

mie donnant accès sur la terminaison du cholédoque. Terrier, dans une observation un peu différente, incisa également le duodénum, y introduisit l'index et put ainsi déplacer l'intestin de façon à inciser le cholédoque, mais en dehors de l'intestin, assez loin de l'ampoule de Vater.

Il peut arriver, et il arrive que le calcul du cholédoque ne soit reconnu qu'après une intervention première et en particulier une cholécystotomie. Dans ces conditions, avant toute autre intervention, et en particulier avant l'incision du cholédoque sur le calcul, il est tout indiqué d'essayer de repousser directement le calcul dans le duodénum. Le *cathétérisme des voies biliaires* peut, dans ce cas, rendre les plus grands services. Je crois que ce n'est que très exceptionnellement qu'on pourra, grâce à lui, repousser le calcul jusque dans l'intestin. On sait en effet combien il est infidèle; on s'attendra à ne pas pouvoir entrer dans le canal cystique, et si on y pénètre, et qu'on parvienne même jusque dans le cholédoque, il ne s'ensuit pas qu'on puisse désobstruer le canal; pour peu que le calcul soit enclavé, il faudra des pressions très fortes, qu'une sonde en gomme ne pourra pas toujours donner et qu'une sonde métallique, comme une bougie Béniqué, par exemple, qui a été employée, en particulier par Delagenière, permettra de fournir, mais au risque de blessures et de déchirures graves du canal. Ces dangers seront très atténués, si le calcul est mou et qu'on ait pu l'écraser entre les doigts à travers les parois. Dans ces conditions, le cathétérisme repoussera sans difficultés jusque dans le duodénum la poussière biliaire qui résulte de cet écrasement.

On comprend qu'il soit impossible de donner ici des règles absolues. Toutes ces méthodes, tous ces procédés peuvent se combiner les uns avec les autres suivant le hasard des circonstances et l'inspiration du chirurgien.

L'intervention la plus commune, la plus rationnelle et la plus méthodique dans ces cas d'obstruction calculeuse du cholédoque est certainement l'extraction du calcul par incision directe du canal oblitéré. C'est la *cholédocotomie* (Voy. p. 372), qu'elle soit simple, c'est-à-dire pratiquée en dehors de toute autre intervention sur les voies biliaires, qu'elle soit associée à d'autres opérations, extirpation, ouverture ou abouchement de la vésicule, ou qu'elle soit secondaire, c'est-à-dire pratiquée un certain temps après une première opération qui n'a pu remédier à l'obstruction du cholédoque.

Il est à remarquer avec Jourdan que la cholédocotomie secondaire, consécutive à une cholécystostomie ou une cholécystectomie qui ont l'une et l'autre contribué à la désinfection des voies biliaires, est naturellement moins grave que la cholédocotomie simple ou associée à des opérations sur les voies biliaires infectées. Les chances d'ino-

culatation péritonéale par la bile septique sont, en effet, singulièrement augmentées par ces conditions opératoires défectueuses.

La mortalité était encore assez redoutable lors de la thèse de Jourdan qui accuse 22 morts sur 72 opérations, soit 30 p. 100. Mais cette statistique est une statistique de début, d'opérations tâtonnantes et mal réglées; elle doit nécessairement s'améliorer et elle s'améliore au fur et à mesure que les cas se multiplient et se font de plus en plus fréquents. Aujourd'hui, sans qu'il soit possible de citer des chiffres bien exacts, elle oscille vraisemblablement autour de 15 p. 100.

Lorsque les opérations dont j'ai parlé plus haut, refoulement, écrasement, etc., sont impossibles, le chirurgien se trouve en effet en présence de trois opérations, qui peuvent toutes remédier dans une mesure différente aux accidents d'obstruction du cholédoque. Ces trois opérations sont: l'extraction du calcul par la *cholédocotomie*, la dérivation de la bile dans l'intestin par la *cholécystentérostomie*, et enfin sa dérivation au dehors par une *cholécystostomie* qui crée une fistule permanente destinée à remédier aux accidents de rétention biliaire. C'est entre ces opérations qu'il faut choisir. Or il est bien évident que de ces trois opérations, une seule est essentiellement curative: c'est la cholédocotomie; le calcul enlevé, l'obstacle disparu, l'écoulement de la bile s'effectue normalement et la guérison peut être considérée comme parfaite. Dans la cholécystentérostomie, au contraire, si la bile coule dans l'intestin par une voie détournée, plus propice d'ailleurs au développement de phénomènes infectieux, le calcul n'en reste pas moins en place, avec tous ses inconvénients, douleurs, irritation et même ulcération du cholédoque, infection locale, etc. Dans la cholécystostomie, la chose est pire encore, car les inconvénients du calcul s'aggravent de la présence d'une fistule extérieure permanente avec toutes les misères qu'elle traîne après elle.

