

On connaît un cas unique dans la science où un abcès du foie s'est vidé par l'ombilic et a déterminé une fistule hépato-ombilicale. On a signalé en outre quelques cas où pareil phénomène s'est produit à la suite d'un kyste hydatique du foie.

Plus fréquemment la vésicule biliaire dilatée par des calculs nombreux et volumineux s'enflamme, adhère à l'ombilic ou au-dessous de cette cicatrice et forme un abcès qui s'ouvre au dehors après ulcération de la paroi; une fistule biliaire est alors constituée et par cette voie les calculs sont éliminés naturellement ou par le chirurgien qui devra dilater le conduit anormal et débarrasser la vésicule de tous les calculs qu'elle contient. La cicatrisation se fait facilement après l'issue de tous les corps étrangers.

Une ascite volumineuse peut distendre la cicatrice ombilicale, la faire céder et déterminer une fistule péritonéo-ombilicale.

A la suite de péritonite aiguë des enfants, de péritonite tuberculeuse, le pus en collection plus ou moins grande peut distendre l'ombilic, et se faire jour au dehors par cette nouvelle variété de fistule péritonéo-ombilicale. Quand le foyer tuberculeux a entraîné en même temps la perforation de l'intestin, la fistule devient pyo-stercorale.

ARTICLE X. — LÉSIONS CHIRURGICALES NUTRITIVES DES ORGANES ABDOMINAUX.

§ 1. — Abcès du foie.

Cette grave affection est endémique dans les pays chauds, dans beaucoup de nos colonies par conséquent. Si donc elle se développe très rarement, jamais peut-être en France, nous sommes toujours exposés à en rencontrer des cas sur nos colons ou nos soldats revenus des pays chauds. L'abcès du foie est toujours en relation avec la dysenterie; en effet, les radicules d'origine de la veine porte se trouvent sur l'intestin, sur le côlon et le rectum. Toutes les ulcérations de l'extrémité inférieure du tube digestif, ulcérations qui toujours caractérisent la dysenterie des pays chauds, détermineront donc des phlébites, des caillots qui aboutiront aux divisions de la veine porte dans le foie, joueront le rôle d'embolies veineuses et détermineront des foyers inflammatoires dans l'organe hépatique. Il me semble presque inutile d'insister et d'ajouter qu'à ces causes mécaniques d'obstructions viennent se joindre les éléments microbiens transportés par les voies veineuses, éléments qui sont de nouvelles causes actives de suppuration.

L'étude histologique des abcès du foie a démontré que les éléments de la glande hépatique sont en réalité nécrosés, et que la formation de l'abcès, la formation du pus, est dans ce cas un phénomène de mortification d'une portion de l'organe. C'est presque toujours le lobe droit

qui est atteint, et souvent on y trouve deux et même trois foyers de suppuration.

Quant à ce qui est des influences hygiéniques, des précautions à prendre dans les pays chauds, ce serait sortir de mon cadre que d'y insister; je renvoie donc le lecteur aux traités de pathologie exotique et aux innombrables mémoires d'hygiène publiés sur cette question.

Il est bon de rappeler cependant que des traumatismes, portés sur la région ou sur le foie lui-même, peuvent être causes d'abcès de l'organe hépatique.

Nous n'insisterons pas ici sur les symptômes du début de la suppuration du foie, c'est là une question qui appartient au domaine médical, nous ne nous occuperons de cette grave affection qu'à partir du moment où le chirurgien doit intervenir.

L'abcès du foie peut, suivant le point où il fait saillie à la surface de la glande hépatique, se vider par la peau après que le péritoine aura contracté des adhérences avec la paroi abdominale; ce cas est assez rare; d'autres fois il s'ouvre dans le péritoine, et la mort devient fatale. Il peut encore s'ouvrir dans le côlon et se vider ainsi par l'intestin; il peut enfin se frayer une voie à travers le diaphragme, pénétrer dans la cavité pleurale, constituer un empyème. Le péritoine d'une part, la plèvre d'autre part, ayant tous deux contracté des adhérences avec le diaphragme, le pus peut se frayer une voie à travers le tissu pulmonaire et être évacué par les bronches.

