FOIE

CHIRURGIE DU FOIE

INDICATIONS OPÉRATOIRES DANS LES AFFECTIONS DES VOIES BILIAIRES

Dans ces derniers temps, la thérapeutique chirurgicale a joué un rôle actif dans les affections des voies biliaires. Ces affections sont **traumatiques, infectieuses,** ou **mécaniques.**

Je n'ai pas grand'chose à dire des **affections traumatiques** (contusions ou plaies). Elles sont justiciables du traitement habituel des traumatismes abdominaux, et le rôle du chirurgien consistera, dans les plaies, à arrêter l'hémorrhagie par le tamponnement, à prévenir les complications infectieuses, en désinfectant la plaie; dans les *contusions abdominales*, l'intervention sera indiquée, dès que la lésion sera soupçonnée, c'est-à-dire dès que les moyens habituels (injections salées, etc.), ne parviendront pas à ranimer le malade, ou dès que la réaction péritonéale ne se manifestera pas.

Les affections *infectieuses* et *mécaniques* sont souvent confondues.

Elles reconnaissent pour causes habituelles la *lithiase biliaire;* mais d'autres causes peuvent les engendrer.

Les symptômes cliniques de l'**infection des voies biliaires,** sont l'*augmentation de volume du foie*, la *fièvre à type intermittent*, ressemblant à un accès palustre irrégulier, non influencé par le sulfate de quinine, *l'ictère.*

Les **affections mécaniques** tiennent à l'arrêt d'un calcul en un point quelconque des voies biliaires, la vésicule, le canal cystique, le canal cholédoque. L'arrêt du calcul s'accompagne de phénomènes d'*obstruction biliaire* (ictère, douleurs, tumeurs, etc.).

Indications opératoires. — Les indications opératoires dans les affections des voies biliaires se tirent donc :

1° Des signes de l'obstruction biliaire ;

2° Des signes de l'infection biliaire.

1° Les signes de l'obstruction biliaire, pour indiquer une opération, doivent être persistants, avoir résisté au traitement médical habituel ou s'accompagner d'insuffisance hépatique (diminution des urines, présence d'urobiline, diminution de l'urée, résultat positif à la suite de l'épreuve de la glycosurie alimentaire, augmentation de la toxicité urinaire).

Un individu a des coliques hépatiques qui reviennent à intervalles irréguliers. Les coliques deviennent plus fréquentes, et on constate l'existence d'une *tumeur*, située au niveau du bord externe du muscle droit, avec sensibilité à la pression. Le diagnostic probable est une obstruction du canal cystique avec dilatation de la vésicule. Il y a indication d'opérer. On trouvera la vésicule remplie de liquide avec un ou plusieurs calculs. On trouvera parfois une grande quantité de calculs; enfin on peut ne pas trouver de calcul, celui-ci siégeant dans le canal cystique.

Dans d'autres cas, un individu qui a eu précédemment des coliques hépatiques présente un ictère persistant qui dure depuis plus de six semaines avec une douleur à la pression à droite de la colonne vertébrale, sans aucune apparence de tumeur. C'est encore un cas facile. Il s'agit probablement d'une obstruction du cholédoque, et l'indication opératoire est urgente.

Comme précédemment, il existe un ictère persistant, qui s'accompagne d'altération de l'état général, et on trouve une *tumeur* au niveau de la vésicule. L'indication opératoire est encore assez nette, bien que ces faits se rapportent sou-

vent à des cancers, l'obstruction du cholédoque s'accompagnant presque toujours de l'atrophie de la vésicule biliaire (Terrier).

2° Les signes de l'infection biliaire commandent souvent l'intervention.

L'infection, localisée au niveau de la vésicule, peut donner lieu à un phlegmon, qui se termine par un abcès. Ouvrir l'abcès dans ces cas est une indication élémentaire.

L'abcès peut se terminer par des fistules interminables, qu'il faut traiter.

Voilà pour les infections localisées.

Il existe tout un autre groupe d'infections généralisées des voies biliaires, infections qui réclament une opération.

Mais, en général (sauf de rares exceptions), il s'agit encore d'infection de la lithiase.

Voici un cas typique qui peut donner une idée de l'indication opératoire. Femme de quarante-huit ans, gastralgie; en 1887, crises hépatiques légères; en 1893, crises hépatiques vraies, fièvre; ictère, en août 1894; puis, autre crise avec dilatation de la vésicule. Depuis, crises fréquentes, hypertrophie du foie; en février 1895, crises presque constantes avec accès fébriles irréguliers. La malade s'alite; l'état s'aggrave en mars et avril, l'ictère devient intense.

