre de son exécution et de la sécurité plus grande qu'elle offre, relativement à l'éventualité d'une infiltration d'urine consécutive.

Si la longueur, la multiplicité des rétrécissements, l'état d'infection locale ou le mauvais état général du sujet contre-indiquent la résection, on établira une fistule urétérale cutanée. Cette conduite a été suivie par M. Le Dentu dans un cas de compression urétérale entretenue par un cancer de l'utérus.

On peut encore, dans ces cas, faire l'implantation de l'uretère dans l'S iliaque, mais cette opération, malgré les quelques succès publiés, expose au développement consécutif d'une grave pyélo-néphrite ascendante.

V

FISTULES

Les communications anormales de l'uretère peuvent s'établir avec la surface cutanée, le vagin et l'intestin. Nous laisserons de côté ces dernières. Elles résultent ordinairement d'une dérivation du cours des urines, cherchée par le chirurgien, et constituent moins un accident qu'une méthode chirurgicale dont nous apprécierons plus loin les résultats.

(1) FENGER (de Chicago), *Chicago medical Recorder*, mars, 1893.

1^o FISTULES CUTANÉES.

Étiologie. — Les fistules cutanées peuvent être *spontanées*; elles sont alors la conséquence d'une périurétérite suppurée, avec infiltration d'urine développée autour d'un calcul enclavé dans le conduit. On trouve dans les auteurs trois cas seulement de perforation calculuse de l'uretère (Littre, Thompson, Rickmann Godlee), auxquels j'ai pu ajouter une observation personnelle. La tuberculose et le cancer primitif ou secondaire de l'uretère pourraient donner lieu à la même complication, mais il n'en existe pas d'exemple probant. De même on conçoit que des suppurations développées dans le voisinage, s'ouvrant à la fois à la peau et dans l'uretère, pourraient donner lieu à une fistule cutanée de ce dernier.

Les fistules *traumatiques* sont la conséquence d'un traumatisme accidentel ou chirurgical, ayant déterminé une solution de continuité complète ou partielle de l'uretère.

Parmi les fistules d'origine chirurgicale, celles qui succèdent à la néphrectomie méritent une mention spéciale. Elles sont la conséquence d'une urétérite persistante avec dilatation qui continue à sécréter du pus, ces fistules urétérales consécutives à la néphrectomie peuvent même donner passage à l'urine venue de la vessie par un véritable reflux, comme dans une remarquable observation de Hartmann.

Anatomie pathologique. — L'*orifice externe* de la fistule siège soit dans la région lombaire, soit dans la région inguinale, ou même au niveau de ces deux régions s'il y a deux orifices (Le Fort).

Le *trajet* intermédiaire peut être nul, au cas de fistule traumatique par exemple; bien rarement cependant il y a continuité de la peau et de la muqueuse. D'autres fois il présente une certaine longueur; il est anfractueux, induré, se montre en un mot sous l'aspect d'un clapier purulent, quand la fistule succède à une périurétérite suppurée ou à l'ouverture d'un foyer purulent du voisinage dans l'uretère.

Quant à l'*orifice profond*, il est représenté rarement par une plaie latérale du conduit; généralement par l'orifice du bout supérieur de l'uretère complètement sectionné.

Le *rein* paraît conserver dans la majorité des cas sa valeur fonctionnelle. En effet, une observation publiée par Bérard en 1844, une autre de Le Fort, montrent que la quantité d'urine écoulée par la fistule est peu différente de celle contenue dans la vessie. Dans une observation personnelle de fistule lombaire, le rein sécrétait une urine dont la valeur physiologique est attestée par ce fait qu'elle renfermait 7 grammes d'urée par litre. Dans deux observations où M. Le Dentu et M. Pozzi avaient été conduits à suturer l'uretère à la peau de la région lombaire, j'ai pu examiner les reins correspondants enlevés,

l'un à l'autopsie, l'autre par la néphrectomie. Dans les deux cas j'ai constaté des lésions de sclérose insignifiantes. Ces reins étaient restés sains après treize jours (Le Dentu) et après trois mois de fistulisation urétérale (Pozzi). Du reste, la diminution de l'urée peut n'être que temporaire, et le chiffre de cette substance peut se relever rapidement, ainsi que je l'ai constaté, après rétablissement du cours normal de l'urine.

