

Voici quels furent alors les résultats de mon examen.

Une douleur fixe restait encore dans la région appendiculaire, sur la ligne iléo-ombilicale, au point classique de Mac Burney. Il y avait à ce niveau encore un peu de tuméfaction et une légère contracture lorsqu'on palpait un peu fort.

En explorant plus haut, on sentait la tuméfaction disparaître, s'évanouir, la douleur cessait en même temps, le foie n'était pas augmenté de volume, sa matité donnait des mensurations normales : la région de la vésicule n'était pas douloureuse, on ne la sentait pas distendue. Entre le foie et la région appendiculaire, la sonorité du côlon se retrouvait à sa place, et du côté du rein tout phénomène inflammatoire avait disparu. Le palper bimanuel laissait sentir l'extrémité inférieure du rein, un peu vaguement il est vrai, mais les urines étaient absolument claires et je pouvais en toute sécurité éliminer l'hypothèse à laquelle j'avais un jour pensé, celle d'une complication périnéphrétique.

Nous ne restions plus en présence que de deux hypothèses : *foie ou appendice, cholécystite ou appendicite*.

La localisation de la douleur et de l'empatement dans la fosse iliaque, l'intégrité relative du foie, l'absence de tuméfaction péri ou sous-hépatique me portaient plutôt vers le diagnostic d'appendicite. J'étais, il est vrai, un peu troublé par le passé de la malade ; les premières crises qu'elle avait subies étaient à n'en pas douter, des coliques hépatiques, elle avait eu à plusieurs reprises, il y a quelques années de l'ictère, et il n'était pas douteux que la vésicule biliaire avait été en cause à une certaine époque. Mais par contre avec l'hypothèse d'une cholécystite, il me semblait difficile d'expliquer la douleur et la tuméfaction iliaques, et je pensai qu'une appendicite s'était développée chez une femme déjà atteinte de lithiase vésiculaire. J'étais ainsi, amené à attribuer à l'appendice les accidents récents dont je venais d'être le témoin, et j'étais sur ce point en conformité d'opinion avec M. Faisans ; l'avis d'un clinicien aussi expérimenté avait pour moi une grande valeur, et j'étais fort heureux de me rencontrer avec lui sur ce point.

La crise était à son déclin : il valait mieux attendre. Je me proposai de laisser refroidir complètement une inflammation qui avait déjà commencé à décroître, et bien que partisan de l'opération immédiate dans l'appendicite aiguë, j'attends, lorsque je suis témoin d'une crise en décroissance. La malade fut donc mise en surveillance, au repos absolu, à la diète ; un sac de glace fut appliqué en permanence sur

la paroi abdominale, et pendant quelques jours tout alla bien, la température retombait à 37°, la douleur diminuait sans disparaître, l'empatement persistait toujours. La malade avait hâte d'en finir, elle me pressait d'agir, mais je voulais, pour opérer, une accalmie plus assurée.

Je n'eus pas le temps de l'obtenir ; au bout de huit jours à peine, alors que la période de refroidissement semblait se compléter, voici que brusquement et sans cause, la fièvre s'allume, la douleur reparait, une nouvelle crise se prépare.

Alors pour éviter les incertitudes d'une nouvelle poussée, je décide d'opérer sur l'heure, et voici les résultats très curieux de l'opération.

J'incise sur la tuméfaction, c'est-à-dire au-dessus de la fosse iliaque sur le bord externe du muscle droit. Je fais une incision verticale et j'ouvre le péritoine. Il y a autour du cæcum, en dehors de lui des traces d'adhérences, de l'empatement. Je soulève cependant et je contourne le cæcum libre par sa face interne, et j'aperçois l'appendice libre de toute adhérence, flottant librement : il est sain d'apparence, et n'est certainement pas le point de départ ni la cause des adhérences que je constate en dehors. Je le laisse et vais à la tuméfaction constatée en dehors du cæcum. Je la défonce avec le doigt et j'y trouve un peu de pus.

