

tomie. Exécutée d'abord par Lindner en 1891, Kehr (1) en particulier l'a pratiquée plusieurs fois, presque toujours avec succès, mais à titre d'opération complémentaire, après une cholécystotomie. Dans ces conditions, ne pouvant ni extraire par la vésicule ni refouler le calcul, il peut être avantageux d'aller le chercher directement en incisant sur lui la paroi du canal cystique.

Je ne crois pas que la *cysticotomie* ait été faite isolément. Il est possible, avec une vésicule saine et qu'on laisse intacte, qu'elle puisse donner de bons résultats, et que même sans faire une suture minutieuse des lèvres de la plaie, le cours normal de la bile se rétablisse sans accidents. Il faudrait, en tous cas, par mesure de précaution, établir un drainage à son niveau, au moins pendant quelques jours, pour éviter l'écoulement de la bile, et d'une bile souvent septique, dans l'intérieur du péritoine. En revanche, lorsque la vésicule est ouverte et que la bile s'écoule naturellement au dehors, la plaie du canal cystique se fermera bien plus facilement.

D'ailleurs, je ne pense pas que cette *cysticotomie* puisse être indiquée sans qu'il paraisse en même temps nécessaire d'ouvrir la vésicule. Quand le canal cystique est obstrué par un calcul qu'on juge utile d'enlever, la vésicule est d'ordinaire augmentée de volume, distendue, et il est alors bien difficile de savoir s'il y a ou s'il n'y a pas des calculs dans son intérieur; il faut y aller voir. La cholécystotomie s'impose et dès lors passe au premier plan. Il en est de même si la vésicule n'étant pas distendue, étant même atrophiée, on sent des calculs dans son intérieur. Si la vésicule informe, atrophiée, épaissie, est trop malade pour être conservée, c'est avec une cholécystectomie qu'on combinera l'incision du canal cystique. Mais je ne pense pas qu'une oblitération complète du canal cystique capable de justifier une *cysticotomie* puisse se rencontrer avec une vésicule absolument normale. Je crois donc qu'à part des cas absolument exceptionnels, la *cysticotomie* ne peut guère être qu'une opération accessoire, complétant une intervention sur la vésicule biliaire.

Mais dans l'immense majorité des cas, c'est dans une intervention directe sur la vésicule elle-même qu'il faut chercher la méthode souveraine de traitement des complications vésiculaires de la lithiase.

Celles-ci peuvent donner lieu, suivant les cas, à deux opérations bien distinctes, l'extirpation de la vésicule et de son contenu, ou *cholécystectomie*, et l'ouverture de cette même vésicule pour en retirer les calculs qu'elle contient, ou *cholécystotomie*. Cette dernière opération peut être exécutée de deux façons bien différentes : dans quelques cas on peut, après avoir ouvert la vésicule et l'avoir vidée

(1) KEHR, XXIII^e Congrès des chir. allemands, 21 avril 1894. — Voir aussi Marcel BAUDOUIN, Les opérations nouvelles sur les voies biliaires (*Progrès médical*, juillet 1896-juin 1898).

de son contenu, la refermer immédiatement. C'est la *cholécystotomie* proprement dite. Dans d'autres cas, beaucoup plus nombreux, on abouche la vésicule à la paroi, en produisant ainsi une fistule biliaire plus ou moins durable : c'est la *cholécystostomie*.

La *cholécystotomie*, conseillée et pressentie par J.-L. Petit il y a plus de cent cinquante ans, accidentellement pratiquée par Bobbs (1) dès 1867, a été faite méthodiquement par Marion Sims en 1878, et deux mois après par Kocher. Mais c'est surtout à Lawson Tait qu'on doit sa vulgarisation. Aujourd'hui universellement acceptée, c'est une opération des plus fréquentes et dont les cas, qui il y a peu de temps se comptaient par centaines, se compteront sans doute bientôt par milliers.

La *cholécystectomie*, faite pour la première fois par Langenbuch en 1882, avait déjà été pratiquée 74 fois au moins lors de la thèse de Calot (2) en 1890. Depuis, les observations s'en sont quotidiennement multipliées et sont extrêmement nombreuses tout en l'étant cependant sensiblement moins que celles de l'opération précédente.