Malheureusement, l'infection ascendante du rein est fréquente dans ces fistules. Mais les lésions rénales ne sont pas irrémédiables et elles peuvent aussi s'améliorer beaucoup après l'opération.

Symptomatologie. — Le symptôme capital est l'écoulement par l'orifice anormal d'un liquide présentant les caractères de l'urine. L'abondance de l'écoulement est surbordonnée d'une part à l'état de perméabilité du bout vésical de l'uretère et aux dimensions de la fistule, d'autre part à la valeur fonctionnelle du rein.

Cette urine peut rester parfaitement limpide. Elle est mélangée de pus s'il existe un foyer purulent intermédiaire aux ouvertures urétérale et cutanée, ou s'il se produit une infection ascendante. Quand la fistule est d'origine traumatique, elle peut donner issue dans les premiers temps à une petite quantité de sang. Par le toucher ou le palper on pourra quelquefois sentir le cordon urétéral, induré et augmenté de volume, immédiatement au-dessus de la fistule.

Marche. — Terminaison. — Ces fistules ne présentent pas de tendance à la guérison spontanée. Elles ne portent pas atteinte à la vie, mais constituent une infirmité pénible, en raison de la difficulté de recueillir l'urine. Elles peuvent aussi donner lieu à quelques accidents. Ce sont surtout la pyélo-néphrite ascendante et des rétentions passagères, dues à un certain degré d'inflammation de la région occupée par la fistule. Il en résulte de la fièvre, de la douleur et même des abcès à répétition.

Diagnostic. — Le diagnostic s'impose le plus souvent avec évidence. Toutefois, « entre une fistule du bassin et une fistule de l'uretère, le diagnostic n'est pas possible autrement que par les probabilités que comportent le siège de l'orifice externe et la direction du trajet ». (Le Dentu.) On devra compléter le diagnostic par le cathétérisme de l'uretère, qui permettra de reconnaître l'état du bout vésical du conduit, et l'existence toujours possible d'un rétrécissement concomitant.

Les fistules urétérales qui succèdent à la néphrectomie donnent lieu à quelques considérations spéciales. Si l'urine s'écoule par le trajet fistuleux (fistule uro-purulente), grâce à un véritable reflux d'origine vésicale, comme dans les observations publiées par Hartmann et Desnos (1), le diagnostic s'impose. Mais ce signe fait le plus souvent défaut,

(1) DESNOS, IV^e Congrès français de chirurgie, 1889.

et il s'agit d'une fistule lombaire simplement *purulente*. Si les urines ont continué à renfermer du pus après l'opération, c'est à la cystoscopie et au cathétérisme de l'uretère qu'il faut s'adresser pour savoir si ce liquide vient de l'uretère ou de l'autre rein. Si le pus des urines vient de l'uretère, il devient très probable que la fistule lombaire a l'uretère pour origine. En l'absence de renseignements tirés de la purulence des urines, l'examen de la direction de la fistule, appréciée au moyen d'un stylet ou d'une sonde, peut fournir des présomptions sérieuses sur son origine. Si la direction de l'instrument est ascendante, il s'agit d'un clapier sous-diaphragmatique, et l'uretère ne saurait être mis en cause. Si le trajet est descendant, l'interprétation est plus difficile. Il s'agit d'un clapier iliaque dont l'origine urétérale ne pourrait être affirmée que par la constatation d'une douleur et d'un gonflement sur le trajet de l'uretère.

Traitement. — Parmi les méthodes de traitement proposées, nous laisserons complètement de côté la *néphrectomie* ou la *ligature de l'uretère*, qui doivent céder le pas aujourd'hui aux méthodes conservatrices. Une pyélo-néphrite ascendante suppurée avec désorganisation très avancée du rein autoriserait seule la néphrectomie. Celle-ci a donné des résultats favorables.