D'où vient-il ? Je regarde, je touche ; la tuméfaction remonte vers le haut, sur le versant externe du cæcum, je le suis de ce côté en complétant mon incision par en haut, en suivant toujours la trainée inflammatoire ; j'arrive jusqu'à la vésicule biliaire, qui fait corps en haut avec la température ; je la reconnais, elle n'est distendue que par une très petite quantité de liquide. Je la ponctionne et ne l'ouvre qu'après. Elle contenait trois calculs à facette de moyen volume, trop gros pour cheminer du côté du canal cystique, et qui séjournant depuis longtemps dans la vésicule biliaire avaient appelé l'infection et provoqué la cholécystite. L'infection dépassant alors les limites de la vésicule avait cheminé le long du côlon ascendant, jusqu'au contact du cæcum, et avait semé là un foyer secondaire, que nous avons pris pour un foyer d'appendicite.

Cette observation est donc très instructive. Elle nous montre combien les allures d'une cholécystite calculeuse peuvent être parfois trompeuses et anormales.

Cette malade succomba malheureusement de péritonite au bout de huit jours ; pour suivre de bas en haut la trainée inflammatoire, nous

avons parcouru toute la cavité abdominale depuis la fosse iliaque jusqu'au foie, et malgré la protection des anses intestinales effectuée au cours de l'opération, malgré le double drainage que j'effectuai en haut et en bas de la plaie abdominale, l'infection se diffusa, et tous nos efforts furent ultérieurement impuissants à la localiser.

Cette malade est morte en fait de sa péricholécystite : si l'année dernière, alors que l'infection était encore localisée à la vésicule biliaire, elle avait accepté l'opération qu'on lui proposait, elle eût sans doute guéri. Il n'est donc pas sans danger de garder sans traitement une infection vésiculaire.

Et cette considération suffirait déjà à me conduire à opérer la malade qui fait l'objet de notre entretien d'aujourd'hui. Mais il est d'autres raisons, plus impérieuses encore, qui chez elle ne me permettent pas de différer l'opération, Je vais essayer de vous le montrer maintenant en discutant le traitement à instituer.

III

Nous avons reconnu une *cholécystite calculeuse aiguë avec péricholécystite* : ceci veut dire que dans la vésicule il est un abcès. Celui-ci tend à dépasser les limites du cholécyste pour s'ouvrir au dehors, et provoque en même temps cette réaction générale violente qui se traduit par l'hyperthermie et les frissons.

Supprimer ce foyer d'infection, ouvrir cet abcès et le drainer largement : telle est l'indication qui se pose.

Il faut ouvrir, parce qu'il y a abcès : *ouvrir de suite*, parce qu'il y a menace pour l'organisme, résorption de toxines et danger de septicémie : *ouvrir de suite* encore, parce que le phlegmon biliaire est imminent, et que livré à lui-même il va créer la perforation de la vésicule, son ouverture dans un organe voisin, d'où il résulterait une fistule persistante, avec désordres étendus.

Il faut *ouvrir largement*, pour créer vers l'extérieur une voie facile de drainage, que suivront pour s'éliminer les produits septiques retenus dans la vésicule.

Aussi la *ponction* est-elle à rejeter : elle est inutile pour le diagnostic, elle est insuffisante pour l'évacuation.

La ponction trouve bien rarement justice à nos yeux ; mais s'il est un cas où elle n'est vraiment pas discutable, c'est bien celui-ci. Ponctionner où, ponctionner quoi ? au milieu de la tuméfaction ? mais

je ne sais à quel niveau se trouve la vésicule. Le trocart a de grandes chances de se perdre dans le foie, dans les adhérences périvésiculaires. Admettons même qu'elle soit efficace et que le trocart parvienne au centre de la collection, qu'arrivera-t-il ?

La collection sera peut-être évacuée, mais l'infection ne sera pas drainée ni tarie dans sa source, les accidents continueront : si suivant la route tracée par le trocart, elle s'ouvre seule à l'extérieur, cette ouverture spontanée sera très insuffisante, les accidents continueront, l'extension phlegmoneuse sera à craindre et vous aurez provoqué tous les désordres qu'il fallait éviter.

