

sible, où l'extirpation de la vésicule mère, le capitonnage et même la simple suture de l'incision kystique sont difficiles. Dans ces cas, comme dans ceux où on opère par la voie transpleurale, on sera souvent obligé d'y renoncer. Ces cas sont en somme exceptionnels, et presque toujours il s'agit de kystes antéro-supérieurs venant bomber à l'hypocondre, dans lesquels la suture et la réduction suivie de guérison rapide seront le procédé d'élection. C'est donc à lui qu'on aura recours, tout en sachant qu'à son défaut nous possédons dans la simple ouverture avec drainage et marsupialisation une méthode excellente, qui a déjà sauvé bien des malades, et qui n'a pas fini.

VI

INDICATIONS ET TECHNIQUE DES PRINCIPALES OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR LES VOIES BILIAIRES

La plupart des opérations qui se pratiquent sur les voies biliaires trouvent dans les accidents de la lithiase leurs indications les plus communes. Elles sont cependant applicables à des affections bien différentes. Leur technique n'en reste pas moins sensiblement la même. Aussi ai-je pensé qu'il valait mieux ne pas encombrer l'étude de ces diverses affections de la description minutieuse des procédés opératoires qui leur conviennent, et rejeter cette description dans un chapitre spécial.

1° CATHÉTÉRISME DES VOIES BILIAIRES.

Ce n'est point là, à proprement parler, une opération, mais bien un mode d'exploration des voies biliaires. Cette manœuvre peut cependant avoir quelquefois un effet curatif, en désobstruant par exemple le cystique ou le cholédoque oblitérés par des calculs.

Proposé et exécuté pour la première fois en 1743 par J.-L. Petit, repris par Parkes en 1835, il a donné lieu depuis à un certain nombre de travaux dont les plus importants sont ceux de Fontan, de Rose, de Calot, et surtout le mémoire de Terrier et Dally (1), travail remarquable auquel il faut se reporter pour tout ce qui concerne l'étude historique, expérimentale et critique de cette question.

Le cathétérisme peut être appliqué dans deux occasions bien dif-

(1) TERRIER et DALLY, Cathétérisme des voies biliaires (*Revue de chir.*, 1891, p. 648, et 1892, p. 136).

férentes : 1° lorsque existe une *fistule biliaire* que l'on veut explorer afin d'en reconnaître la cause, et, au besoin désobstruer les canaux encombrés ; 2° lorsque après une *cholécystostomie* on veut se rendre compte de l'état des voies biliaires, afin de décider de la conduite à tenir, et tenter aussi de désobstruer les canaux, s'ils sont oblitérés. Dans ces deux cas, fistule biliaire et cholécystostomie, le cathétérisme peut donc être *explorateur* ou *thérapeutique*.

On comprend sans qu'il soit besoin d'insister que si, dans un cas de fistule biliaire, le cathétérisme, en permettant de passer une sonde jusque dans l'intestin, permet de constater que les voies biliaires sont libres, rien ne s'opposera à la guérison de la fistule soit par une autoplastie, comme l'a fait Rose en 1884, soit au besoin par la cholécystectomie. Si l'exploration des voies biliaires par la fistule permet de constater nettement un calcul soit dans le canal cystique, soit surtout dans le cholédoque, on essaiera de le pousser dans l'intestin, en ayant soin d'agir avec une extrême prudence. C'est ce que J.-L. Petit paraît avoir fait, et ce que Parkes a fait certainement. Enfin le cathétérisme peut encore, dans ces conditions, permettre la dilatation de certains rétrécissements dus sans aucun doute à des compressions extérieures, et rétablir le passage de la bile. Winiwarter, Zagorski, cités par Terrier et Dally, en fournissent des observations. Il va sans dire que dans le cas où le cathétérisme donnerait des indications nettes sur la présence d'un calcul, mais sans parvenir à le repousser, il serait facile d'en déduire des indications thérapeutiques telles par exemple que la cholécystectomie, la cysticotomie ou la cholédocotomie secondaire, suivant que le calcul siègerait dans le cystique ou le cholédoque. Ces indications ne diffèrent pas de celles que peut donner le cathétérisme dans les cas où il est le plus souvent employé, c'est-à-dire au cours de la cholécystotomie.

