

Cependant il est raisonnable lorsqu'on n'a pas pu examiner à loisir le pus extrait d'un abcès de foie par une ponction capillaire, de le tenir pour suspect et de procéder à l'ouverture de la collection en faisant la laparotomie couche par couche, à la façon ordinaire. On évitera aussi de la sorte la lésion, possible dans quelques cas, de la vésicule biliaire, de l'épiploon ou de l'intestin (Segond).

CHAPITRE II

KYSTES HYDATIQUES DU FOIE

Nous ne décrivons, dans ce chapitre, que les points chirurgicaux les plus intéressants de l'histoire des kystes hydatiques ordinaires du foie, et nous laisserons complètement de côté cette variété rare de kystes hydatiques, dits *kystes hydatiques alvéolaires*, dont on n'a rencontré jusqu'ici qu'un très petit nombre d'exemples.

Étiologie. — Les kystes hydatiques du foie sont particulièrement fréquents en Islande : les statistiques de Finçen nous donnent la proportion énorme de 1 cas pour 45 habitants. Si l'on réfléchit au nombre considérable de chiens qui existent dans ce pays, 20 000 pour 70 000 âmes, on retiendra ce premier fait capital en étiologie : *l'influence de la cohabitation avec les chiens*, sur laquelle beaucoup d'observateurs ont insisté. L'affection est plus fréquente dans l'intérieur de l'île que sur les bords.

Les kystes hydatiques sont rares aux États-Unis, en Égypte, dans les Indes. On les observe assez rarement aussi en France, plus fréquemment en Allemagne et en Angleterre. Dans ce dernier pays, les pauvres y sont plus sujets que les riches.

Les kystes hydatiques se développent surtout de 20 à 40 ans, plus souvent chez les femmes que chez les hommes, 120 femmes pour 56 hommes, statistique de Finçen. La vie sédentaire, le rôle intérieur de la femme qui la mettent plus en rapport avec les animaux domestiques, rendent compte de ces différences.

Anatomie pathologique. — Formation du kyste hydatique.

— Rappelons en quelques mots la filiation pathologique d'un kyste

hydatique. Les œufs du *tænia echinococcus* du chien, mis en liberté au voisinage de végétaux, sont ingérés par l'homme avec ces végétaux eux-mêmes. Leur paroi épaisse se dissout au contact des sucs digestifs, et l'embryon hexacanthé renfermé dans l'œuf se trouve ainsi mis en liberté. Les petites dimensions de ce protoscolex du *tænia echinococcus* lui permettent de cheminer sans doute en suivant les radicules de la veine porte et d'être ainsi transporté jusque dans le parenchyme hépatique où il se fixe; il s'entoure d'une paroi externe, le *kyste est constitué*. L'irritation produite par ce corps étranger dans le tissu du foie amène la formation d'une membrane conjonctive, fibroïde, peu adhérente à la paroi du kyste, *membrane adventive*.

La paroi propre est formée de deux couches : une extérieure *sécrétée*, une interne *germinative, fertile*.

Elle se présente avec des caractères très particuliers; elle est blanche comme de l'albumine cuite et semble formée de plusieurs couches stratifiées comme les feuillets d'un livre. Ces couches sont amorphes, non vasculaires; aucun élément figuré n'entre dans leur texture.

De la face interne granuleuse se détachent des vésicules filles, poches hydatiques transparentes, d'abord sessiles, puis pédiculées, puis enfin libres dans la cavité du kyste. Ces vésicules filles peuvent être *acéphalocystes*, ou bien ce sont de vrais échinocoques avec une tête, des ventouses et des crochets.

Le kyste est rempli par un liquide transparent comme de l'eau de roche, dans lequel nagent les poches hydatiques et leurs débris, crochets, etc. Ce liquide est dépourvu d'albumine tant que les hydatides sont vivantes; lorsqu'elles meurent, le liquide devient albumineux.

Il ne se présente pas d'ailleurs toujours avec ces caractères simples, primitifs, et offre des modifications nombreuses, allant jusqu'à la coagulation, l'aspect gélatineux, la transformation calcaire; l'épanchement d'une quantité variable de sang, la transformation graisseuse, caséeuse ou purulente, ont été observées, tandis que les parois s'infiltraient de sels calcaires et semblent même s'ossifier.

Les kystes hydatiques du foie sont généralement uniques; leur volume varie beaucoup, depuis le volume du poing jusqu'à la dimension d'une tête d'adulte; on en a vu qui allaient de la troisième côte

à la crête iliaque. La tumeur est assez régulièrement sphérique au début, plus ou moins allongée ou déformée plus tard; tantôt elle siège à la face convexe, se développant du côté de la plèvre, plus souvent peut-être elle occupe la face inférieure avec développement du côté de la cavité péritonéale. Cette disposition est de la plus haute importance à connaître au point de vue de l'intervention chirurgicale. On peut même aller plus loin et distinguer quatre types principaux :

1° Des kystes antéro-supérieurs, qui proéminent dans la région de l'hypochondre ;

2° Des kystes antéro-inférieurs, quelquefois pédiculés, descendant dans l'abdomen et qui ont pu être confondus avec des kystes ovariens ;

3° Des kystes postéro-supérieurs proéminent en arrière vers la cavité thoracique en soulevant le diaphragme. On en a vu remonter jusqu'aux parties les plus élevées du thorax ;

4° Des kystes postéro-inférieurs qui cheminent surtout vers la région lombaire (Villaret, *Soc. méd. de Berlin*, 1886).