Exemple : une femme de cinquante-six ans, souffrait depuis quelque temps de douleurs vagues dans le côté droit, lorsqu'en septembre 1897, elle fut prise d'une crise plus violente. La douleur se localisait dans la région de l'hypochondre, s'irradiait vers les omoplates, s'exaspérait par les moindres mouvements. La crise dure quelques jours, puis cesse pour reparaitre au bout de quelque temps. Ainsi des crises se succèdent, très rapprochées jusqu'en février 1898 ; dans l'intervalle, d'ailleurs, la douleur ne disparaît pas complètement, elle se réveille encore sous l'influence des mouvements.

Mais en avril 1898, voici que surviennent des phénomènes nouveaux : dans le flanc droit une tuméfaction se dessine, sensible, douloureuse au toucher ; la douleur devient continue, il y a de la fièvre ; c'est une cholécystite avec rétention qui se constitue.

Le médecin reconnaît ces accidents, diagnostique une cholécystite, mais propose une ponction. Il la fait, retire une cuillerée à soupe de pus très épais, et met à la place du trocart un petit drain.

Conséquence : l'abcès est évacué, la fièvre tombe, l'état général devient meilleur, mais une fistule persiste qui suppure abondamment et pour laquelle la malade vient me consulter en juillet 1898.

Je mets un stylet dans un petit orifice qu'on voit sur l'abdomen, à droite, à peu près à hauteur de l'ombilic et je tombe de suite sur un gros calcul, inclus dans la vésicule et qui, source de tous ces accidents, ne demande qu'à sortir à travers un orifice plus large. Je dus pratiquer sur cette malade quelques jours après la cholécystectomie, dont elle guérit très bien, malgré quelques difficultés très sérieuses d'exécution sur lesquelles je n'ai pas à insister ici.

Si lors des premiers accidents, on avait pratiqué une cholécystostomie, à travers une large ouverture, le gros calcul eut été évacué, et sans doute la malade serait aujourd'hui depuis longtemps guérie de sa fistule. Au contraire la ponction n'a fait que différer une interven-

tion plus sérieuse, elle a laissé dans la vésicule un corps étranger, et a été en fait insuffisante.

Et c'est ainsi qu'il en est presque toujours; insuffisante ou dangereuse, voilà son bilan; aussi bien, si j'en parle, c'est justement pour vous dire qu'il n'y faut pas recourir.

Il est au contraire une opération, méthodique et réglée, qui répond absolument aux indications actuelles, c'est la *cholécystostomie*. Et c'est à elle que j'aurai recours. Ouvrir la vésicule, évacuer par ponction à ciel ouvert son contenu septique, aboucher sa partie accessible à la paroi abdominale et l'ouvrir dans la même séance, créer en un mot une fistule cholécystique, tel est le programme que je vais réaliser chez notre malade. Ainsi, grâce à l'ouverture, l'abcès sera ouvert et les calculs seront extraits: grâce à la permanence de l'ouverture, la suppuration, la bile infectée trouveront à s'écouler facilement au dehors. Je n'agis pas autrement pour un phlegmon des membres. pour un abcès urinaire: le phlegmon biliaire n'exige pas pour lui-même de moyens différents.

Le but principal de mon opération est la constitution d'une fistule, c'est le *drainage* de la vésicule biliaire. J'ai dit pourquoi je ne croyais pas que les voies biliaires intrahépatiques sont ici infectées; la cholécystostomie aura donc pour effet de prévenir l'infection des canaux hépatiques, en déversant vers l'extérieur les produits de l'infection. Mais les voies biliaires seraient-elles déjà infectées, contrairement à ce que je pense, que mon opération n'en serait que plus indiquée, puisque la cholécystostomie est encore actuellement le meilleur moyen de traiter les infections biliaires.

C'est pour cela que j'ai fait dernièrement cette même opération chez cette autre malade de quarante ans, qui avait une infection des voies biliaires intrahépatiques. Elle est encore actuellement à la salle Notre-Dame, au lit n° 12. Chez elle, l'opération avait pour but de drainer par l'intermédiaire de la vésicule les voies biliaires intrahépatiques infectées.