Lorsque la vésicule vient d'être ouverte, dans une opération sur les voies biliaires, le cathétérisme peut rendre des services. Cependant il n'est pas possible de l'ériger en règle générale et de dire qu'il faudra toujours le tenter, et de fait, en pratique on y a assez rarement recours. Cela tient à ce que, si dans les cas où il réussit, il donne parfois des indications nettes et précieuses, les cas où il est impossible et ne réussit qu'à faire perdre du temps sont si nombreux que la plupart des chirurgiens préfèrent ne pas l'employer ou ne l'emploient que dans des circonstances exceptionnelles.

Après une cholécystostomie, un cathétérisme heureux peut permettre de constater la présence d'un calcul dans le canal cystique. Une sonde en gomme ou un instrument métallique pourra transmettre ses rugosités, et en donner nettement la sensation. Dans ces conditions on essaiera, souvent avec succès, d'extraire ce calcul avec une pince, une curette, un instrument quelconque, mais s'il est enclavé et invariablement fixé dans sa situation, on se décidera immédiatement pour

une autre intervention, écrasement avec les doigts à travers les parois du canal, cysticotomie ou même, si le cholédoque est libre, cholécystectomie. Si le calcul siège dans le cholédoque et que le cathétérisme, qui, à défaut de l'exploration digitale, a décelé sa présence, ne permette pas de le refouler dans le duodénum, c'est entre la cholédocotomie, la cholécystentérostomie, si l'état de la vésicule le permet, ou la simple cholécystostomie qu'on aura à opter.

En tout état de cause les renseignements donnés par le cathétérisme seraient précieux. Malheureusement ce sont là des conditions un peu théoriques, et le cathétérisme est si difficile, si aléatoire, qu'il faut se garder d'être affirmatif sur les renseignements qu'il fournit. Évidemment si l'on pénètre facilement jusque dans le duodénum, il est permis d'affirmer que les canaux cystique et cholédoque sont perméables et d'agir en conséquence. Mais il est déjà fort difficile de savoir si l'on se trouve dans le duodénum : Terrier et Dally, dans une de leurs expériences, croyant avoir cathétérisé le canal et pénétré dans l'intestin, ont retrouvé leur bougie au milieu du tissu hépatique dans lequel elle avait pénétré après avoir perforé le canal. Il est donc fort peu commode, sur le vivant, de savoir si la bougie a pénétré dans l'intestin. La longueur de l'instrument qui a disparu dans les voies biliaires en est un des signes les plus certains, bien que la dimension du canal cholédoque, de la vésicule et surtout du canal cystique soit des plus variables.

Si, dans les cas rares où on est certain d'avoir pénétré, il est permis de conclure à la perméabilité des voies biliaires, il est beaucoup plus difficile, lorsqu'on ne pénètre pas jusqu'à une certaine distance, de reconnaître la nature de l'obstacle et d'affirmer la présence d'un calcul. Il faut pour cela sentir très nettement ses rugosités. Si on ne les sent pas bien, si le cathéter, souple ou métallique, se borne à buter contre un obstacle qui résiste aux pressions très légères qu'on peut seules se permettre en pareille occurrence, on reste dans le vague et dans l'incertitude. Il est impossible de savoir si c'est un obstacle naturel ou pathologique, une valvule, une sinuosité quelconque ou un calcul qui ont arrêté l'instrument. Les renseignements qu'on obtient sont sans valeur aucune, et on n'a fait que perdre du temps.

Ces mécomptes, qui se renouvellent sans cesse, expliquent la défaveur assez méritée dans laquelle est tenu le cathétérisme, malgré les services réels qu'il peut rendre dans quelques cas particuliers.

La technique de cette opération est des plus simples, au moins en théorie, car en pratique il en est autrement, et il m'est difficile de comprendre l'assertion de Calot (1) qui la déclare assez régulièrement facile. Les conclusions de Terrier et Dally me paraissent au contraire

(1) CALOT, Cholécystectomie, thèse de Paris, 1890, p. 140.