De ces opérations diverses, il en est deux, la cholécystostomie et la cholécystectomie, qui se partagent la faveur des chirurgiens. La cholécystotomie proprement dite, la *cholécystotomie idéale*, suivant l'expression de Bernays, exécutée pour la première fois par Meredith en 1885, est en effet à peu près universellement abandonnée, comme trop dangereuse, tout en ne présentant sur l'abouchement vésiculaire aucun avantage bien réel. On sait en quoi elle consiste. La vésicule, après avoir été ouverte, explorée et vidée de son contenu, est suturée et abandonnée dans le ventre qui est refermé. L'existence du malade est ainsi à la merci d'un point de suture, car l'incision peut se rouvrir et le contenu de la vésicule se répandre dans la cavité péritonéale. Aussi ce procédé a-t-il été abandonné de tous ou de presque tous et remplacé par des procédés divers que je décrirai plus loin (voy. p. 348) et qui ont tous pour but de refermer la vésicule en la laissant en contact avec la paroi.

Il est si commun de voir la fistule biliaire qui fait suite à la cholécystostomie ordinaire se fermer en quelques jours d'elle-même, que cette complication opératoire n'avance pas de beaucoup la guérison, d'autant plus que les cas sont nombreux où l'écoulement plus ou moins prolongé de la bile par la fistule ainsi créée a le grand avantage de contribuer à la désinfection des voies biliaires, et que la fistule ne se ferme guère que lorsque cette désinfection est à peu près complète. De sorte qu'on peut avancer sans s'écarter de la vérité que si la suture de la vésicule ne sert à rien dans les cas où la fistule biliaire se ferme d'elle-même au bout de quelques jours, elle est nuisible dans les cas où l'état des voies biliaires infectées exige

(1) BOBBS, *Transact. of the Ind. state med. Soc.*, 1868, p. 68.

(2) CALOT, De la cholécystectomie, thèse de Paris, 1890.

un drainage plus prolongé. Ce sont précisément ces cas où la suture échoue, où la cholécystotomie idéale se termine par l'ouverture de la vésicule et la mort, et où, lorsqu'on a fermé la vésicule en la suturant à la paroi, on voit, à défaut d'accidents plus graves, se créer cette fistule que l'opération avait précisément pour but d'éviter.

Les deux opérations qui restent en présence sont donc l'abouchement de la vésicule au dehors et son extirpation, la *cholécystostomie* et la *cholécystectomie*.

Les indications qui font pencher le chirurgien en faveur de l'une ou de l'autre ne sont pas toujours des plus nettes et tel opérateur pratique souvent une simple cholécystostomie dans un cas où tel autre n'hésiterait pas à enlever la vésicule. Il y a cependant un grand nombre de cas extrêmes au sujet desquels l'accord est fait, qui demandent nettement les uns l'abouchement de la vésicule et les autres son extirpation. Les cas intermédiaires dans lesquels il est possible, avec de bonnes raisons, de se prononcer indifféremment pour l'une ou pour l'autre opération sont peut-être les plus nombreux. Je tâcherai de montrer quelles sont, en dehors des préférences individuelles, de l'expérience acquise, etc., les raisons qui doivent militer en faveur de l'une ou de l'autre (1).

Et d'abord, il faut éliminer immédiatement la question de gravité relative. Il est certain que ces deux opérations ont vu diminuer grandement les risques qu'elles font courir. Sans être encore tout à fait inoffensives, elles donnent aujourd'hui des résultats vraiment excellents et nous sommes loin des chiffres déjà anciens de Courvoisier qui accuse 25 p. 100 de mortalité et de Calot qui, sur 78 cas, compte 14 morts, soit 17,9 p. 100. Ne voyons-nous pas en effet Kehr (2) n'accuser qu'une mort sur 127 cholécystostomies, soit 0,78 p. 100, et une mort également sur 27 cholécystectomies, soit 3,7 p. 100. L'ouverture de la vésicule a donné, il est vrai, dans les mains du même chirurgien, quatre fois moins de morts que son extirpation. Ne voyons-nous pas, en revanche, dans d'autres statistiques, la proportion inverse? Monod ne cite-t-il pas, d'après la thèse de son élève Morin, une statistique de 58 cholécystostomies avec 8 morts, soit plus de 10 p. 100, tandis qu'à côté 17 cholécystectomies se sont toutes terminées par la guérison? L'ensemble des observations apportées à la Société de chirurgie, lors de la discussion de 1896, a donné 28 cholécystostomies avec 5 morts et 24 cholécystectomies avec 5 morts également. Si Tuffier a 3 décès sur 13 cholécystostomies, Michaux en a le même nombre sur 12 cholécystectomies. Ed. Schwartz, sur quelques cas seulement, il est vrai, a 2 fois plus de morts dans la simple ouverture que dans l'extirpation, et Terrier, sur 8 cho-