A deux reprises, elle avait eu des crises de rétention biliaire avec douleurs de lithiase, ictère complet et fièvre élevée. Après un séjour de six semaines dans le service de M. Muselier, elle vit enfin disparaître tous ces accidents et elle pouvait quitter l'hôpital. Mais elle n'était pas depuis huit jours chez elle, que les mêmes accidents se reproduisent; retour de l'ictère par rétention et des douleurs, fièvre élevée à 40°. Elle revient à l'hôpital et est passée de suite dans notre service.

Elle avait à ce moment une coloration jaune intense, des matières décolorées, une fièvre vive, un état général médiocre. Je diagnostiquai: *angiocholécystite calculeuse*, avec, peut-être, obstruction calculeuse du canal cholédoque.

J'opérai ici encore pour drainer la vésicule et par son intermédiaire les voies biliaires, et accessoirement pour enlever les calculs que je trouverais à ma portée; la gravité du cas ne me permettait pas pour le moment, de porter mes investigations du côté du canal cholédoque, d'autant plus que rien de ce côté n'indiquait la permanence de l'oblitération.

J'eus les plus grandes peines à trouver la vésicule, ratatinée, ainsi qu'il arrive souvent dans les cholécystites calculeuses, réduite aux dimensions à peu près d'un appendice. Elle ne contenait pas de calculs, ou du moins je n'en trouvai pas, et je me contentai de la suturer à la paroi, et d'établir une fistule qui, tout de suite, sous nos yeux laissa passer des flots de bile. La fistule dure encore et la malade va mieux.

Ici, comme là, pour les infections vésiculaires, comme pour les infections biliaires, le but et l'avantage de l'opération c'est d'assurer le *drainage des canaux infectés*.

C'est ce bénéfice du drainage qui a d'ailleurs permis d'appliquer avec succès, cette opération aux infections biliaires non calculeuses, suivant les indications formulées par le professeur Terrier, au Congrès de Chirurgie de 1895.

Je ne parle pas à propos de notre malade de la *cholécystectomie*, et c'est avec intention. Il y a à cela deux raisons: la première, c'est qu'il y a péricholécystite et qu'à vouloir ici enlever la vésicule, je ne manquerais pas de diffuser une infection que mes efforts doivent tendre à limiter.

La seconde, c'est que mon but est de drainer, et qu'après la cholécystectomie, le drainage n'est qu'accessoire et non principal. Aussi, si je suis partisan de la cholécystectomie dans les cholécystites chroniques avec ou sans rétention, fistuleuses ou non, je la rejette absolument, elle est inadmissible pour les cas dont nous nous occupons actuellement.

Après la cholécystostomie, il y aura une *fistule*.

Combien de temps persistera-t-elle? Sera-t-elle temporaire ou sera-t-elle permanente? Je ne le saurais dire, car cela dépend de bien des facteurs.

Ces fistules sont *biliaires* ou *muqueuses*: *biliaires*, elles supposent pour s'établir une perméabilité du cystique; elles durent long-

temps, des mois, des années, et, contre elles, il n'y a rien à faire, qu'à les subir. A les vouloir fermer trop tôt, on court le risque de voir des accidents d'infection se reproduire, et puis elles ne durent guère que lorsqu'il y a un obstacle complet ou partiel sur le canal cholédoque. Il faut donc attendre très longtemps avant de se préoccuper, si, comme il arrive, la fistule n'est pas fermée dans l'espace de quelques semaines ou de quelques mois.

Les fistules *muqueuses* ou purulentes durent beaucoup moins ; c'est qu'elles sont purement locales, elles ont leur raison d'être, leur origine dans la vésicule biliaire, dont le canal cystique est oblitéré. Et quand la vésicule est débarrassée de ses calculs, privée de sa communication avec le canal cystique, ses parois s'atrophient, sa cavité s'oblitére et la fistule disparaît dans l'espace de quelques semaines.

Si elles persistent, ces fistules d'ailleurs sont guéries par la cholécystectomie secondaire, à froid, en dehors de toute réaction.