Les viscères voisins dans tous les cas sont plus ou moins comprimés ; le kyste peut y adhérer ; il peut même s'ouvrir dans leurs cavités ; nous étudierons ces ouvertures à propos des symptômes.

Symptômes. — Certains kystes hydatiques persistent toute la vie sans donner lieu à aucun symptôme appréciable ; on ne les découvre que par hasard à l'autopsie.

Parfois, après un début silencieux, on est amené par quelques signes à soupçonner la présence d'un kyste hydatique dans le foie, tels sont : la *douleur dans l'épaule droite*, surtout marquée lorsque le kyste occupe la face convexe du foie, le *dégoût des matières grasses* (Dieulafoy), l'apparition répétée d'*éruptions d'urticaire* même en dehors de toute ponction, enfin l'existence d'une *pleurésie secondaire sèche* ou avec épanchement, comme on en voit souvent à la suite d'un certain nombre de tumeurs du foie, de la rate ou du rein.

À côté de ces symptômes, il convient de placer des *troubles digestifs mal définis*, dyspepsie, inégalités d'appétit, etc., puis des troubles plus directement liés à l'affection hépatique : sensations de tiraillement, de pesanteur dans l'hypochondre droit, au creux épigastrique.

Trousseau et Davaine signalent encore de la tendance aux hémorrhagies : épistaxis, ménorrhagies et même à la gangrène ; ce sont des faits rares ; il faut être prévenu de leur possibilité. Le plus souvent le malade ne vient consulter que lorsque la tumeur existe.

On constate alors une *saillie* plus ou moins volumineuse, qui s'élève et s'abaisse avec le diaphragme dans les *mouvements respiratoires*.

Cette tumeur tantôt saillante au creux épigastrique, tantôt déformant l'hypochondre droit ou les derniers espaces intercostaux, tantôt enfin, présentant des formes anormales, d'ailleurs extrêmement variées, est lisse, uniforme, résistante, indolore en général. Généralement il y a plutôt *voussure* que *tumeur*.

La percussion donne une matité complète qui se continue sans interruption en général avec celle du foie et se prolonge dans certains cas jusqu'à celle de la rate.

Elle fournit exceptionnellement un signe particulier : le *frémissement hydatique* dû au choc des vésicules entre elles.

L'ascite et l'ictère s'observent rarement dans les kystes hydatiques ordinaires à moins de complications : compression de la veine porte, des canaux biliaires. — La circulation des veines portes accessoires, peut se développer et devenir visible dans la paroi abdominale.

Après un temps assez long, le kyste proémine généralement davantage ; il tend à s'ouvrir, et des symptômes particuliers viennent s'ajouter aux précédents ou même les modifier profondément.

Les kystes de la face convexe du foie se portent naturellement vers le *thorax* et s'y ouvrent 59 fois sur 81 (Frerichs, Davaine) soit dans la cavité pleurale (assez rare), soit directement dans les bronches. Ainsi se produit une vomique séro-purulente dans laquelle on retrouve les débris des poches hydatiques. — La fistule bronchique qui est la conséquence de cet état, peut amener la guérison ; mais on voit survenir assez souvent de la gangrène pulmonaire, des hémoptysies, etc.

À peu près aussi souvent, 41 fois sur 81, on observe l'*ouverture abdominale*. — L'ouverture dans l'estomac et l'intestin (52 fois), est précédée de la formation d'adhérences quelquefois insuffisantes ; une vive douleur indique la rupture du kyste qui se vide dans le tube digestif. La guérison survient fréquemment, 27 fois sur 52 (Letourneur), lorsque le contenu du kyste passe dans l'intestin ; par

contre l'ouverture stomacale, rare d'ailleurs, est presque toujours très grave. L'examen des vomissements et des selles permettra de reconnaître les débris hydatiques. 10 fois sur 41 ouvertures abdominales, le kyste hydatique envahit la cavité péritonéale : cette rupture ne donne pas toujours lieu à une péritonite mortelle; on a cité un certain nombre de guérisons; mais alors le contenu du kyste n'était pas modifié; il se présentait avec sa limpidité habituelle. La péritonite suraiguë serait la conséquence de la rupture d'un kyste suppuré. — Le déversement dans le péritoine d'un kyste à contenu limpide non altéré a provoqué dans quelques cas des éruptions *ortiiées* de même nature que celles qui ont été déjà rapportées. (Dieulafoy.)

Dans un certain nombre de cas, à la suite de l'usure de quelque vaisseau biliaire, la bile s'épanche dans l'intérieur du kyste; c'est généralement un heureux accident : les hydatites meurent rapidement, le contenu du kyste se transforme, et la guérison peut être obtenue. L'ouverture des canaux biliaires est-elle assez considérable? On peut voir des poches hydatiques ou des débris de même nature s'engager dans des conduits et produire de véritables coliques hépatiques : on a encore observé la compression de gros canaux biliaires et l'ictère chronique par rétention avec ses graves conséquences.

