

D'après la statistique de Lobstein, sur 61 cas non opérés 29 se sont terminés par la mort, et sur 51 cas opérés 19 ont succombé; mais il est juste d'ajouter que la plupart des opérations suivies de mort ont été faites tardivement chez des malades profondément auto-intoxiqués ou atteints de péritonite.

3° Les migrations anormales des calculs, mais surtout la rupture de la vésicule ou des voies biliaires, peuvent nécessiter une intervention d'urgence.

La péritonite calculeuse généralisée constitue un accident d'autant plus redoutable qu'elle peut survenir au cours même d'un accès de colique hépatique et être méconnue. Habituellement d'ailleurs elle se produit au cours d'une cholécystite calculeuse; la guérison n'est possible que si la laparotomie est immédiate.

Les fistules résultent du travail inflammatoire lent et adhésif qui unit la vésicule à la peau, à l'estomac, aux différents segments de l'intestin, au rein, à la plèvre, aux bronches, etc.

La sténose du pylore peut être la conséquence d'une fistule.

L'existence d'une fistule dont le trajet est sinueux, exposant aux infections secondaires, nécessite la cholécystectomie si le cholédoque est libre, sinon la cholécystentérostomie.

Résumons, pour terminer, les principes que tout praticien doit appliquer, dans la cholélithiase. En cas d'accidents aigus, fébriles : cholécystostomie; en cas d'accidents chroniques anciens, ou bien dans les cas récents d'hydropisie vésiculaire, ou même dans les cholécystites calculeuses à contenu purulent, lorsque le cystique est fermé et que les accidents sont cantonnés à la vésicule : cholécystectomie. Enfin cholédocotomie en cas d'obstruction du cholédoque, après cholécystostomie préliminaire, le plus souvent, nécessitée par l'infection biliaire.

En ce qui concerne le moment de l'intervention, il y a tout intérêt à prévenir l'obstruction du cholédoque et les accidents infectieux qui en dérivent, c'est-à-dire à opérer à la phase vésiculaire, de même que l'on pratique l'appendicectomie après une première attaque appendiculaire; c'est la tendance actuelle des chirurgiens des États-Unis. Reconnaissons toutefois que le pronostic opératoire est moins bénin que pour l'appendicectomie et que l'intervention précoce, pour légitime qu'elle soit, n'est pas encore entrée dans la pratique courante.

KYSTES HYDATIQUES DU FOIE

Le traitement médical proprement dit des kystes hydatiques du foie n'existe pas; on ne croit plus que certaines substances, administrées par la voie stomacale, puissent déterminer la mort de l'hydatide: on n'a donc plus recours à la teinture de Kamala, au pétrole, à la rhubarbe, au sous-carbonate de soude, au chlorure de sodium (Laënnec), au mercure, à l'iodure de potassium. On avait cependant fondé sur ce dernier médicament en particulier de grandes espérances

et l'on invoquait, comme témoignage de son efficacité, une observation de M. Desnos, qui avait vu un kyste devenir albumineux à la suite de l'emploi de l'iodure: mais la présence de l'albumine dans le liquide n'est pas toujours l'indice de la mort du kyste, et au surplus les résultats obtenus avec l'iodure n'ont jamais été favorables.

Les méthodes de traitement exclusivement en usage aujourd'hui sont toutes d'ordre chirurgical; nous les décrivons d'abord, puis nous déterminerons leurs indications.

Toute intervention doit être précédée d'une ponction exploratrice qui donnera des renseignements précieux pour la thérapeutique; elle permettra de reconnaître si le kyste est suppuré ou non; s'il renferme du sang, de la bile, de l'albumine (ce qui indique généralement la mort de l'hydatide.)

Ces méthodes peuvent être divisées en trois groupes :

I. Ponction simple.

II. Ponction et lavage avec un liquide antiseptique ou ponction et injection d'une petite quantité de liquide antiseptique.

III. Grandes incisions; laparotomie.

I. La *ponction évacuatrice*, faite aseptiquement avec un appareil aspirateur, constitue le moyen de traitement, sinon le plus efficace, du moins le plus inoffensif. Nous n'en dirons pas autant de la ponction faite avec un gros trocart (à hydrocèle ou à kyste ovarique) : ce dernier procédé avait été employé par Boïnet, qui évacuait tout le liquide et les vésicules avec un gros trocart, dans lequel il introduisait quelques jours après un drain qu'il laissait à demeure.

Borgherini (1882) pensait qu'il suffit d'enlever au kyste une faible quantité de liquide pour en amener la guérison; mais cette opinion n'est pas partagée et l'on doit retirer toujours tout le liquide.

La ponction doit être pratiquée avec une aiguille assez fine (n° 2 de l'appareil Dieulafoy). Les mains de l'opérateur, la région opératoire étant aseptisées, la ponction est faite au point culminant de la tumeur.

Quand on retire l'aiguille, il faut avoir soin de soulever autant que possible la paroi abdominale et la paroi du kyste, afin d'éviter la chute du liquide dans la cavité péritonéale. On applique ensuite une couche d'ouate circulaire autour de la ceinture et l'on exerce une compression assez énergique avec un bandage en flanelle; s'il survient des douleurs abdominales, on a recours immédiatement à l'opium et à la glace.

Certains accidents peuvent survenir après la ponction (nous ne comprenons pas parmi eux la suppuration du kyste, qui ne peut survenir que si la ponction n'a pas été faite aseptiquement). Voici ce qui se produit le plus habituellement : quelques heures après une ponction faite suivant les règles, survient une éruption d'urticaire généralisée, dont la durée est éphémère. Plus rarement se manifestent des accidents d'allures graves : état syncopal, dyspnée, nausées, vomissements, refroidissement des extrémités; ou bien, au contraire, une fièvre élevée (40°) avec symptômes d'embarras gastrique, pouvant persister trois ou quatre jours. Dans quelques cas enfin, il semble qu'une péritonite se déclare, car on constate du météorisme, une sensibilité diffuse et superficielle du ventre,