(1) Voir LEJARS, Cholécystostomie et cholécystectomie (*Rev. de chir.*, 1896, p. 645)
(2) KEHR, XXV^e Congrès des chir. allemands, 1896.

lécystostomies, n'a qu'un seul insuccès (1). Nous retombons, en somme, dans les statistiques hétérogènes, contradictoires, faites de cas qu'il est impossible de comparer les uns aux autres et opérés par des chirurgiens d'une inégale expérience, statistiques qui ne prouvent rien en faveur de l'une ou de l'autre opération, mais d'où se dégage simplement cette conviction que les opérations sur la vésicule ont perdu leur gravité ancienne et sont devenues assez bénignes pour que les chances de mort qu'elles font courir ne puissent être mises en balance avec les immenses services qu'elles rendent.

Il paraît cependant évident, sinon d'après les statistiques, au moins d'après le simple examen des conditions opératoires, qu'en règle générale la cholécystectomie doit être considérée comme une opération plus sérieuse que le simple abouchement vésiculaire, sans que cette différence dans la gravité soit assez forte pour faire renoncer à l'extirpation de la vésicule en faveur de l'abouchement, si l'extirpation semble devoir remplir plus complètement les indications thérapeutiques.

Celles-ci, dans certains cas, sont des plus claires. Lorsque les parois de la vésicule sont tellement altérées par l'infection chronique à laquelle elles sont en proie que leur conservation est évidemment dangereuse, lorsqu'elles sont très épaissies, criblées d'abcès interstitiels, pavées de calculs enchatonnés, lorsqu'elles sont friables au point que le moindre effort les déchire et qu'il est impossible de les fixer par des points de suture aux lèvres de la plaie pariétale, lorsqu'elles sont ulcérées et menacées de perforation, lorsqu'elles sont perforées ou déchirées en quelque façon, il est évident qu'il est préférable de tout extirper, à moins d'impossibilité matérielle ou de contre-indication absolue. Cela est plus évident encore lorsque la paroi vésiculaire présente quelque dégénérescence néoplasique, comme il n'est pas très rare de le voir, car on sait que les tumeurs de la vésicule s'accompagnent assez fréquemment de phénomènes de lithiase qui leur sont consécutifs, mais suffisants parfois pour les masquer.

Lorsque le canal cystique paraît invinciblement oblitéré, lorsqu'il semble certain que la bile venant du foie ne pourra jamais le franchir, la vésicule devient sans objet. Elle n'est plus qu'une poche inutile dans laquelle s'accumulent ses propres sécrétions et qui peut prendre des proportions énormes. Il est encore évident, dans ce cas, qu'il vaut mieux s'en débarrasser, d'autant plus que l'oblitération totale du canal cystique mettra presque sûrement à l'abri de l'accident le plus sérieux qui puisse suivre la cholécystectomie, l'écoulement intrapéritonéal d'une bile plus ou moins infectée par le point de section du canal cystique. Il est vrai qu'il est matériellement bien

(1) MONOD, *Soc. de chir.*, mai 1896. — TUFFIER, *Ibid.*, avril 1896. — MICHAUX, *Ibid.*, mai 1896. — ED. SCHWARTZ, *Ibid.*, mai 1896. — TERRIER, *Revue de chir.*, 1891, p. 552.

difficile, sinon impossible, de s'assurer de cette oblitération complète.

Voilà donc des circonstances dans lesquelles la *cholécystectomie* est nettement indiquée. Il est au contraire des conditions diverses qui rendent la *cholécystostomie* préférable ; il en est même une qui contre-indique formellement l'extirpation de la vésicule. Je veux parler de l'*oblitération du canal cholédoque*. En effet, dans ce cas, la *cholécystectomie* serait infailliblement suivie de l'irruption intrapéritonéale de la bile dont l'obstruction du cholédoque empêche l'écoulement vers l'intestin. La *cholécystostomie*, au contraire, permettant à la bile accumulée derrière l'obstacle de refluer au dehors, est dans ce cas l'opération non seulement indiquée, mais nécessaire.