J'ai vu une de ces fistules muqueuses, qui persistait cinq ans après une cholécystectomie, faite par Péan. Sur le bord externe du muscle droit, un orifice du diamètre d'un porte-plume se voyait au fond d'une anfractuosités de la paroi. Il s'en écoulait, par jour, un verre environ, d'un liquide clair, incolore, inodore, un peu filant.

Le 6 septembre 1897, soit cinq ans après la première opération, je pratiquai la cholécystectomie secondaire. Le canal cystique était oblitéré, et le malade guérit parfaitement.

Il est rare qu'on soit obligé d'en venir à cette extrémité, et d'ordinaire, après quelques semaines, ou quelques mois, les fistules se ferment d'elles-mêmes.

J'espère qu'il en sera ainsi chez cette malade, et si elle doit pendant quelque temps conserver une fistule, j'aurai au moins la satisfaction de penser que c'est à cette fistule qu'elle devra d'être encore en vie.

Opération (19 juillet 1900). — La malade est endormie au chloroforme. M. Legueu, opérateur ; M. Chevassu, aide ; chloroformisateur : M. Lacroix, externe.

Sous le chloroforme, les sensations fournies par le palper abdominal sont précisées et complétées. Le foie augmenté de volume, déborde largement les fausses côtes et montre son bord tranchant et oblique vers le sternum, à hauteur de l'ombilic. Au-dessous, dans une région qui, située sur le bord externe du muscle droit, confine à la vésicule biliaire, il y a une tuméfaction vague ; c'est la vésicule enveloppée d'adhérences épiploïques.

C'est juste à ce niveau que j'opère ; une incision verticale de 15 centimètres, parallèle au bord externe du muscle droit, est menée sur le bord du muscle. Le muscle droit est récliné au dedans, le péritoine ouvert. Le foie est là, volumineux et turgescence ; son bord tranchant le fait de suite reconnaître. Au-dessous, voici une surface plane, encadrée d'une collerette adhérente d'épiploon. C'est le fond de la vésicule biliaire, tendu, dépressible, chargé de liquide (fig. 38). Avant de l'ouvrir, je ferme tout autour la cavité péritonéale par des points de catgut ; autour de la partie découverte de la vésicule, je fixe en collerette le péritoine, de manière à laisser libre une surface vésiculaire d'un diamètre d'une pièce de deux francs. Puis, dans cette surface ainsi extériorisée, je ponctionne avec mon trocart, et je retire dans une ampoule de verre, 60 grammes environ d'un pus très lié, très dense.

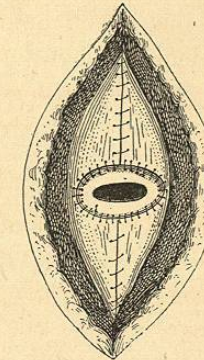


Fig. 38. — Cholécystostomie en un temps. Le péritoine est fermé ; le fond ouvert de la vésicule est suturé à la paroi.

Après cela, je retire le trocart et ouvre au bistouri le fond de la vésicule ; le pus sort encore avec de la bile noirâtre, il est si dense qu'il ne pouvait passer par le trocart, il en sort ainsi environ 100 grammes. Dans l'orifice, je pousse une pince et je trouve des calculs, que je saisis ; ils s'effritent, se brisent, je les ramène en morceaux, et avec une curette, je complète l'évacuation de la vésicule biliaire.

L'opération est maintenant terminée dans ses temps essentiels ; je mets un drain dans le fond de la vésicule, je suture la muqueuse à la couche musculaire, la peau étant trop loin pour pouvoir être rapprochée de la muqueuse trop friable. Et je ferme le reste de la plaie. L'opération a duré trente-cinq minutes.

A la suite de l'opération, la température s'abaisse progressivement, et au bout de trois jours l'apyrexie est complète. L'état général redevient meilleur et la malade pouvait bientôt quitter l'hôpital.

Par la fistule s'écoula une assez grande quantité de pus, et de bile mélangés.

Mais au bout de trois mois, cette fistule se ferma complètement et la malade est restée depuis lors parfaitement guérie.