Lorsque le chirurgien est appelé à intervenir dans le cas d'un abcès du foie, les douleurs scapulaires sont intenses; la fièvre hectique, les accidents gastro-intestinaux épuisent le malade; l'irritation du diaphragme détermine de la dyspnée et de la toux; l'ictère n'existe pas toujours; la quantité d'urine excrétée est diminuée. A ce moment la voussure de la région de l'hypochondre est manifeste, la percussion et la palpation accusent une augmentation de volume du foie, les côtes sont déjetées et les espaces intercostaux élargis; on parvient quelquefois à percevoir la fluctuation entre deux côtes.

Traitement. — En raison des accidents graves auxquels donne naissance l'abcès du foie livré à lui-même, en raison de la mort fréquente qui s'en suit, il est du devoir du chirurgien d'ouvrir une issue au pus aussitôt qu'il en aura constaté la présence. On a recommandé les ponctions capillaires répétées, mais mieux vaut aujourd'hui agir plus largement. Dans la majorité des cas quand l'abcès a déformé l'hypochondre, quand les côtes sont déjetées, le péritoine a déjà contracté des adhérences avec la paroi, on peut donc inciser largement; quand au contraire on conserve quelques doutes sur l'existence des adhérences, on se servira de la méthode de Récamier, on appliquera les caustiques sur la région, et quand on sera ainsi arrivé dans la profondeur, on incisera les dernières couches. Une fois l'abcès vidé, on le lavera, on le

drainera, on l'injectera au moyen des procédés antiseptiques les plus rigoureux. En même temps on instituera un traitement tonique et reconstituant des plus énergiques.

§ 2. — Kystes hydatiques du foie.

C'est encore aux traités de Pathologie interne que je renvoie pour ce qui a trait aux hydatides en général, à leur genèse, à leur multiplication et aux caractères cliniques qui caractérisent leur évolution. Rappelons en deux mots que c'est aux œufs du *Tænia échinocoque* pénétrés dans l'organisme qu'il faut aujourd'hui attribuer le point d'origine des hydatides. Rappelons que la poche principale, hydatide mère, contient appendus à ses parois de petits kystes accessoires, hydatides filles, que le liquide qui les remplit peut être limpide, clair, transparent, riche en ClNa et dépourvu d'albumine. C'est ainsi qu'il se présente lorsque les hydatides sont vivantes et à l'état de développement. D'autres fois le liquide est opalin, toujours riche en ClNa, mais contenant de l'albumine coagulable par la chaleur ; en ce cas les hydatides sont mortes, et c'est à leur propre substance dissoute dans le liquide kystique qu'est due la présence de l'albumine. Enfin le liquide peut être comme purulent, bien que d'ordinaire le microscope n'y décèle pas les éléments du pus ; l'aspect puriforme est dû aux éléments nécrobiotiques de la substance des échinocoques et à l'inflammation de la poche.

Toujours au milieu du liquide ou attachés aux parois, on trouve les crochets des échinocoques.

Rarement on trouve dans le foie plus d'une poche kystique ; j'en ai constaté cependant jusqu'à trois chez une jeune Espagnole. Le kyste peut acquérir un volume considérable, une tête d'enfant dans quelques cas ; sa surface bosselée est en rapport direct avec le tissu hépatique dont les éléments connectifs, condensés et sclérosés, doublent et renforcent la paroi kystique. Comme toutes les tumeurs du foie, le kyste hydatique cause d'abord une gêne, une sensation de pesanteur dans l'hypochondre ; puis la pression qu'il exerce sur les organes voisins détermine soit des accidents abdominaux : constipation, vomissements, etc., soit des accidents respiratoires : dyspnée, palpitations cardiaques ; comme toujours aussi le kyste hydatique détermine une voussure de l'hypochondre, déjette les côtes en dehors, élargit les espaces intercostaux. La poche remplie de liquide donne nécessairement une matité absolue à la percussion ; on a fait toutefois remarquer que dans quelques cas une anse intestinale pouvait s'interposer entre le foie et la paroi et donner lieu alors à une sonorité anormale. Comme toutes les tumeurs du foie, le kyste hydatique se meut, avec l'organe dans lequel il est développé, pendant les mouvements de la respiration.

La fluctuation est manifeste, à moins que le kyste ne soit trop tendu par le liquide ou que ses parois ne soient trop épaissies.

Un signe sur lequel on a beaucoup insisté jadis, signe très inconstant, c'est le frémissent hydatique que l'on attribue aux frottements des crochets les uns contre les autres.

Le seul signe auquel aujourd'hui on doit se rattacher pour reconnaître un kyste hydatique, c'est la ponction exploratrice, la nature du liquide qui s'écoulera fixera le chirurgien.