Des adhérences trop étendues sont encore une des contre-indications de la *cholécystectomie*. Il ne faut pas, pour que cette opération soit préférable à l'opération rivale, qu'elle soit trop difficile à exécuter ; or, des adhérences solides contractées avec tous les organes voisins peuvent rendre l'extirpation extrêmement pénible et même impossible, à cause des hémorragies profuses et surtout des déchirures viscérales qui peuvent se produire.

La *cholécystostomie*, à l'inverse de l'extirpation de la vésicule, ne présente aucune contre-indication absolue en dehors de la dégénérescence cancéreuse et de la friabilité excessive des parois vésiculaires qui la rendent impossible ou extrêmement dangereuse. Encore, dans ce dernier cas, peut-on parfois laisser la vésicule sans la fixer à la paroi en ayant soin d'établir un bon drainage jusqu'à l'extérieur. En revanche, il est tout indiqué de la faire lorsque le cholédoque est obstrué, comme je l'ai dit plus haut, lorsque des adhérences trop fortes et trop étendues rendent la *cholécystectomie* impossible, et aussi lorsque les lésions des parois vésiculaires sont très faibles, que ces parois presque normales peuvent être très facilement suturées aux lèvres de la plaie et qu'il serait vraiment excessif de sacrifier une vésicule saine, lorsque la bile est très virulente et qu'un drainage prolongé des voies biliaires semble prudent, comme dans les cas d'angiocholite dont j'ai parlé dans un autre chapitre (1), lors enfin qu'on craindra de ne point avoir enlevé tous les calculs et qu'on voudra attendre leur élimination spontanée dans les jours qui suivent l'opération, comme il a été donné de le voir (2).

On comprend qu'en dehors de ces cas typiques et nets, il y ait une foule de cas intermédiaires qui sont peut-être même les plus nombreux. Tels sont les cas dans lesquels les parois de la vésicule, sans être trop altérées, sans être infiltrées de pus ou tapissées de concrétions biliaires, sont cependant épaisses, enflammées, et assez malades pour qu'on puisse se demander si elles sont susceptibles de guérir ; tels sont les cas dans lesquels la vésicule rétractée, atrophiee,

(1) Voy. *Angiocholites et cholécystites*, p. 197.

(2) RECLUS, *Soc. de chir.*, mai 1896.

perdue dans des adhérences épaisses, rend à la fois l'abouchement et l'extirpation de la vésicule impossibles ou très difficiles, tels sont même les cas dans lesquels la vésicule souple, mobile, peu altérée, aussi facile à pédiculiser et à extirper qu'à suturer à la paroi, rend la *cholécystectomie* aussi simple que la *cholécystostomie*. Tels sont enfin, et surtout, les cas dans lesquels l'infection biliaire est douteuse, et où, bien qu'il n'y ait aucun signe d'angiocholite, on peut cependant redouter un certain degré de virulence de la bile.

Dans ces cas, et dans beaucoup d'autres encore qu'il m'est impossible d'énumérer, l'hésitation est permise ; il n'y a plus ni règles, ni lois, et le chirurgien n'aura d'autre guide que son expérience des cas antérieurs et souvent aussi quelque circonstance accessoire qui sera la cause déterminante de son inspiration du moment.

La *cholécystostomie* et la *cholécystectomie* ont en effet l'une et l'autre des avantages et des inconvénients qui peuvent, suivant les cas, déterminer le choix de l'opérateur.

D'une manière générale la *cholécystostomie* est une opération plus facile, et par conséquent plus rapide. Quelques points de suture sont vite mis entre le fond de la vésicule, lorsqu'elle est accessible, et les lèvres de la plaie. Une fois la suture faite, et la vésicule vidée de ses calculs, l'opération est pour ainsi dire terminée, et l'on sait que dans les opérations abdominales, plus encore que dans les autres, la durée est un élément qui doit entrer en ligne de compte.

La *cholécystectomie*, souvent très facile quand la vésicule se pédiculise bien, devient délicate pour peu qu'il y ait quelques adhérences et il n'est pas toujours commode de porter sur le canal cystique des ligatures profondes.