Lorsque la fistule s'est établie *spontanément*, il est indiqué de mettre à découvert le foyer par une incision convenable, et de chercher la cause de l'obstacle au cours des urines, c'est-à-dire le calcul présumé. Il est indispensable dans ces cas, non seulement d'enlever le calcul urétéral, mais encore de s'assurer que l'uretère n'est pas rétréci. Le calcul enlevé et, s'il y a lieu, le rétrécissement traité comme il a été dit plus haut, il sera bon de placer dans l'uretère une sonde à demeure que l'on poussera jusque dans le bassin, en la faisant sortir par l'urètre, et qu'on laissera quelques jours en place. Grâce à la sonde à demeure dans l'uretère, j'ai pu obtenir une guérison rapide et complète de la fistule. Rickmann Godlee, qui s'était contenté de drainer la plaie extérieure, sans cathétériser l'uretère, vit au contraire la fistule persister longtemps.

Le traitement des fistules *traumatiques* présente des indications variables suivant le siège et les caractères de la plaie urétérale, sur lesquelles nous n'avons pas à revenir. Glantenay s'est appliqué à établir, par l'analyse des observations, que les conditions de la réparation sont ici meilleures que dans le cas de plaies récentes (1). Cette différence est la conséquence de la fixité et de l'épaisseur du conduit, entretenues par un certain degré de périurétérite, et aussi de la dilatation souvent considérable résultant de la gêne relative apportée au cours de l'urine.

Par un traitement palliatif bien conduit, il sera possible, dans quel-

(1) GLANTENAY, Chirurgie de l'uretère, thèse, Paris, 1895.

ques cas exceptionnels, d'obtenir la guérison de la fistule sans opération.

Ce traitement a pour base, immédiatement après la section de l'uretère, la fixation dans la plaie de ses deux bouts aussi rapprochés que possible, et ultérieurement, le maintien de la perméabilité du bout vésical au moyen du cathétérisme; grâce à ces précautions, Seiffart (1) a obtenu après quatre mois de traitement la guérison d'une fistule qui avait succédé à une plaie de l'uretère droit, compliquée d'une perte de substance du conduit, longue de 4 centimètres.

Les fistules urétérales qui succèdent à la néphrectomie donnent lieu à des considérations thérapeutiques spéciales. Leur traitement rationnel est l'*urétérectomie* aussi complète que possible.

Cette urétérectomie ne doit pas être pratiquée d'une façon hâtive, car ce n'est souvent qu'au bout de plusieurs mois que le trajet s'est cicatrisé. Le criterium doit être cherché à la fois dans le reste de l'appareil urinaire et dans l'état général du malade. Si la lésion urétérale, en dépit de lavages vésicaux fréquents, paraît entretenir la cystite et menacer d'infection ascendante l'autre rein, on peut être conduit à précipiter le dénouement opératoire; de même si les forces du malade sont gravement compromises par la suppuration.

L'incision ordinaire pour la découverte du rein, suffisamment prolongée dans la région iliaque, permettra l'extirpation entière de l'uretère. On procédera par la voie sous-péritonéale, et l'on placera une ligature sur le moignon vésical de l'uretère.

Cette opération a été pratiquée trois fois et avec succès. Dans un cas de M. Reynier (2), la néphrectomie avait été pratiquée pour une pyonéphrose d'origine probablement typhique. Dans le cas de Poncet (3), l'urétérectomie totale fut faite pour une fistule lombaire, entretenue par une urétérite tuberculeuse; l'ablation du rein correspondant avait été faite deux ans et demi auparavant. Enfin, M. Hartmann (4), après avoir pratiqué la néphrectomie pour guérir une fistule lombaire consécutive à la néphrostomie, fixa dans l'angle inférieur de la plaie, l'uretère dont la tuméfaction avait été reconnue antérieurement par le toucher vaginal. Un mois plus tard, il pratiqua avec succès l'urétérectomie totale.

2° FISTULES VAGINALES.

Les fistules *vaginales* ou *utérines*, qui succèdent toujours à une perforation cancéreuse, ou à l'accouchement, ou à une opération gynécologique, seront étudiées au t. IX. Nous y renvoyons pour ce

(1) SEIFFART (*Centralblatt f. Gynäk.*, mai 1897, n° 21).