Exceptionnellement on a vu des kystes hydatiques s'ouvrir dans le péricarde, la veine cave; l'ouverture spontanée à travers la paroi abdominale n'est pas moins rare.

Enfin on ne doit pas oublier que le tiers environ des kystes hydatiques guérissent spontanément sans atteindre jamais un volume considérable, et que même bon nombre de kystes de cette catégorie ne donnent lieu à aucun symptôme.

La marche normale et régulière des kystes hydatiques peut d'ailleurs être interrompue par quelques complications.

La plus fréquente est la *suppuration* du kyste; cette suppuration succède à l'ouverture du kyste le plus souvent, que cette ouverture soit spontanée ou qu'elle soit artificielle (emploi d'un instrument insuffisamment nettoyé); elle survient aussi spontanément : sous des influences mal connues, le kyste se transforme en un abcès du foie; des phénomènes généraux fébriles, frissons, sueurs, troubles gastriques, parfois même un facies spécial indiquent au chirurgien qu'un abcès se forme dans l'économie; les phénomènes locaux le guident vers le foie.

Ces inflammations du kyste dans quelques cas rares s'étendent d'ailleurs à des veines volumineuses avoisinantes, et y produisent de la phlébite, d'où infection purulente.

Diagnostic. — Nous avons vu combien le diagnostic des kystes hydatiques était difficile, pour ne pas dire impossible à poser au début, et nous nous sommes suffisamment étendus sur ce sujet à propos des symptômes pour n'avoir pas à y revenir ici.

Supposons donc le cas d'une tumeur nettement constituée et très apparente, le chirurgien doit d'abord reconnaître si la tumeur appartient bien au foie. — Cette question n'est pas toujours aussi facile à trancher qu'on pourrait le croire au premier abord; la variété et la multiplicité des formes du kyste hydatique nous le laissent facilement comprendre. Une percussion attentive, la palpation abdominale, le développement du flanc droit mettront facilement la rate hors de cause; les commémoratifs rénaux, l'exploration de la région lombaire, l'examen des urines permettront de juger si le rein ne doit pas être incriminé : le toucher vaginal et rectal combinés aux deux explorations précédentes feront reconnaître l'intégrité des organes génitaux internes chez la femme; en procédant par éliminations dans les cas difficiles dont nous parlons en ce moment, on arrivera donc à conclure que la tumeur est une tumeur hépatique, surtout si le développement de l'hypochondre droit, la percussion du foie, les mouvements de la tumeur avec la respiration, la palpation de l'abdomen fournissent ensemble des signes concordants.

Lorsqu'on aura reconnu ainsi que le foie est bien le siège de la tumeur, reste à savoir à quelle affection on a affaire. Les commémoratifs, les symptômes concomitants, l'examen du sang, l'exploration de la rate permettront d'éliminer le foie volumineux de la cachexie paludéenne, des leucocythémiques. L'hypertrophie générale du foie, son aspect lisse, l'ictère feront penser à la cirrhose hypertrophique. L'évolution rapide, la cachexie, la sensation de nodosités, de cupules indurées à la surface du foie, l'ictère, l'ascite caractérisent le cancer.

Après avoir éliminé toutes ces tumeurs, on est donc en droit de conclure à la possibilité d'un kyste hydatique, principalement si la tumeur a évolué lentement sans grande altération de l'état général et si la palpation fait soupçonner l'existence d'un liquide dans la tumeur. — Si le diagnostic est encore incertain la ponction explo-

ratrice avec une aiguille un peu fine éclairera définitivement le chirurgien. — Enfin ému des dangers de ces ponctions, craignant les péritonites partielles et les adhérences si dangereuses pour le chirurgien qui pratique la laparotomie, on a conseillé et pratiqué surtout à l'étranger dans les cas douteux la laparotomie exploratrice d'emblée. Cette opération ne semble pas encore entrée complètement dans les mœurs chirurgicales françaises; elle ne nous paraît pas pouvoir être mise en parallèle avec l'innocuité d'une ponction aspiratrice faite avec une aiguille un peu fine; cependant les résultats fort remarquables obtenus à l'étranger, en Angleterre et en Allemagne imposent aujourd'hui une certaine réserve lorsqu'il s'agit de juger cette question encore à l'étude.

Au lieu de se présenter sous cette forme de tumeur abdominale le kyste hydatique peut simuler un épanchement pleural; le diagnostic est alors parfois bien difficile; des erreurs ont été fréquemment commises. La déformation est généralement plus considérable quand il s'agit de kystes hydatiques qu'elle ne le serait pour un épanchement pleural de ce volume. On n'oubliera pas cependant la possibilité de pleurésies secondaires, d'inflammations de voisinage du poumon et des plèvres, cas très difficiles où l'on a souvent bien de la peine à faire la part de chaque affection; ici encore la ponction exploratrice joue un grand rôle.

Pronostic. — Le pronostic des kystes hydatiques malgré la possibilité de guérison spontanée, d'état stationnaire ou même régressif et cela dans une forte proportion, $\frac{1}{5}$ des cas, ce pronostic, disons-nous, est encore très sérieux, et le danger de certaines ouvertures spontanées dans la plèvre, le péritoine, les veines, les canaux biliaires appelle une intervention active faite de bonne heure.