On a dit souvent qu'un des avantages de la *cholécystectomie* était précisément de supprimer ce réservoir biliaire dans lequel de nouveaux calculs peuvent se former lorsqu'on s'est borné à l'ouvrir. L'extirpation de la vésicule est de tous les moyens le plus radical et prévient mieux la récurrence que la *cholécystostomie*. Mais c'est un avantage dont il ne faut pas exagérer l'importance. Les cas de récurrence après *cholécystostomie* sont certainement rares ; la vésicule ne se reforme pas intégralement, elle reste plutôt transformée en une sorte de canal de très faible capacité, où il ne saurait guère y avoir, par conséquent, accumulation de beaucoup de bile et genèse de nombreux calculs. Sous ce rapport, l'infériorité de la *cholécystostomie* n'est pas bien démontrée. Il en est de même de la persistance des *fistules biliaires*. C'est là certainement le reproche le plus sérieux que l'on puisse faire à la *cholécystostomie*. C'est encore un reproche qui ne résiste guère à la discussion !

D'abord la *cholécystectomie*, elle aussi, peut donner lieu à des fistules qui, du canal cystique, se font jour jusqu'à la paroi par la

voie de drainage qu'il est prudent de bien ménager, et quand ces fistules se forment elles sont en général tout aussi rebelles que les fistules vésiculaires, qui pour la plupart ne sont pas très tenaces.

Le plus grand nombre, en effet, guérissent et guérissent vite. Au bout de huit jours, beaucoup sont déjà fermées, au bout d'un mois, elles sont presque toutes tarées et celles qui persistent indéfiniment sont exceptionnelles. Parmi elles, il en est qui, loin d'être un accident ou une infirmité, sont au contraire une condition de salut. Ce sont celles qui correspondent aux cas d'oblitération du canal cholédoque. La bile, ne s'écoulant plus dans l'intestin, doit s'écouler au dehors. Ce sont des fistules nécessaires et c'est précisément leur persistance qui sauve le malade. La cholécystectomie, dans ce cas, l'eût tué d'une façon à peu près certaine. De sorte qu'en somme on peut dire, sans s'écarter beaucoup de la vérité, que dans les cas où la fistule se ferme d'elle-même après une cholécystostomie, la cholécystectomie n'eût pas donné de meilleurs résultats, et que dans les cas où la fistule devient permanente, ce qui n'arrive guère qu'à la suite de l'obstruction primitive ou secondaire du canal cholédoque, la fistule est précisément un bienfait que pouvait seule donner la cholécystostomie. Enfin, dans quelques cas de fistules interminables consécutives à l'abouchement de la vésicule, une opération autoplastique ou, en dernier ressort, la cholécystectomie secondaire, peuvent conduire à la guérison.

Je crois donc que dans la plupart des cas intermédiaires, la cholécystostomie et la cholécystectomie rendent à peu près les mêmes services. Si la cholécystectomie est souvent plus brillante, et, lorsqu'elle réussit bien, plus satisfaisante pour l'esprit, il est incontestable que dans les cas douteux la cholécystostomie présente un avantage des plus évidents, celui de la sécurité. Or on sait combien il peut être téméraire d'affirmer que le canal cholédoque est ou n'est pas oblitéré.

Si la décoloration des matières permet d'affirmer que la bile ne passe pas, rien ne permet de reconnaître une oblitération partielle, et l'ictère ne suffit pas à juger la question. Outre qu'on peut rencontrer des ictères sans oblitération du canal cholédoque, l'absence d'ictère ne permet pas de conclure à sa perméabilité. Sans doute, tant qu'il n'y a pas d'ictère, c'est que la bile passe, mais il peut y avoir une oblitération partielle qui pourra devenir totale à la première occasion et qui, dans ces conditions, provoquera, après une cholécystectomie, les pires accidents.

Le moindre doute sur la perméabilité du cholédoque est donc une indication formelle de la cholécystostomie, et cette perméabilité du cholédoque doit être reconnue par tous les moyens possibles. En dehors des signes de rétention biliaire qui manquent dans les obstructions partielles et peuvent d'ailleurs être confondus facilement avec des ictères d'une autre nature, en dehors de l'exploration digi-

tale du cholédoque telle que je l'ai exposée plus haut (voy. p. 276), il n'y a qu'un procédé qui puisse donner sur ce point des renseignements de quelque précision. C'est le *cathétérisme des voies biliaires*, dont j'exposerai la technique (p. 342). Malgré l'importance que lui donne Fontan (de Toulon), il semble qu'il faille, avec Terrier et Dally (1), ne lui accorder qu'une confiance limitée. Sans doute, lorsque le cathétérisme est possible et qu'une bougie pénètre jusque dans l'intestin par l'ouverture faite à la vésicule, c'est là un signe de certitude qui témoigne de l'évidente perméabilité actuelle du cholédoque. Les cas sont nombreux où l'on ne passe pas, où l'on est arrêté au niveau d'une des valvules, d'un des coudes du canal cystique, où même on vient buter contre le fond du bassin de la vésicule sans parvenir à en sortir (2) et ces renseignements négatifs n'ont alors aucune valeur.