(2) P. REYNIER, in thèse de Rousseau, Paris, 1893.

(3) PONCET, in thèse Liaudet, Lyon, 1894.

(4) HARTMANN, *Congrès de chirurgie*, 1897.

qui concerne les caractères anatomiques et cliniques de ces fistules, et aussi pour leur traitement par l'autoplastie vaginale ou l'abouchement urétéro-vésical par le vagin (Voy. t. IX). Nous considérons seulement ici les opérations d'abouchement qui se font par la voie haute sus-pubienne, qui ressortent plus spécialement à la chirurgie urinaire.

La *greffe de l'uretère dans l'intestin*, étudiée expérimentalement par Harvey Reed, par Morestin, par Novaro, avait été délaissée, malgré le brillant succès qu'elle donna à Chaput, qui greffa l'uretère dans l'S iliaque pour une fistule consécutive à une hystérectomie vaginale. L'abouchement intestinal de l'uretère substitue en effet une infirmité à une autre, quoique certainement moins pénible. Elle expose les malades à tous les dangers d'une pyélo-néphrite ascendante, et de l'action irritante de l'urine sur la muqueuse intestinale.

Dans ces derniers temps, on a publié plusieurs observations de greffe intestinale de l'uretère suivies de succès; mais les malades n'ont pas été suivis pendant assez longtemps pour qu'on puisse être fixé sur la valeur réelle du procédé.

Malgré ses perfectionnements, l'abouchement intestinal doit céder le pas à la *greffe urétéro-vésicale* qui satisfait davantage aux conditions de l'anatomie et de la physiologie normales.

Cependant cette opération présente certaines difficultés qui tiennent surtout à l'enclavement très fréquent du conduit, au milieu d'adhérences dont il est difficile de le libérer. MM. Reynier, Tuffier et d'autres se sont trouvés dans l'impossibilité de terminer l'opération.

D'autre part, le bout supérieur du conduit peut être à une distance telle de la vessie, que sa suture directe à cette dernière soit impossible. On a proposé, dans ces cas, d'avoir recours à des lambeaux autoplastiques, destinés par leur enroulement à suppléer la portion du conduit urinaire qui fait défaut. Mais ce n'est qu'une proposition théorique: Rydygier a proposé l'emploi d'un lambeau cutané, Weller Van Hook d'un fragment longitudinal détaché de la vessie; Tizzoni et Poggi, Fenger et Bacon Rosenbing ont émis l'idée de remplacer un segment de l'uretère par une anse intestinale détachée du reste du tube digestif par une véritable exclusion.

Un certain degré d'infection des voies urinaires supérieures ne s'oppose pas à la réussite de l'opération, ainsi que le prouve un cas de M. Bazy.

Pour pratiquer l'urétéro-cysto-néostomie, on s'adressera à la laparotomie transpéritonéale, de préférence à la voie sous-péritonéale ou à la taille. L'uretère sera suturé en un point aussi rapproché que possible du lieu de son implantation normale, et on laissera dans son intérieur une sonde qui sera attirée à l'intérieur par l'urètre.

En 1895, Baigue (1) réunissait onze cas avec onze succès. Nous

(1) BAIGUE, Thèse de Paris, 1895.

avons pu réunir depuis huit opérations, toutes terminées par la guérison. Le bon fonctionnement du nouveau méat urétéral a plusieurs fois été vérifié par la cystoscopie.

VI

TUMEURS DE L'URETÈRE

Les tumeurs de l'uretère sont presque toujours secondaires. Elles résultent de la propagation à ce conduit de néoplasies primitives du bassin ou de la vessie, propagation déjà étudiée page 723.

Pendant il existe quelques exemples de tumeurs primitives. Ainsi Cattani a signalé un cas de myxo-sarcome primitif de l'uretère. Ribbert a observé un myxo-sarcome du bassin et de l'uretère qui descendait jusqu'à 10 centimètres de la vessie chez une petite fille de quatre ans, morte à la suite de la néphrectomie. Rundle a signalé récemment un cas de carcinome primitif de l'uretère.