La cholédocotomie est donc la seule opération complète et radicale, et c'est elle qu'on emploiera lorsque les conditions anatomiques permettront de la mener à bien sans d'insurmontables difficultés. Il est des cas dans lesquels des adhérences épaisses et multipliées, des menaces d'hémorragie ou l'impossibilité de trouver nettement le calcul rendent la cholédocotomie tout à fait impossible. Il est alors nécessaire de se rabattre sur une des deux autres opérations. L'une et l'autre peuvent d'ailleurs être impraticables. Tels sont les cas dans lesquels la vésicule est introuvable. Et ils ne sont pas très rares. Jourdan n'en cite-t-il pas 5 sur 72 qu'il a rassemblés, soit près de 7 p. 100? Dans 40 autres cas, soit 55 p. 100, la vésicule fut trouvée très petite ou petite, ce qui n'a rien d'étonnant puisque c'est là, de par la loi de Courvoisier-Terrier, une des conséquences ordinaires de l'obstruction calculeuse du cholédoque. Cette petitesse de la vésicule souvent friable et facile à déchirer rend dans la plupart des cas

la cholécystentérostomie très difficile ou même impossible à exécuter, ce qui fait que cette opération est en réalité tout à fait exceptionnelle dans les cas de rétention biliaire par calcul.

La cholécystostomie est en revanche beaucoup plus simple, sauf dans les cas de vésicule introuvable, car même avec une vésicule très petite, on peut fort bien, au cas où on ne parviendrait pas à en fixer directement le fond à la paroi, la laisser ouverte sous le foie en ayant soin d'établir un drainage attentif et d'isoler suffisamment le péritoine pour que la bile s'écoule facilement au dehors. On aura ainsi, grâce aux adhérences qui ne tarderont pas à s'établir, une fistule indirecte. On parera aux accidents les plus graves en empêchant la rétention biliaire.

Cette fistulisation de la vésicule assure un avantage. Elle permet parfois la désinfection des voies biliaires et la cholédocotomie consécutive, beaucoup moins grave, d'après les chiffres de Jourdan, que la cholédocotomie primitive, ou associée à quelque autre opération. Si bien que lorsqu'il y a des poussées d'angiocholite et d'infection biliaire aiguë, Jourdan pense qu'il vaut mieux commencer par la cholécystostomie, puis faire ensuite une cholédocotomie secondaire, infiniment moins grave que ne le serait une cholédocotomie d'emblée. Dans ces conditions, une fois le canal cholédoque desobstrué, la guérison de la fistule cystique se fait spontanément, et le résultat obtenu est parfait puisque l'état normal est rétabli, ce qui n'arrive point avec la cholécystentérostomie.

La cholécystostomie peut encore permettre l'exploration des voies biliaires avec une sonde, et l'on sait que parfois un cathétérisme heureux pourra désobstruer le cholédoque et amener une guérison radicale.

Je crois donc, pour ces multiples raisons, qu'à défaut de la cholédocotomie, qui est l'opération de choix, mais n'est pas toujours possible, la cholécystostomie, théoriquement moins parfaite, aura plus souvent lieu d'être pratiquée que la cholécystentérostomie, parce que celle-ci demande, pour être exécutable, une vésicule de dimensions moyennes, sans atrophie, sans rétraction, qu'il n'est malheureusement pas commun d'observer dans l'affection qui nous occupe (1).

En dehors de ces opérations, qui sont des opérations régulières, avec des indications bien déterminées, l'obstruction calculeuse du cholédoque a donné lieu à des interventions exceptionnelles. Telle est la cholédocostomie dont Terrier (2) rapporte un cas d'ailleurs suivi de mort, dû à Yversen. Il s'agit d'un abouchement à la paroi du cholédoque démesurément dilaté et pris pour la vésicule. Telle est

(1) Voy. encore à la fin de cet article : *Indications et technique des opérations qui se pratiquent sur les voies biliaires*, p. 342.

(2) TERRIER. De la cholédocostomie (*Rev. de chir.* 1893, p. 81).

encore la cholédoco-entérostomie, au cours de laquelle le cholédoque très distendu est abouché avec l'intestin, comme l'ont fait Sprengel, Riedel et peut-être Brun et Hartmann (1). Telle est enfin la cholédocectomie, ou résection d'une portion du cholédoque, suivie de suture, exécutée par Doyen (2) et d'ailleurs suivie de mort. Mais ce sont là des interventions de hasard et d'exception, ignorées même le plus souvent, au moment où il les fait, du chirurgien qui les exécute et qui, si elles doivent être connues, n'ont, au point de vue pratique, qu'un intérêt très secondaire.