On voit que, malgré tous les procédés d'investigation, il est des cas nombreux au cours desquels on ne peut avoir sur la perméabilité du cholédoque et sur ses chances d'obstruction dans un délai plus ou moins rapide, que des renseignements les plus vagues. Dans ces conditions, c'est à la cholécystostomie qu'on aura recours, et rien qu'à la cholécystostomie.

L'obstruction du cholédoque est un accident en somme assez rare, tandis que l'infection biliaire est fréquente. Or cette infection biliaire est une indication à peu près absolue du drainage de la vésicule et par conséquent de la cholécystostomie. C'est donc à elle qu'on aura recours dans les cas où on gardera quelque doute sur l'infection — et c'est là peut-être l'indication principale de la cholécystostomie.

En résumé, et c'est par là que je terminerai ce parallèle, la cholécystostomie et la cholécystectomie sont l'une et l'autre d'excellentes opérations, mais elles ont des indications un peu différentes.

Dans les cas où les parois de la vésicule présenteront des altérations très profondes, et lorsque le canal cystique sera oblitéré, on pratiquera la cholécystectomie, lorsqu'on sera certain, toutefois, de la perméabilité du canal cholédoque. Dans les mêmes conditions de perméabilité certaine du cholédoque et lorsque la vésicule ne présente que des lésions modérées, on pourra faire à volonté, suivant les conditions anatomiques et les facilités opératoires, l'une ou l'autre des deux opérations. Lors au contraire que le cholédoque sera obstrué, ou menacera de l'être, ou même qu'on aura quelque doute sur sa perméabilité, c'est à la cholécystostomie et à la cholécystostomie seule que l'on aura recours. C'est encore à elle qu'on donnera la préférence lorsqu'on aura lieu de craindre que l'évacuation des calculs n'ait pas été complète et que la bile soit plus ou moins infectée.

(1) TERRIER et DALLY, *Rev. de chir.*, 1891, p. 548, et 1892, p. 136.

(2) HARTMANN, *Bull. de la Soc. anat.*, 31 juillet 1891.

Cette dernière condition est des plus importantes, car elle se présente très fréquemment.

L'utilité du drainage de l'arbre biliaire infecté par l'ouverture de la vésicule saute aux yeux. Il est de tout premier ordre, et cette considération seule me paraît devoir multiplier les indications de l'ouverture de la vésicule aux dépens de celles de son extirpation. Aussi la cholécystotomie semble-t-elle gagner du terrain. En termes excellents Lejars (1) étudie les raisons de cette faveur qui n'est pas douteuse à l'étranger, ainsi que le démontrent les publications de Marty, Merkmann, Kehr, etc., — et qui semble, en France, s'accroître de plus en plus.

Nous venons de voir quelle est la conduite à tenir en face des complications vésiculaires de la lithiase, ainsi que dans les accidents consécutifs à l'arrêt des calculs dans le canal cystique et à l'oblitération de ce canal.

L'arrêt dans le cholédoque et son obstruction plus ou moins complète donnent également lieu à de multiples indications opératoires dont la discussion est des plus délicates. On en trouvera les éléments principaux dans les excellentes études de Terrier, qu'il faut toujours citer au premier rang de ceux qu'intéresse la chirurgie hépatique, dans la thèse un peu antérieure de Delagenière, celle de Lepetit, et surtout l'excellente thèse de Jourdan, à laquelle je renvoie pour tous les détails que je ne puis donner ici (2). Un grand nombre d'observations éparses, dont plusieurs ont été communiquées à la Société de chirurgie, viennent chaque jour apporter de nouveaux documents à cette question dont bien des points sont encore loin d'être fixés d'une façon définitive.

