

kyste, on éprouve alors une sensation très analogue à celle que donne la percussion d'un fauteuil élastique. Les signes physiques sont masqués si le kyste occupe la face inférieure du foie, et surtout la partie postérieure de cette face.

Tant que les kystes sont d'un petit volume et indolents, on peut n'y pas toucher, car ils subissent quelquefois une phase régressive, s'atrophient et disparaissent spontanément; d'autre part, une ponction capillaire, bien que le plus souvent inoffensive avec l'appareil de M. Dieulafoy, détermine quelquefois la suppuration du kyste et, par suite, de graves accidents. Un kyste volumineux douloureux, non suppuré, peut être, à la rigueur, traité par la ponction simple; mais lorsque le kyste contient du pus, il faut l'ouvrir. J'avais conseillé, jadis, de faire cette ouverture avec une flèche de Canquoin pour être certain d'obtenir des adhérences entre la paroi du kyste et la paroi abdominale. Aujourd'hui, bien que je considère toujours cette méthode comme bonne, je donne la préférence à la laparotomie.

Conduits excréteurs du foie.

La bile sécrétée dans les lobules du foie passe dans les *conduits excréteurs*, qui viennent tous aboutir à un canal commun, le *canal hépatique*. Ce canal, large de 4 à 5 millimètres, émerge du foie au niveau du sillon transverse et se place dans la paroi antérieure de l'hiatus de Winslow. Après un trajet de 2 à 3 centimètres, il s'unit au *canal cystique*. De la réunion de ces deux conduits résulte le *canal cholédoque*, qui, après un trajet de 7 à 8 centimètres, va s'ouvrir sur la paroi interne et postérieure de la seconde portion du duodénum au niveau de l'ampoule de Water. Le canal cystique n'est que la partie terminale d'un renflement situé sur la face inférieure du foie, la vésicule biliaire. Le phénomène de l'excrétion biliaire se passe donc de la façon suivante: la bile arrive dans le canal hépatique et pénètre directement dans le duodénum par le canal cholédoque au moment de la digestion; en dehors de la digestion, la bile reflue par le canal cystique dans la vésicule biliaire, qui forme un véritable réservoir.

Étudions maintenant d'un peu près ces conduits excréteurs, dont l'étude présente aujourd'hui d'importantes applications chirurgicales. La figure 240 a surtout pour but de montrer la situation et les rapports qu'ils affectent dans l'épiploon gastro-hépatique.

Pour les découvrir, détachez le feuillet antérieur de l'épiploon qui va du hile du foie à la petite courbure de l'estomac; ces organes sont situés dans la paroi antérieure de l'hiatus de Winslow et au niveau de son bord droit.

Entre les deux lames de l'épiploon se trouvent trois organes principaux; les canaux biliaires (hépatique et cholédoque); l'artère hépatique; la veine porte.

Les canaux biliaires et l'artère hépatique sont superficiels et situés sur le même plan; la veine porte est sur un plan plus profond, sous-jacente aux organes précédents et immédiatement en contact avec eux.

Le canal cholédoque et l'artère hépatique ont une direction sensiblement parallèle; le cholédoque est situé à droite de l'artère. Le canal cystique se trouve encore plus à droite en dehors de l'épiploon, et, par conséquent, assez éloigné