La tumeur abandonnée à elle-même peut s'enflammer, et le kyste hydatique devient alors un véritable abcès ; dans ce cas il peut, si le péritoine a contracté des adhérences avec les parois, se vider au dehors par la peau ulcérée ; il se vide dans la cavité péritonéale dans le cas contraire, et la mort en est la conséquence fatale. D'autres fois, tout comme les abcès du foie, le kyste hydatique peut s'ouvrir dans l'intestin ou dans le thorax ; nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons dit dans l'article précédent.

Pour être complet, signalons encore des cas où le kyste rompu s'était ouvert dans la veine cave inférieure ; inutile d'ajouter que la mort très rapide s'en est suivie.

Enfin, l'on a vu des cas où la vésicule biliaire ou encore les canaux hépatiques s'étant ouverts dans le kyste hydatique la bile avait déterminé la mort des échinocoques ; dans ce cas les liquides se résorbent lentement, la poche s'épaissit, et les débris des hydatiques restent là comme des corps étrangers enkystés et inertes. D'autres causes encore peuvent amener la mort des échinocoques, mais elles sont tellement obscures que je n'oserais pas y insister.

Traitement. — Comme jamais il ne faut compter d'une manière absolue que le kyste s'ouvrira à l'extérieur d'une manière favorable, comme jamais nous ne pouvons savoir à l'avance que le liquide ne tombera pas dans la cavité péritonéale, et que d'autre part nous pouvons moins encore espérer la guérison spontanée par mort des échinocoques, il importe d'intervenir et de vider le kyste, bien que cependant on ait obtenu la mort des échinocoques par l'électropuncture. La méthode de Récamier plus ou moins modifiée, méthode par application de cautères successifs jusqu'à pénétration dans la poche, a donné de très bons résultats, mais elle est lente, et l'on a eu à regretter des cas de péritonite.

On peut vider successivement la poche par des ponctions capillaires en s'aidant de l'aspiration ; ou bien encore ponctionner le kyste avec un gros trocart qui permet d'évacuer tout le liquide en une seule fois ; on laisse la canule en place pour éviter toute extravasation dans le péritoine, les adhérences se forment rapidement et on la remplace par un gros drain de caoutchouc à travers lequel on fait des lavages antiseptiques répétés.

Enfin depuis quelques années, en raison des résultats obtenus par

les méthodes antiseptiques, des chirurgiens ont été en une seule fois soit avec le bistouri, soit avec le couteau électrique, ouvrir et vider la poche kystique; on applique ensuite un drain et on lave très fréquemment le fond de la cavité.

§ 3. — Calculs biliaires et fistules de la vésicule.

Nous nous bornerons à quelques mots sur cette question; en effet les calculs biliaires sont aujourd'hui encore considérés comme du domaine médical, jusqu'au moment au moins où les accidents sont tels que le chirurgien doit forcément intervenir. Grâce aux méthodes antiseptiques, la cholécystotomie après la laparotomie préalable est devenue classique; on attaque hardiment la vésicule, on en enlève les calculs et on la suture. Les détails de l'opération se trouvent dans tous les traités récents de médecine opératoire.

§ 4. — Kystes hydatiques du péritoine et de l'épiploon.

Ces kystes d'ordinaire très multipliés, rarement uniques, ont été confondus souvent avec des kystes de l'ovaire, c'est encore par la ponction exploratrice que l'on pourra s'assurer de la nature de la tumeur. Après la laparotomie faite, il faut enlever successivement tous les kystes qui se présentent, faire la toilette parfaite du péritoine et suturer, en employant comme toujours l'antisepsie la plus rigoureuse.

§ 5. — Affections chirurgicales de la rate.

Abcès. — A la suite des fièvres graves infectieuses, et surtout à la suite de l'impaludisme on a vu survenir des abcès de la rate. Les traumatismes, les projectiles et les corps étrangers qu'ils entraînent produisent eux aussi les mêmes foyers purulents. Tantôt il existe un grand nombre de petits abcès, d'autres fois il n'y en a qu'un seul volumineux; toujours le pus qu'ils contiennent est rouge-brun, mélangé de sang et de pulpe splénique mortifiée. L'abcès peut s'ouvrir dans la cavité péritonéale, vers la paroi abdominale, vers le thorax, dans l'intestin, dans les organes du petit bassin, dans la plèvre, dans le poumon.