Traitement. — Le traitement des kystes hydatiques du foie comprend deux méthodes, l'une médicale, celle des ponctions accompagnées ou non d'injections diverses, l'autre chirurgicale celle de l'incision à laquelle s'ajoute souvent l'excision d'une portion plus ou moins étendue de la poche.

Méthode médicale. — Elle compte de nombreux procédés :

1° Ponction aspiratrice à l'aide d'une aiguille assez fine. Dieulafoy se sert de l'aiguille n° 2 dont le diamètre est de $1^{\text{mm}} \frac{1}{5}$. Évacuation aussi complète que possible. Ponction répétée aussi souvent que cela sera nécessaire en n'attendant jamais que la poche ait repris ses

dimensions primitives. Ce procédé a donné de bons résultats; on a même cité des cas de guérison après une seule ponction; mais l'état stationnaire, l'accroissement et la suppuration du kyste sont plutôt la règle.

2° La ponction au moyen d'un gros trocart laissé à demeure (Boinet) modifiée par Verneuil qui glisse par le canal du trocart une sonde en caoutchouc vulcanisée jusque dans le kyste et la laisse seule en place, est certainement préférable. On peut faire des lavages antiseptiques dans la poche; mais ceux-ci sont souvent insuffisants. Les poches secondaires sont difficiles à évacuer. Mortalité par ce procédé : 25 pour 100 (Rendu).

3° Plusieurs procédés visent à tuer les hydatides par l'injection dans le kyste de liquides parasitocides.

a. Injection de bile indiquée par Dolbeau 1856, pratiquée par Voisin.

b. Injection de teinture d'iode (Boinet, Nélaton).

c. Procédé de Baccelli : on retire environ 50 centimètres cubes du liquide du kyste et on injecte 20 grammes d'une solution de bichlorure de mercure à 1 pour 1000.

d. Procédé de Dbove. Il diffère du précédent en ce que le kyste est complètement vidé, puis injecté avec une quantité considérable de liqueur de Van Swieten que l'on évacue avec soin pour éviter les accidents d'intoxication.

Méthode chirurgicale. — 1° L'incision en deux temps telle que Récamier et Bégin l'avaient indiquée consistait dans l'incision de la paroi jusqu'au kyste, et dans l'application d'un pansement laissé en place jusqu'à ce que des adhérences permissent d'inciser sans danger la poche hépatique. Volkmann a repris ce procédé qui entre ses mains grâce à l'antisepsie fournit de bons résultats. Mais ses premiers initiateurs avaient enregistré de nombreux revers.

2° Pour éviter sûrement la péritonite avant ou après l'ouverture du kyste, Récamier imagina la méthode des caustiques. On arrivait sur la poche au moyen d'applications successives de pâtes caustiques. Tillaux a conservé les avantages de ce procédé en évitant les inconvénients de son extrême lenteur par la modification suivante : incision au bistouri de la paroi jusqu'au péritoine pariétal, puis pénétration dans le kyste au moyen d'une flèche de pâte de Canquoin.

3° Incision en un temps; procédé de Lindemann-Landau; on

incise toute la paroi abdominale; le kyste est mis à découvert, ponctionné et vidé. Une pince à kyste étant placée sur l'orifice créé par le trocart la poche est attirée à l'extérieur autant qu'on le peut, largement ouverte, vidée des vésicules qu'elle contient, réséquée en partie et saturée en collerette à l'incision de la paroi abdominale.

Drainage. — La poche diminue rapidement de volume et finit par se fermer complètement.

Cette opération s'applique très facilement : 1° aux kystes antéro-inférieurs au moyen d'une incision qui est souvent celle de la laparotomie médiane; 2° aux kystes postéro-inférieurs au moyen d'une incision lombaire (Villaret); 3° aux kystes antéro-supérieurs eux-mêmes; mais ceux-ci étant souvent inclus plus ou moins profondément dans le tissu hépatique il sera, dans quelques cas, nécessaire d'inciser une épaisseur plus ou moins considérable de ce tissu.

Les kystes postéro-supérieurs demandent une opération plus compliquée. On est obligé de les attaquer par la partie postérieure du thorax. Israël (de Berlin) a fait en 1879 la première opération de ce genre. On pratique une résection costale, on incise la plèvre pariétale, puis le diaphragme; on érverse les bords de l'incision diaphragmatique en dehors, puis on ponctionne le kyste, on l'évacue, on l'ouvre, on le fixe à la paroi, on le draine comme pour toute autre région.

On a quelquefois noté après ces incisions une fâcheuse complication : l'écoulement abondant et persistant de la bile.

CHAPITRE III

LITHIASÉ BILIAIRE

Une des lésions les plus communes de l'organisme humain, la lithiasé biliaire est aussi une des plus méconnues, soit qu'elle existe à l'état latent sans provoquer d'accidents comme cela s'observe principalement chez les vieillards, soit que la diversité des symptômes qu'elle présente puisse donner le change au praticien.