Le 25 mai, M. Terrier voit la malade, ictère léger avec coloration noire de la peau; accès fébriles; état général grave. On décide d'intervenir.

Cholécystostomie, muco-pus et calculs. Guérison.

Principales opérations qui se pratiquent sur les voies biliaires. — En dehors de l'exploration méthodique, du cathétérisme des voies biliaires, les principales opérations qui se pratiquent sur les voies biliaires ont lieu : 1° sur la vésicule biliaire ; 2° sur le canal cholédoque ; 3° sur la vésicule et l'intestin.

Sur la vésicule biliaire. — La *cholécystotomie*, la *cholécystostomie*, la *cholécystectomie*.

La cholécystotomie est l'ouverture de la vésicule; la choclécystostomie est l'ouverture avec fistulation de la vésicule

(c'est l'opération la plus fréquente), la cholécystectomie est l'ablation de la vésicule.

Sur le canal cholédoque, on pratique le plus souvent la *cholédocotomie*, c'est-à-dire l'ouverture du canal cholédoque.

Enfin on établit quelquefois une anastomose entre la vésicule et l'intestin (*cholécystentérostomie*).

Choix de l'opération. — Quand on entreprend une opération sur les voies biliaires, on sait rarement d'avance ce qu'on doit faire. Après avoir fait la laparotomie exploratrice, on cherche la vésicule et on palpe les voies biliaires, le canal cystique et le canal cholédoque. Si on trouve un calcul facile à déloger ou à broyer à travers les tuniques, on termine ainsi l'opération. Sinon on se comporte différemment, suivant les cas.

Si la vésicule est distendue, il faut toujours pratiquer la *cholécystotomie* et le cathétérisme du canal cystique. Si l'obstruction du canal cystique existe, on fait, en général, la *fistulation de la vésicule* ou son extirpation, suivant la plus ou moins grande facilité qu'on éprouve à isoler cette vésicule.

Si le calcul ou l'obstruction existe au niveau du cholédoque, il est indiqué d'ouvrir ce canal (cholédocotomie) et d'extraire le calcul. Après cela, on peut fermer ou non le canal et faire un drainage. Si l'opération de choix dans ces cas, la cholédocotomie, est impraticable, on peut faire une anastomose entre la vésicule et l'intestin. Enfin, dans certains cas, il faut savoir se contenter de la fistulation de la vésicule.

Les discussions actuelles roulent sur les avantages et les inconvénients de la *cholécystostomie* et de la *cholécystectomie*. Sur l'opportunité d'une de ces trois opérations : *Cholécystotomie*, *cholécystentérostomie* ou *cholédocotomie*, suivant qu'il s'agit d'une obstruction du cystique ou du cholédoque.

Quand il existe des signes d'infection, l'ouverture et le drainage des voies biliaires par la vésicule est l'opération indispensable.

Quand il existe un calcul du cholédoque, l'opération de choix doit être l'ablation de ce calcul.

Enfin, quand la vésicule est malade et que son ablation est possible, on doit faire l'extirpation de la vésicule.

Voilà les points qui paraissent actuellement admis sur une question qui est, d'ailleurs, en pleine voie d'évolution.

ABCÈS DU FOIE

Le traumatisme, les corps étrangers, les infections biliaires, les infections en général, sont susceptibles de provoquer l'abcès du foie. Les *abcès tropicaux*, les abcès des pays chauds, sont en rapport avec la dysenterie ou le paludisme.

On a rencontré dans l'abcès du foie presque tous les microbes pyogènes. On a vu des abcès du foie à pus stérile.

Le point de côté hépatique, la voussure, les phénomènes généraux, sont les principaux signes des abcès du foie.

Le danger de ces abcès est très grand. Abandonnés à eux-mêmes, ils entraînent presque fatalement la mort.

Dès qu'on a soupçonné l'existence d'un abcès du foie, *il faut l'ouvrir*. Il est absolument inutile et souvent dangereux de faire une ponction exploratrice. Mieux vaut faire la laparatomie immédiate. En effet, on a cité des cas de mort subite, à la suite de la ponction, et j'en connais au moins deux qui n'ont pas été publiés.

A l'heure actuelle, le seul traitement des abcès du foie est l'*incision*. Cette incision sera faite de la manière suivante : Après la laparatomie latérale ou médiane, suivant le point d'accès le plus facile de l'abcès, on tombe sur l'abcès ou on ne trouve rien. Dans le premier cas, on vide l'abcès par la ponction, on attire contre la paroi et on fait la suture du foie ; on ouvre ensuite et on draine.