Il est fort difficile de reconnaître la formation d'un abcès splénique, car les symptômes offerts par le malade sont des plus vagues; les douleurs sont sourdes, profondes, mal localisées, irradiées dans le thorax et vers l'aisselle; ce n'est que lorsque la tumeur fait saillie, que la palpation permettra d'établir un diagnostic à peu près précis.

Bien que la collection purulente puisse se vider naturellement au dehors, bien que l'on ait constaté un certain nombre de guérisons spontanées, en présence des accidents mortels auxquels donne lieu

l'ouverture de l'abcès dans le péritoine, le chirurgien ne devra pas hésiter. Quand par l'étude attentive de l'état général, par la permanence de la fièvre intense, par les indications que peuvent lui fournir les commémoratifs, il est autorisé à croire à l'existence d'un abcès de la rate, il doit le vider, et pour le faire je crois que la laparotomie antiseptique est la seule ligne de conduite à suivre aujourd'hui.

Kystes. — On connaît quelques rares cas de *kystes séreux* de la rate; ils étaient multi ou pluriloculaires, renfermaient de la sérosité simple ou mélangée à des restes de kystes hématiques (cristaux et globules).

Les *kystes hydatiques* de la rate, sans être communs, sont plus fréquents: comme toutes les tumeurs de cette nature, ils se développent lentement et ne se manifestent que par la déformation de la région de l'hypochondre gauche. Suivant la position qu'ils occupent sur la rate ils gênent les fonctions digestives ou respiratoires. Toujours le malade accuse une pesanteur de plus en plus considérable dans le côté gauche, pesanteur en rapport avec le volume de la tumeur; il se plaint en outre de douleurs irradiées vers le thorax. Cet ensemble de symptômes presque négatifs fait comprendre combien il est difficile, en présence d'une tumeur de la région splénique, de savoir au juste quelle en est la nature; à cette profondeur, à travers les parois, la fluctuation est souvent bien difficile à constater; c'est la ponction exploratrice qui lèvera les doutes et encore, quand même on aura par l'examen des liquides constaté que c'est bien à un kyste hydatique que l'on a affaire, il ne sera pas toujours certain qu'il appartient à la rate, car des kystes hydatiques du lobe gauche du foie peuvent faire saillie dans l'hypochondre gauche.

Comme les abcès spléniques, et comme les kystes hydatiques ou les abcès du foie, ces tumeurs peuvent se vider à l'extérieur, dans le péritoine, dans la plèvre, dans le poumon. Nous n'insisterons pas.

Traitement. — De même que pour les abcès de la rate, les dangers que court le malade imposent au chirurgien le devoir d'intervenir. Il faut ouvrir l'abdomen et extirper la rate; la splénotomie a donné aujourd'hui un certain nombre de succès que l'emploi rigoureux des méthodes aseptiques ne pourra qu'augmenter.

ARTICLE XII. — LÉSIONS FORMATIVES DE L'ABDOMEN.

Toutes les variétés de néoplasies ont été rencontrées soit sur les parois de l'abdomen, soit dans les organes qui y sont contenus; celles qui se développent sur les organes internes sont encore aujourd'hui du domaine médical, mais ce domaine tend à se rétrécir depuis que l'antisepsie nous permet d'aller largement jusque dans les profondeurs de l'abdomen attaquer et enlever les tumeurs des organes internes. Je me borne à rappeler ici les opérations suivies de succès relatifs prati-

quées sur le pylore cancéreux, sur la rate, sur le foie, sur l'utérus, et les ovaires.

Il est cependant quelques tumeurs qui envahissent surtout l'ombilic et la région avoisinante, que je dois signaler en peu de mots.

Les *papillomes* pédiculés ou sessiles, à surface lisse ou bosselée, framboisée que l'on trouve implantés sur un des côtés de l'anneau cicatriciel n'offrent aucune importance, quelques cautérisations en viennent facilement à bout.

Les *fungus vasculaires* de l'ombilic chez les nouveau-nés constitués par des éléments connectifs embryonnaires et des vaisseaux très petits sont aussi sans grand intérêt chirurgical, car la ligature de leur pédicule ou leur cautérisation au nitrate d'argent suffisent pour les faire disparaître.

Les *myxomes*, *myxo-sarcomes* et autres tumeurs malignes de l'ombilic sont plus fréquents, c'est tantôt le tissu connectif muqueux de la gelée de Wharton, tantôt les cellules épidermiques embryonnaires qui tapissent le cordon et qui se trouvent englobées dans la cicatrice, qui sont le point de départ de ces néoplasies. Elles ont une tendance à envahir le pourtour de l'ombilic et même à pénétrer à travers l'anneau jusqu'à la face interne de la paroi abdominale. Aussi faut-il au plus tôt les opérer et les extirper en enlevant soigneusement toutes les parties périphériques envahies.