A propos de l'uretère, il faut rappeler les tumeurs villeuses, déjà étudiées page 722, ayant leur siège dans le bassin et la portion initiale de l'uretère, ou même exclusivement dans ce conduit.

Les kystes de l'uretère ont été décrits par Rayet, par Morris, Eves et Kahlden. Ils se montrent sous la forme de vésicules de la grosseur d'un grain de chènevis, au maximum. Dans un cas de Eves, ils furent trouvés à l'autopsie d'un malade qui avait présenté des hématuries profuses, mais il n'est pas prouvé qu'il y ait là un rapport de cause à effet. Pour les uns, les kystes seraient d'origine glandulaire. D'autres font naître ces kystes des vides épithéliaux de Brunn; mais ceux-ci, même en admettant qu'ils soient constants, existent à la partie supérieure de l'uretère, tandis que les kystes se montrent ordinairement à la partie inférieure du conduit. Enfin pour Eves, pour von Kahlden, ces kystes reconnaîtraient une origine parasitaire. Dans le cas rapporté par von Kahlden, l'uretérisme kystique était bilatérale et coïncidait avec un carcinome de la vessie.

FIN DU TOME VIII.

TABLE DES MATIÈRES

DU TOME VIII

MALADIES CHIRURGICALES
DU MÉSENTÈRE, DU PANCRÉAS ET DE LA RATE

par FRANCIS VILLAR.

I. MÉSENTÈRE.....	1
I. Kystes.....	2
II. Tumeurs solides.....	10
II. PANCRÉAS.....	14
Topographie, 16. — Exploration, 18.	
I. Pancréas annulaire.....	19
II. Déplacements et hernies.....	20
III. Lésions traumatiques, 22 (Contusions et ruptures, 22. — Plaies, 24. — Hernies tr., 27).	
IV. Hémorragies.....	30
V. Affections inflammatoires.....	37
VI. Tumeurs, 47 (Tumeurs liquides, kystes, 47. — Tumeurs solides, 61).	
III. RATE.....	77
Topographie, 77. — Exploration.....	79
I. Lésions traumatiques, 81 (I. Contusion simple, 81. — II. Ruptures, 82. — III. Plaies, 85. — IV. Hernie traumatique, 86).	
II. Déplacements (Rate mobile. Ectopie).....	90
III. Tuberculose.....	101
IV. Abscess.....	107
V. Kystes, 110 (I. Kystes séreux ou séro-sanguins, 111. — II. Kystes hydatiques, 116).	
VI. Tumeurs.....	122

MALADIES DU FOIE ET DES VOIES BILIAIRES

par J.-L. FAURE.

I. Lésions traumatiques, 140 (I. Contusions et déchirures, 144. — II. Plaies du foie, 157. — III. Plaies et ruptures des voies biliaires, 169).	
II. Lésions infectieuses, 177 (I. Angiocholites et cholécystites infectieuses, 179. — II. Abscess, 201. — III. Tuberculose, 233).	
III. Lésions organiques, 237 (I. Tumeurs du foie, 238. — II. Tumeurs de la vésicule et des voies biliaires, 244).	
IV. Lésions de nutrition (I. Hépatoptose, 247. — II. Lithiase biliaire, 257).	
V. Lésions par parasites non microbiens, 295 (Kystes hydatiques, 295).	
INDICATIONS ET TECHNIQUE DES PRINCIPALES OPÉRATIONS QUI SE PRACTIQUENT SUR LES VOIES BILIAIRES.....	342
I. Cathétérisme, 342. — II. Cholécystotomie et Cholécystostomie, 348. — III. Cholécystectomie, 357. — IV. Cholécystentérostomie ou Entérostomie biliaire, 361. — V. Cholédocotomie.....	372

MALADIES DE L'ANUS ET DU RECTUM

par PIERRE DELBET.

Sémiologie, 379. — Examen de l'anus.....	382
I. Malformations.....	386
II. Traumatismes, 401 (I. Corps étrangers, 401. — II. Ruptures, 408. — III. Plaies, 413).	