Ce n'est pas seulement dans l'intérieur des voies biliaires que les calculs, nous l'avons vu, peuvent donner lieu à des accidents. Leur migration dans l'intestin peut provoquer des phénomènes d'occlusion intestinale, et mettre la vie en danger. En vérité, il semble qu'il soit superflu de discuter le traitement et de se demander si cet accident est justiciable de la laparotomie, puisqu'il n'arrive pour ainsi dire jamais de faire un diagnostic précis, et puisque c'est presque toujours la laparotomie elle-même qui permet seule de se rendre compte de la cause des accidents.

A coup sûr, si le diagnostic pouvait être posé en toute certitude avant d'avoir ouvert le ventre, on serait parfois tenté de conseiller l'abstention opératoire et le traitement par des moyens plus anodins. Les résultats de l'intervention sont en effet des plus lamentables. 85 p. 100 de morts d'après Dagron qui réunit à sa statistique celles de Bryant et Courvoisier, 61 p. 100, dit Lobstein qui parle de 19 morts sur 31 interventions. A côté de ces résultats vraiment mauvais, Lobstein sur 61 cas traités par les moyens médicaux ne trouve que 29 morts, soit 48 p. 100. Il est vrai de dire que ces chiffres ne prouvent pas grand'chose. D'abord le chiffre de Dagron doit être amélioré, puisque depuis Terrillon a eu un succès, et Czerny cité par Lobstein fait remarquer que la plupart des cas opérés l'ont été en désespoir de cause, parce que le traitement médical ne réussissait pas. Un grand nombre d'entre eux seraient venus, si on eût attendu, grever la statistique du traitement médical. Il est impossible de comparer des choses qui ne sont pas comparables et de discuter sur ces statistiques qui, comme la plupart des statistiques, ne prouvent absolument rien.

D'ailleurs je le répète, la question de la discussion de l'intervention ne se pose même pas, puisque le diagnostic est toujours incertain. C'est la question de l'intervention dans l'occlusion intestinale qu'il faut en réalité discuter, et celle-là est résolue par l'affirmative, hormis

(1) SPRENGEL, XX^e Congrès des chir. allemands, 1891. — RIEDEL, Erfahrungen über die Gallensteinkrankheit, 1892, p. 116-119. — BRUN et HARTMANN, *Soc. de chir.*, 10 mars 1897.

(2) DOYEN, *Arch. provinciales de chirurgie*, 1892.

peut-être les mourants, qu'une opération ne pourrait qu'achever.

Ce qu'il faut bien plutôt savoir, c'est la conduite à tenir lorsque au cours d'une laparotomie exploratrice on découvre que la cause en est due à un calcul biliaire. Le mieux, si on reconnaît un calcul à travers la paroi intestinale, est d'essayer de le mobiliser et de le pousser jusque dans le cæcum, comme l'a fait Lutton. Thirar a fait l'*entérotomie*. Mais il voyait un néoplasme dans ce qui n'était qu'un calcul. L'*entérotomie* est évidemment l'opération de choix dans le cas où le calcul n'est pas mobilisable. Comme les parois intestinales sont souvent altérées à son niveau et que, après l'extraction des calculs, la suture peut être très difficile, je crois excellent le conseil donné par Dagrón de faire l'*entérotomie* un peu au-dessous du calcul et de l'extraire avec une pince, par l'incision ainsi pratiquée, en l'effritant et en tentant même de le broyer, de façon à se contenter d'une incision peu étendue, qui aura beaucoup plus de chances de se bien fermer qu'une plaie faite en tissu malade, au niveau même du calcul.

Le traitement du *phlegmon biliaire* ne diffère en rien de celui d'un phlegmon commun, qu'il soit diffus ou circonscrit. Les phénomènes de suppuration sont en général assez localisés. C'est un abcès d'origine biliaire, il est vrai, mais c'est un abcès, et on le traitera comme tel. Une incision au point rouge et fluctuant, si l'abcès est superficiel, au point douloureux, tendu, induré ou œdémateux si l'abcès est profond, donnera issue au pus plus ou moins mélangé de bile et de débris calculeux. Un lavage minutieux, un drainage soigné, une évacuation complète de tous les clapiers purulents, une surveillance attentive des progrès ou de la diminution des phénomènes d'infection, tout cela ne diffère en rien du traitement du phlegmon commun.