CHAPITRE VI. — AFFECTIONS CHIRURGICALES DES VOIES URINAIRES.

ARTICLE 1^{er}. — MALADIES DES REINS.

§ 1. Anomalies des reins. Rein flottant.

Sans entrer dans la description des anomalies des reins, nous croyons qu'il est bon de rappeler, aujourd'hui que leurs affections ressortissent de plus en plus à la chirurgie, que le rein peut être unique (*agénésie rénale*), que ces organes peuvent être réunis en un seul (*symphysie rénale*), enfin, qu'ils peuvent être déplacés (*ectopie rénale*).

On comprend la gravité de l'extirpation du rein lorsque cet organe est unique. Il serait donc à désirer que la proportion de cette variété d'anomalie fût établie sur des chiffres nombreux et que les signes capables de révéler son existence fussent étudiés avec soin. Les recherches si intéressantes sur l'exploration des uretères trouveront sans doute encore à ce point de vue leur utilisation pratique.

La symphysie rénale n'est pas plus reconnaissable pendant la vie que l'absence d'un des reins. Consistant le plus souvent non point dans

la fusion complète de ces organes, mais dans la soudure d'une de leurs extrémités (les inférieures dans la plupart des cas), chaque organe conservant ses vaisseaux et ses uretères propres, elle n'offrirait aucun obstacle à l'extirpation d'un rein malade. Comme nous le faisons remarquer récemment à la Société anatomique de Bordeaux, à propos d'une présentation de ce genre (reins unis par leur extrémité supérieure), rien ne serait plus facile et moins périlleux, en pareille occurrence, que la section de l'isthme, ainsi que nous l'apprendra la physiologie des plaies de la substance rénale.

L'ectopie rénale est *congénitale ou acquise*.

L'ectopie *congénitale* est presque toujours unilatérale et elle porte indifféremment sur l'un ou sur l'autre organe. Le rein déplacé peut se rencontrer dans toutes les régions de l'abdomen, sauf à l'épigastre et dans les hypochondres. On l'a vu occuper la profondeur de la région ombilicale en avant de la colonne lombaire, la région iliaque, le détroit supérieur, l'angle sacro-vertébral. Chose remarquable et qui, entre autres, fait toujours distinguer à l'amphithéâtre le déplacement congénital du rein de son déplacement accidentel, les artères de ce rein anormalement situé proviennent du tronc artériel le plus voisin, de même que ses veines se déversent dans le tronc veineux le plus rapproché. Autre remarque importante, le rein en ectopie congénitale est absolument fixe dans la position qu'il occupe.

C'est sans doute grâce à la disposition de ses vaisseaux, lui assurant un régime circulatoire parfait, et à sa fixité, que le rein congénitalement déplacé ne donne lieu à aucun des phénomènes qui caractérisent l'ectopie acquise. De fait, aucun trouble fonctionnel ne trahit l'existence de l'ectopie rénale congénitale, qui passe le plus souvent inaperçue ou est découverte par hasard au cours d'une exploration minutieuse de l'abdomen réclamée pour un tout autre état. Dans les cas d'inflammation ou de néoplasie du rein déplacé, l'embarras du chirurgien pourrait être grand à se rendre compte de la nature de l'organe malade. Il lui suffira de songer à l'ectopie pour reconnaître à la forme, à la consistance de la tumeur et aux troubles urinaires, qui accompagnent en général ces manifestations morbides, que le rein est en cause.

L'ectopie *rénale acquise ou accidentelle* est communément dénommée *rein mobile, rein flottant*. Ces deux dernières expressions sont excellentes en ce qu'elles indiquent un caractère important de l'affection que nous allons décrire, à savoir la mobilité du rein dans la cavité abdominale et qu'elles permettent de la différencier des déplacements dus à des tumeurs de voisinage, à des hernies du rein, etc.

L'ectopie rénale acquise est fréquente et il n'est pas de médecin qui n'en ait vu quelques cas dans sa pratique. On l'observe principalement de quinze à quarante-cinq ans et beaucoup plus souvent dans le sexe féminin que dans le sexe masculin (87 fois sur 100, d'après Callais). Le