Si l'abcès n'est pas apparent, il est permis, après la laparotomie, de faire une ou plusieurs ponctions exploratrices dans le foie, de manière à s'assurer de la présence du pus. Si on le trouve, il faudra traverser le tissu hépatique à l'aide du thermo-cautère au rouge sombre jusqu'au niveau de l'abcès.

Certains abcès doivent être attaqués par le thorax (voie

transpleurale) ou en réséquant les cartilages des 8e, 9e, 10e et 11e côtes (procédé de Lannelongue).

Le procédé de Stromyer-Little, ponction et ouverture large de l'abcès, sans s'occuper des organes intermédiaires ni des adhérences, est généralement rejeté comme dangereux.

Le curettage de l'abcès paraît être une bonne précaution.

KYSTES HYDATIQUES DU FOIE

Les nombreuses méthodes successivement préconisées dans le traitement des kystes hydatiques du foie sont, à l'heure actuelle, délaissées, et nul ne s'aviserait plus, aujourd'hui, de recourir à la ponction simple ou à la méthode de Récamier et à ses dérivés.

Deux méthodes modernes se disputent la faveur des chirurgiens.

La ponction avec injection parasiticide (procédé Debove-Bacelli).

L'ouverture large (procédé Lindenan-Landau, procédé de Volkmann, procédé de Delbet avec fermeture).

La méthode de Debove-Bacelli comprend le procédé de Bacelli, qui n'évacue pas le kyste, mais se contente d'injecter dans sa cavité une petite dose d'une solution antiseptique.

Debove fait une ponction aspiratrice, vide le kyste complètement, et injecte dans sa cavité une certaine quantité de sublimé, qu'il aspire au bout de quelques instants. Bouilly vide le kyste à siccité par aspiration avec la seringue de Dieulafoy, puis par la canule laissée en place, injecte dans la poche environ 5 grammes de liqueur de Van Svieten, qu'il abandonne.

L'ouverture du kyste peut se faire en un seul temps (procédé Lindenan-Landau) ou en deux temps (procédé Bégin-Volkmann). Dans le premier cas, l'opération, dans ses grandes

ignes, consiste à ouvrir le kyste et à le suturer sur le péritoine pariétal et sur la peau (marsupiliation). Dans le second, les adhérences pré-opératoires dispensent de la suture.

Je ne fais que mentionner l'opération, qui consiste à extirper totalement le kyste ; elle est applicable à certains cas particuliers.

Dans ces derniers temps, Delbet a inauguré en France une méthode séduisante. Elle consiste à vider le kyste non seulement des vésicules qu'il contient, mais aussi d'enlever la vésicule-mère, qui est une membrane de couleur blanc grisâtre, sans structure spéciale, à capitonner ensuite la membrane adventice et à refermer complètement le ventre. Ici il ne s'agit plus de marsupiliation, qui laisse après elle une fistule souvent interminable, mais d'une cure radicale.

L'opération se fait comme une simple laparotomie, en un seul temps, le kyste est attiré, ouvert, vidé de son contenu, et surtout de la vésicule-mère. A l'aide de trois, quatre fils de catgut, on capitonne ensuite la poche, et on referme le ventre. Actuellement on tend à délaisser aussi le capitonnage, depuis qu'on a reconnu que la fermeture pure et simple du ventre après le nettoyage du kyste, peut se faire sans danger.

Parmi ces méthodes le praticien pourrait avoir la tentation de choisir celle qui paraît la moins grave, c'est-à-dire la *ponction*. Qu'il s'en garde bien. Segond a mis en relief dans la thèse de Potherat (1889), d'une façon magistrale les inconvénients et les dangers de la ponction. Il n'est pas exagéré de dire que la ponction dans les kystes hydatiques du foie, est une opération abdominale des plus dangereuses.

Il en est de même de la ponction avec injection parasiticide. Elle a donné des succès, mais elle a occasionné parfois des morts émouvantes.

Quand on veut agir sur un kyste hydatique du foie, et l'intervention dans ces cas est de rigueur, il n'y a en réalité que deux méthodes en présence : la méthode en deux temps et la laparotomie en un seul temps.

La laparotomie en deux temps, qui n'a pas eu beaucoup de succès, en France, ne mérite pas qu'on l'abandonne. Elle

permet au médecin, peu habitué aux opérations abdominales, d'ouvrir sans danger ces kystes. La laparotomie en un seul temps ne peut se faire que par un chirurgien de profession, et dans un milieu approprié.

Quant à la fermeture immédiate de l'abdomen, elle est possible dans les deux cas, quand il n'existe pas de contre-indication (suppuration, fistule biliaire).