Son étude restée longtemps médicale est entrée depuis ces der-

nières années dans une voie nouvelle qui a conduit le chirurgien à l'ouverture de la vésicule biliaire et même à son ablation; il doit donc connaître les conditions dans lesquelles il est appelé à intervenir. Nous ne ferons que rappeler très brièvement pour mémoire les autres particularités de son histoire.

Anatomie pathologique. — Les calculs biliaires sont des concrétions formées aux dépens des divers éléments entrant normalement dans la composition de la bile.

On les rencontre dans toute l'étendue des voies biliaires; leur vrai siège est la vésicule biliaire. Ils sont en général nombreux, de 5 à 50 en moyenne; on en a compté jusqu'à 2000 et 7000. Ils sont taillés à facettes par pression quand ils sont multiples, ce qui est le cas le plus fréquent. Leur couleur habituelle est brune verdâtre ou grise, blanche seulement quand ils sont formés de cholestérine pure. A la coupe on trouve le plus souvent un noyau central plus dur, quelquefois fendillé, puis une zone moyenne radiée et enfin une écorce; leur légèreté est remarquable.

Leur composition chimique donne par ordre de fréquence : cholestérine 70 à 80 pour 100, une certaine quantité de pigment biliaire, très peu de sels biliaires, beaucoup de sels de chaux. La présence de calculs dans l'appareil excréteur de la bile expose singulièrement celui-ci à l'invasion des bactéries qui habitent l'intestin. La plupart des accidents que nous allons signaler résultent pour le moins autant de cette infection ascendante des voies biliaires que de l'action mécanique des calculs.

Lésions résultant de la lithiasé biliaire. — Lorsque la lithiasé biliaire ne se traduit par aucun symptôme, comme cela s'observe, surtout chez le vieillard, les lésions sont en général bornées à la vésicule biliaire.

Mais lorsque les calculs évoluent, on peut observer des lésions multiples et diverses.

a. *Vésicule biliaire.* — Au début les calculs baignent dans la bile plus ou moins normale; ils sont parfois enchatonnés dans des parois épaissies de la vésicule. Dans le cas d'*oblitération du canal cystique*, la bile se résorbe; tantôt le catarrhe de la vésicule sécrète abondamment, jusqu'à plusieurs litres, un liquide souvent brunâtre qui dilate la vésicule au point de lui faire acquérir des dimensions énormes : volume d'une tête d'enfant, d'une tête d'adulte et même davantage;

tantôt les parois s'amincissent, se rétractent sur les calculs, se créâtissent à leur surface interne et constituent ce qu'on appelle la *tumeur calculeuse*.

Le liquide fourni par le *catarrhe* de la vésicule subit, dans certains cas par suite de l'infection qui l'atteint, la transformation purulente : *empyème*, qui nécessite une intervention chirurgicale rapide.

b. *Foie*. — *Canaux biliaires*. — Les conduits excréteurs de la bile sont épaissis, dilatés, et peuvent renfermer des calculs biliaires aussi bien hors du foie que dans son parenchyme. L'oblitération du canal cholédoque peut se produire; la dilatation des voies biliaires devient alors considérable; elle est suivie la plupart du temps d'inflammation : *angiocholite*, *périangiocholite*. Ces inflammations suppurent : *abcès du foie* d'origine biliaire ou, au contraire, se terminent par sclérose : *cirrhose biliaire*, *cirrhose hypertrophique*; la veine porte peut s'enflammer à leur voisinage : *pyléphlébite oblitérante* ou *suppurative*; enfin cette série de lésions aboutit parfois à la *dégénérescence aiguë* des cellules hépatiques, caractéristique de l'*ictère grave*, atrophie jaune aiguë du foie.

Les calculs peuvent s'ouvrir une voie anormale dans l'intestin, provoquer des perforations, des fistules principalement duodénales 36, coliques 9, gastriques 12 et quelques autres plus rares (statistique de Mossé). — Le calcul peut amener l'obstruction de l'intestin; — Mossé en rapporte 38 observations.

Enfin plus souvent encore l'évolution anormale du calcul s'effectue vers la peau par le mécanisme du phlegmon. Denucé a rassemblé, dans sa thèse d'agrégation, 144 cas de fistules cutanées biliaires. Ce chiffre ne donne pas une idée de la fréquence de l'affection, quoiqu'il soit déjà assez élevé.

Étiologie. — Les causes de la lithias biliaire échappent le plus souvent; on a invoqué l'influence des passions tristes, de la vie sédentaire. — Au-dessus de tout cela, il y a surtout la prédisposition particulière qui se traduit par l'hérédité, la coexistence d'autres affections arthritiques : migraines, eczémas, accidents goutteux, rhumatismes, et surtout lithias urinaire. La lithias biliaire s'observe plus fréquemment chez les femmes, surtout chez celles qui ont eu des enfants; on la voit encore chez les gros mangeurs, chez les sujets obèses qui font peu d'exercice.

Symptomatologie et complications. — Certains calculs ne trahissent leur existence par aucun symptôme.