Je ne reviendrai pas ici sur la façon de reconnaître l'oblitération calculeuse du cholédoque, ni sur la façon d'explorer le canal, soit directement, soit par le cathétérisme, après cholécystotomie, non plus que sur la très grande importance de la loi de Courvoisier-Terrier qui veut que dans l'immense majorité des cas d'obstruction calculeuse du cholédoque la vésicule soit rétractée, atrophiée, et parfois presque disparue. Je suppose le diagnostic établi et l'obstruction reconnue. Quel parti prendre et comment la combattre?

Il est évident que le procédé idéal, s'il était facilement applicable, serait le *refoulement dans le duodénum*, par des pressions appropriées,

(1) LEJARS, *Revue de chir.*, 1896, p. 545.

(2) TERRIER, De la cholédocotomie (*Revue de chir.*, 1892, p. 897). — De la cholédocostomie (*Ibid.*, 1893, p. 81). — DELAGENIÈRE, De la cholécystentérostomie, thèse de Paris, 1890. — LEPETIT, De la cholédocotomie, thèse de Paris, 1894. — JOURDAN, De la cholédocotomie, thèse de Paris, 1895. Nombreuses indications bibliographiques et les 72 observations de cholédocotomie publiées au moment où elle a paru. — LANGENBUCH, *Berliner klin. Wochenschr.*, 1886, nos 41 et 42. — SPRENGEL, *Sem. méd.*, 1891, p. 147.

par une sorte de massage à vrai dire bien difficile. C'est un procédé bien aléatoire, et qui n'a à peu près aucune chance de succès, même pour les petits calculs. Il risque même de les enclaver dans l'ampoule de Vater, d'où il sera impossible de les retirer, à moins d'opération sérieuse, comme cette *cholédoco-duodénostomie* que pratiqua Sprengel dans un cas analogue. C'est donc un procédé dont il faut se méfier et qui ne réussira jamais que dans des cas tout à fait exceptionnels.

Le *refoulement vers le canal cystique et la vésicule* n'expose pas à cet inconvénient grave et est certainement beaucoup plus facile, les manœuvres sur le calcul se faisant au niveau de la partie sus-duodénale du cholédoque, libre et facilement accessible quand il n'y a pas d'adhérences. Cette manœuvre a réussi assez souvent, en particulier entre les mains de Routier et d'Hartmann. Tuffier a fait de même, mais à l'entrée de la vésicule, il fut obligé de broyer le calcul qui ne pouvait aller plus loin. Cette manœuvre doit donc être suivie de la cholécystotomie. Mais parfois le calcul peut être refoulé dans le canal hépatique et disparaître sans qu'on puisse le retrouver. Cette aventure est arrivée à Terrier, et à Bland Sutton.

De même qu'on a pu broyer des calculs à travers les parois du canal cystique ou celles de la vésicule, on a pu en écraser dans l'intérieur du cholédoque. Langenbuch a le premier pratiqué cette *cholédocolithotripsie* qui a depuis été faite une trentaine de fois. La statistique de Jourdan compte 27 cas, avec 3 morts et 24 guérisons opératoires, parmi lesquelles une mort consécutive indépendante de l'opération, 5 succès, et 18 guérisons dont 6 revues de un à quatre ans après, et 12 perdues de vue. Les résultats ne sont donc pas mauvais. Il y a lieu de se demander s'il ne reste pas dans l'ampoule de Vater de petits fragments susceptibles de devenir l'origine de nouveaux calculs. Quoi qu'il en soit, on n'emploiera ce procédé qu'avec circonspection et on ne broyera que les calculs mous qui cèdent à la pression des doigts. L'emploi de pinces garnies de caoutchouc peut être en effet dangereux et meurtrir les parois du canal au point de les mortifier pour peu que le calcul soit résistant et surtout que ses parois soient quelque peu enflammées et friables.

Ce sont donc là, en somme, des procédés d'exception. Il en est de même de l'opération de Mac Burney et de Kocher (1), qui, après avoir ouvert le duodénum sur sa face antérieure, au niveau de sa portion verticale, enlevèrent le calcul enclavé dans l'ampoule de Vater, Mac Burney en dilatant un orifice probablement anormal qui faisait communiquer le cholédoque avec la cavité duodénale, et Kocher en incisant longitudinalement la paroi profonde du duodénum sur le calcul qui fut ainsi facilement extrait. Il s'agit donc là d'une véritable *duodéno-*

(1) KOCHER, *Sem. méd.*, 26 juin 1895. — TERRIER, *Acad. de méd.*, 6 mars 1894.