Quant aux *fistules biliaires* qui parfois font suite aux phlegmons, elles se terminent souvent spontanément. Mais il n'en est pas toujours ainsi ; le foyer, communiquant pour ainsi dire toujours avec la vésicule, continue à donner de la bile, ou simplement du muco-pus. Lorsqu'on sera sûr de la perméabilité du cholédoque, qu'indique, à défaut d'autres signes, la coloration normale des selles, on pourra, on devra tenter de fermer la fistule. Une large autoplastie, après avivement de ses bords, en vient souvent à bout. Mais elle échoue souvent aussi. On pourra commencer par elle, car c'est une opération des plus bénignes et qui peut suffire. Mais si la suture lâche, si la fistule se reproduit, si surtout elle résiste à plusieurs tentatives d'opérations autoplastiques, il reste une dernière ressource : l'extirpation de la vésicule, la *cholécystectomie*, opération sérieuse, parfois difficile à cause des adhérences, mais qui lorsqu'elle réussit, ce qui est le cas le plus commun, permet de triompher du mal, et débarrasse le patient d'une infirmité véritable.

V

LÉSIONS PAR PARASITES NON MICROBIENS

L'étude des kystes hydatiques, dont le traitement a longtemps constitué, à lui seul, toute la chirurgie du foie, remplira ce chapitre.

Je ne dirai rien, en effet, des divers parasites intestinaux qui peuvent pénétrer dans les voies biliaires où ils provoquent des troubles et des accidents que nul ne saurait diagnostiquer et que le hasard seul permet quelquefois de découvrir.

Je ne parlerai pas de l'*actinomyose* (1), à laquelle les observations publiées ne suffisent pas à donner un intérêt chirurgical.

KYSTES HYDATIQUES DU FOIE (2)

Si l'existence des kystes hydatiques du foie a été connue de tout temps, la véritable nature en est restée bien longtemps ignorée. Jusqu'en 1760 on les prenait pour des collections de sérosité dont l'origine avait donné lieu à toutes sortes d'hypothèses, parmi lesquelles la dilatation des vaisseaux lymphatiques était certainement la moins déraisonnable. Les découvertes de Redi (1684), Hartmann (1686) et Tyson (1693) sur les vers vésiculaires et les cysticerques étaient restées ignorées des médecins et complètement tombées dans l'oubli. En cette année 1760 parut le travail de Pallas, qui assigna nettement aux kystes une origine animale et alla même jusqu'à les assimiler aux

(1) Voy. *Traité de chirurgie* publié sous la direction de LE DENTU et DELBET, 1898, t. VI, art. de LYOT. — *Traité de médecine* publié sous la direction de BROUARDEL et GILBERT, 1898, t. V, art. de GILBERT et SURMONT.

(2) Voy. RENDU, *Dict. encycl. des sc. méd.*, 4^e série, t. III, 1879, p. 209, 250 bis et 250 ter. Voy. pour les indications bibliographiques postérieures à l'article de Rendu : VOLKMANN, *Traitement des k. h. par l'incision en deux temps* (*VI^e Congrès des chir. allemands*). — KIRCHNER, *Exposé de la méthode de Lindemann*. Berlin, 1879. — ISRAËL, *VII^e Congrès des chir. allemands*, 1879. — LANDAU, *Berlin. klin. Wochenschr.*, 1880. — BERTHAUT, thèse de Paris, 1883, et *Soc. de chir.*, 1885. — POULET, *Revue de chir.*, 1886, p. 441. — RECLUS, *Gaz. hebd.*, 1886, p. 237. — BRAINE, *Traitement chirurgical des k. h. du foie*, thèse de Paris, 1886. — *Soc. de chir.*, discussion, 17 février 1886. — TRÉLAT, *Clinique (Sem. méd.)*, 1886, p. 378. — LANDAU, *Traitement des k. h. sous-diaphragmatiques (Soc. de méd. int. de Berlin et Sem. méd.)*, 1886, p. 458. *Soc. méd. des hôp.*, discussion, 1886. — TRÉLAT, *Soc. de chir.*, 26 janvier 1887. — SEGOND, *Soc. de chir.*, 6 avril 1887. — M. BAUDOIN, *Progress méd.*, 1887, p. 213. — SEGOND, MAUNOURY, Pozzi, *Congrès franç. de chir.*, 1888. — DEMARS, *Traitement des k. h. du foie*, thèse de Paris, 1888. — ACHARD, *De l'intoxication hydatique (Arch. de méd.)*, 1888, p. 410 et 572. — CHARRIER, thèse de Bordeaux, 1888. — LECLERCQ, thèse de Nancy, 1888-89. — *Soc. de chir.*, discussion, 3 avril 1889. — BERGADA, *De l'incision transpleurale appliquée au traitement des k. h.*, thèse de Paris, 1889. — BOURGUET, thèse de Montpellier, 1889-90. — MINJARD, thèse de Lyon, 1889-90. — POTHERAT, *Diagnostic et traitement des k. h. du foie*,