D'autres sont expulsés par les voies naturelles, dans une évolution très douloureuse : lorsqu'un calcul vient à s'engager dans un des canaux excréteurs de la bile, canal cystique, canal cholédoque, son contact détermine un accès douloureux des plus violents : la *colique hépatique*. Ces accès surviennent sans fièvre, brusquement, après le repas en général; une douleur extrêmement vive partant du foie (point cystique) s'irradie vers le creux de l'estomac (point épigastrique), vers le membre supérieur droit (point scapulaire de Budd); la douleur est lancinante, ponctive, continue, bien que plus marquée par instants, elle peut présenter des irradiations anormales, s'accompagner de phénomènes nerveux, même de convulsions épileptiformes du côté droit (Duparcque). En même temps surviennent des nausées, des vomissements d'abord alimentaires, puis glaireux, puis bilieux. L'accès cesse en général brusquement; sa terminaison est souvent marquée par l'émission d'urines nerveuses. — On a encore observé de la congestion pulmonaire du côté droit, de l'insuffisance tricuspide passagère (Potain).

L'examen attentif des selles, quelquefois des vomissements permettra de reconnaître le corps du délit.

Si le calcul oblitère momentanément le canal cholédoque, un *ictère* passager se produit. Le chirurgien n'a point à intervenir ici. Toutefois les accès sont parfois si douloureux et si répétés, que l'on est en droit de craindre la rupture des canaux par un calcul très volumineux, ou bien encore des accidents graves : lipothymie et syncope pouvant aller jusqu'à la mort subite. Dans ces cas particuliers, l'intervention chirurgicale peut être discutée.

Mais à côté de ces faits à évolution naturelle, il en est d'autres où la présence des calculs s'accompagne de phénomènes décrits sous le nom d'*accidents et complications de la lithias biliaire*. Ce sont ceux-là qui nécessitent l'intervention du chirurgien; ils sont presque tous liés à l'infection des voies biliaires.

Les complications vraiment chirurgicales s'appellent :

- 1° Phlegmon et fistules biliaires cutanées;
- 2° Accidents du côté de la vésicule;
- 3° Accidents d'oblitération du canal cholédoque;
- 4° Quelquefois encore, accidents intestinaux.

1° *Phlegmon et fistules biliaires cutanées.* — La présence de calculs dans la vésicule biliaire donne lieu souvent à une inflammation de voisinage, qui après et même avant la perforation du réservoir aboutit à la formation d'un phlegmon : *phlegmon biliaire*. L'ouverture du *phlegmon biliaire* se fait quelquefois directement à la peau; mais souvent il existe une cavité intermédiaire, péritonéale, limitée par des adhérences. — L'ouverture spontanée se rapproche d'autant plus de l'ombilic que la vésicule était plus distendue. — On a vu d'ailleurs des phlegmons biliaires ouverts dans des régions très éloignées, aine, fosse iliaque, épigastre, région lombaire.

Les phénomènes locaux de tout phlegmon s'accompagnent ici des troubles de péritonite localisée aboutissant à la formation des adhérences. — Il ne faudrait pas croire d'ailleurs que l'issue des calculs et de la bile suive immédiatement l'ouverture spontanée ou chirurgicale. Ce phénomène ne se produit souvent que plusieurs jours ou plusieurs semaines après l'ouverture.

Il en résulte alors une *fistule biliaire cutanée* qui ne se fermera définitivement que lorsque tous les calculs auront été expulsés. L'exploration de ces trajets fistuleux doit toujours être faite avec une prudence extrême; des accidents mortels ont été la conséquence même d'explorations délicates faites par des mains habiles.

2° *Accidents du côté de la vésicule.* — Le canal cholédoque étant perméable, des accidents limités à la vésicule peuvent être observés; le canal cystique est alors oblitéré dans le plus grand nombre de faits. — Les symptômes sont d'ailleurs plus redoutables encore lorsque la bile continue d'arriver dans la vésicule.

A côté des tumeurs dures formées par le dépôt de couches calcaires à la surface des parois d'une vésicule rétractée sur des calculs, *tumeur calculeuse*, on voit dans d'autres circonstances la vésicule prendre des dimensions énormes, se distendre par hypersécrétion catarrhale de ses glandes : c'est l'*hydropisie de la vésicule biliaire*. — Les *Archives de Virchow* ne mentionnent-elles pas un cas d'Erdmann dans lequel la vésicule contenait 60 à 80 livres de liquide?

La tumeur formée par la vésicule ainsi distendue est mobile avec le foie et son point culminant fait saillie sous le dernier cartilage costal; elle se déplace suivant une ligne diagonale très importante pour

les auteurs anglais, obliquement tirée de l'ombilic à l'extrémité du dernier cartilage costal.

La sérosité qu'elle renferme est au début fluide ou d'un vert pâle; mais ses caractères se modifient à la longue sous l'influence de l'infection dont elle a pu être atteinte, et la transformation purulente, annoncée extérieurement par des phénomènes généraux et locaux graves, s'observe dans un certain nombre de cas : *empyème de la vésicule*.

La *rupture* de la vésicule biliaire infectée dans le péritoine a été observée; plus rarement ce sont les canaux qui se déchirent, soit dans un choc, soit dans un effort, soit enfin au moment d'une colique hépatique. La conséquence immédiate de cet accident est le développement d'une *péritonite* mortelle. Bientôt peut-être serons-nous à même de traiter heureusement cette terrible complication par la laparotomie.

Les *perforations* spontanées de la vésicule sont surtout des accidents observés par le médecin; lorsqu'elles font communiquer la vésicule avec une partie quelconque du tube digestif, *fistules internes*, ces perforations rétablissent fort heureusement par une voie détournée le cours de la bile parfois interrompu.

C'est une indication précieuse que le chirurgien a déjà su réaliser artificiellement.

3° *Accidents tenant à l'oblitération du canal cholédoque.* — La bile sans cesse produite par le foie ne pouvant plus s'écouler dans l'intestin, dilate les canaux biliaires, et cette rétrodistension a pour conséquence le développement d'une cirrhose hypertrophique caractérisée comme toujours par l'ictère chronique, le développement du foie, la splénomégalie. Des accidents fébriles irréguliers, l'aggravation de l'état général, des phénomènes locaux douloureux indiquent l'infection et l'inflammation des canaux biliaires, *angiocholite*, *périangiocholite*, et l'affection se termine par le tableau symptomatique de l'*ictère grave*.

La vésicule distendue par la bile prend un développement plus considérable et l'exploration soignée de l'abdomen permet d'en délimiter les contours. Terrier a montré, par de nombreux exemples, que l'oblitération du canal cholédoque par les calculs ne déterminait cependant qu'un développement insignifiant de la vésicule biliaire. Celle-ci devient au contraire très volumineuse lorsque c'est une tumeur

maligne qui comprime et bouche la terminaison du cholédoque.

4^e Accidents intestinaux. — Lorsqu'un calcul a franchi les voies biliaires tout n'est pas terminé, et on voit encore quelquefois survenir des accidents d'occlusion intestinale pour lesquels le chirurgien peut être appelé. Le commémoratif d'une crise récente de colique hépatique est le seul indice qui permette le diagnostic de cette cause d'obstruction. Avant d'intervenir chirurgicalement, on doit toujours recourir au traitement médical; la cessation spontanée des accidents a été notée dans le tiers des cas (Mossé).

Diagnostic. — Nous n'avons pas ici à faire le diagnostic médical de la lithiase biliaire; nous nous bornerons à indiquer les tumeurs abdominales qu'on a pu confondre avec les tumeurs de la vésicule biliaire. Rappelons d'abord qu'il est souvent utile d'ajouter, aux procédés d'exploration extérieure que nous avons indiqués, la ponction et l'incision exploratrices.

La *ponction exploratrice*, bonne dans le cas où la vésicule est remplie de liquide, fournit peu de renseignements sur la présence des calculs; il est rare de les sentir et nous ne saurions souscrire à l'emploi du trocart comme stylet explorateur.

L'*incision exploratrice*, au contraire, journellement pratiquée par Lawson Tait, par Langenbuch, nous paraît une excellente opération fort recommandable et qui, du reste, entre de plus en plus dans les mœurs chirurgicales françaises. Son innocuité habituelle la justifie pleinement.

Lorsque la tumeur est petite, la confusion est possible avec l'abcès, le kyste hydatique, le cancer du foie, le cancer des voies biliaires.

Lorsqu'elle atteint des dimensions moyennes et s'étend jusqu'à la région ombilicale, on a pu prendre la vésicule biliaire dilatée pour les mêmes tumeurs du foie plus développées, pour des tumeurs de la paroi, de l'épiploon, de l'intestin, des reins.

Lorsque la tumeur occupe tout l'abdomen, le diagnostic différentiel se pose avec les kystes ovariens, avec certaines tumeurs utérines et pelviennes.

Il est rare qu'un examen attentif révélant, d'une part, tous les caractères des tumeurs de la vésicule, et d'autre part, l'absence des signes des autres tumeurs, il est rare, croyons-nous, qu'un examen de ce genre ne permette pas le diagnostic. Mais le fait est possible,

et c'est dans ces cas que l'incision exploratrice rend réellement de grands services.

Les commémoratifs, la ponction exploratrice serviront ensuite à reconnaître quelle est la nature de cette tumeur de la vésicule. C'est un renseignement que l'exploration directe elle-même n'est pas toujours capable de fournir.

Traitement. — Nous avons indiqué dans la symptomatologie les principaux accidents de la lithiase biliaire; voyons dans quelle mesure ils sont justiciables d'une intervention chirurgicale.

Dans les cas de phlegmon biliaire, cette intervention est souvent fort simple et se borne à la simple ouverture de la cavité purulente. — Les trajets fistuleux seront traités avec précaution, dilatés à l'aide des tiges de laminaire de façon à permettre l'extraction des calculs et le nettoyage de la vésicule; l'ouverture de cette dernière pourrait être recherchée, cautérisée ou même fermée par suture si la perméabilité des voies biliaires était parfaite; mais il en sera presque toujours autrement.

En dehors de ces inflammations et de ces fistules dans lesquelles la paroi abdominale est aussi intéressée que les voies biliaires, les indications du traitement se posent ordinairement de deux façons différentes.

Tantôt il s'agit d'accidents imputables à la vésicule et à son conduit, tantôt au contraire on est en présence d'une oblitération du canal cholédoque avec rétention dans le foie et cholémie consécutive.

La vésicule pleine de calculs et infectée devient souvent le siège de douleurs intolérables et de coliques hépatiques à répétition incessante qui altèrent gravement la santé du malade et lassent sa patience. L'ouverture de la vésicule ou *cholécystotomie* met fin à ces accidents,

Cette altération de la vésicule peut se rencontrer dans des conditions assez différentes : ou bien le canal cholédoque est libre et le cours de la bile parfaitement régulier, ou bien il existe un obstacle au déversement de ce liquide dans l'intestin.

Si le cours de la bile est libre du foie vers l'intestin, on peut aller plus loin que la simple cholécystotomie. Beaucoup de chirurgiens pensent qu'il vaut mieux supprimer le siège du mal en pratiquant l'ablation de la vésicule ou la *cholécystectomie*. Par là on éviterait le retour des coliques hépatiques; ce serait une cure radicale. Très acceptable lorsque le canal cystique est oblitéré définitivement, cette

proposition rencontre quelques contradicteurs lorsque sa perméabilité n'est pas compromise.

Il ne saurait être question de pratiquer l'ablation de la vésicule lorsque le canal cholédoque est oblitéré. Ici, comme nous le verrons tout à l'heure, la taille de la vésicule précédera souvent d'autres interventions; elle pourra être utilisée pour faire le *cathétérisme des voies biliaires*, pour tenter la *lithotritie* d'un calcul biliaire, voire même pour obtenir, par un cathétérisme répété, la dilatation d'un *rétrécissement* cicatriciel du canal cystique ou du canal cholédoque.

L'hydropisie et l'empyème de vésicule comporteront presque toujours la cholécystectomie, à moins qu'après la cholécystotomie on ait pu, par le cathétérisme ou la lithotritie, faire disparaître un obstacle qui existait au niveau du canal cystique. Dans ce dernier cas, la question se pose au point de vue opératoire entre l'incision de la vésicule et sa fistulisation au moins provisoire et l'incision immédiatement suivie de la suture ou *cholécystotomie idéale*.

L'oblitération du canal cholédoque exige un traitement prompt, car la rétention de la bile est le point de départ d'accidents formidables à marche souvent rapide.

On profite du premier temps de l'intervention à laquelle il faut se décider *pour explorer avec le doigt* le canal cholédocystique. Si cette recherche permettait de sentir un calcul enchatonné dans le canal cholédoque on pourrait, non pas essayer de le broyer entre les doigts ou les mors d'une pince à travers les parois (Lawson Tait), cette manœuvre semble trop dangereuse, mais l'enlever par l'incision directe du canal cholédoque : *cholédochotomie*.

En l'absence de tout renseignement sur le siège et la nature de l'oblitération, ou bien encore dans le cas où le calcul siégerait trop bas pour être extrait sans péril, il ne reste qu'à rétablir le cours de la bile par une voie détournée. L'anastomose, entre la vésicule et l'intestin grêle, y pourvoit, c'est la *cholécystentérostomie*.

S'il existait un obstacle invincible à la fois sur le canal cystique et le canal cholédoque, il ne faudrait pas encore désespérer. Dans un cas semblable, mettant d'ailleurs à profit l'extrême dilatation de la portion supérieure du canal cholédoque, Sprengel a pu aboucher cette portion des voies biliaires à l'intestin grêle, *cholédocho-entérostomie*.

Nous avons voulu nous borner, dans ce manuel, à ces indications sommaires. Il n'entre pas dans notre plan de décrire le manuel opé-

ratoire des diverses interventions que nous avons signalées un peu hâtivement. Nous renvoyons pour cela, comme pour l'historique de la question, le lecteur aux thèses de Calot et Delagenière, aux publications de Terrier et à l'article de Segond dans le *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus.

Nous rappellerons seulement que si J.-L. Petit avait déjà indiqué avec une extrême précision les indications de la taille biliaire, que si même Morand, en 1756, avait pratiqué des cholécystectomies, il a fallu attendre l'avènement de la chirurgie antiseptique pour que les interventions sur les voies biliaires devinssent réellement pratiques. Marion Sims a pratiqué la première cholécystotomie réglée en 1878, von Winiwarter la première cholécystentérostomie en 1880, Langenbuch la première cholécystectomie en 1882!

CHAPITRE IV

TUMEURS DE LA VÉSICULE BILIAIRE

En dehors des tumeurs liées à la lithiasie biliaire, on est en droit de dire que les néoplasmes de la vésicule sont presque toujours des tumeurs malignes. Avec celles-ci coexistent d'ailleurs constamment des calculs biliaires. Souvent secondaires et propagées, elles sont cependant parfois primitives, et appartiennent soit aux variétés du carcinome, soit à l'épithéliome cylindrique. Tantôt le cancer est infiltré, tantôt il est bourgeonnant; la forme villeuse est assez fréquente; enfin le foie est toujours envahi de très bonne heure ainsi que les ganglions.

Les cancers de la vésicule sont donc peu justiciables de la cholécystectomie, sauf peut-être tout à fait au début. La douleur et l'ictère, joints à la cachexie, sont les meilleurs signes de l'affection; la tumeur est petite, difficile à percevoir, rarement rapportée à sa véritable origine.