être l'expression de la vérité la plus évidente. « Formuler les règles de ce cathétérisme, disent-ils, est impossible, quoi qu'on en ait pu dire. S'appuyer sur les notions anatomiques pour diriger tant bien que mal son cathéter, c'est tout ce qu'on peut faire. » Je ne donnerai donc point ici de règles, puisqu'il n'y en a pas, mais seulement les conseils qui me paraissent les meilleurs pour réussir cette opération de hasard.

Il est vrai de dire qu'il ne faut pas conclure absolument des expériences qui se pratiquent sur des voies biliaires saines aux résultats que l'on peut obtenir sur des voies biliaires malades. Il est certain que sur celles-ci les résultats sont meilleurs, le cathétérisme paraît plus facile, sans doute à cause de la dilatation fréquente des canaux au-dessus du point où ils sont obstrués.

L'incision de choix doit évidemment se faire sur le bord externe du muscle grand droit. C'est là un point tout à fait secondaire, car en dehors des fistules où il n'y a pas lieu de faire d'incision, le cathétérisme ne se présentant jamais que comme une opération complémentaire et faisant suite de toute nécessité à une cholécystotomie, on emploiera nécessairement l'incision qui paraîtra la mieux indiquée pour l'opération principale.

La vésicule doit être aussi largement ouverte que possible, afin de se rendre compte du point assez variable où s'abouche le canal cystique. Si l'ouverture de la vésicule est trop petite, le cathéter poussé à l'aveuglette vers le col butera constamment contre les parois du bassin et ne rencontrera le canal qu'à la suite d'un hasard tout à fait exceptionnel.

Lorsqu'on voit à peu près l'embouchure du canal cystique, on tâche d'y introduire le cathéter. Celui-ci sera d'ordinaire une bougie en gomme des numéros 3, 4, 5 ou 6. Il peut être parfois utile de couder ou de tortiller son extrémité, de façon à la faire pénétrer par un mouvement de vis dans les sinuosités du canal cystique. Terrier et Dally se sont également bien trouvés des bougies en baleine, à extrémité droite, plus rigides et qui peuvent parfois forcer des valvules qui suffissent à arrêter une bougie en gomme. Fontan, qui a fait le cathétérisme sur le vivant, conseille une bougie urétrale conique des numéros 8 ou 10. Il s'est aussi servi d'une sonde en argent de petit calibre, et il a même employé avec succès, ainsi que Delagenière, un cathéter Béniqué. Cette question de l'instrumentation n'a donc rien d'absolu; on prendra l'instrument qui semblera le plus approprié au cas particulier dans lequel on se trouve, et souvent tout simplement celui que l'on aura sous la main.

Quant à poser des règles quelconques sur la direction à donner au cathéter pour pénétrer dans le col de la vésicule et de là dans les canaux cystique et cholédoque, il n'y faut pas songer et toutes celles que l'on a voulu prescrire, les inclinaisons variées que l'on recom-

mande de donner au cathéter, ne servent absolument à rien. Ce sont là des conseils théoriques qui en clinique sont sans valeur aucune. Évidemment il faut autant que possible diriger le cathéter dans l'axe du canal cystique qui continue à peu près celui de la vésicule, mais c'est la seule règle qu'il soit possible de donner. Il en est cependant une autre, qui est celle de tous les cathétérismes. C'est d'aller avec une extrême douceur, avec une prudence presque exagérée. Il faut tâtonner et tâtonner avec patience, souvent pour n'arriver à rien. Sur 20 sujets, Terrier et Dally n'ont pu passer que cinq fois, douze fois le cathétérisme a été impossible et trois expériences ont donné des résultats douteux. Un certain nombre de chirurgiens ont essayé le cathétérisme sur le vivant, au cours d'une cholécystotomie, quelques-uns l'ont réussi, le plus grand nombre n'ont pu parvenir à passer. Il n'est pas étonnant qu'il en soit ainsi. A l'état normal, les obstacles s'accumulent dans le canal cystique, valvules, sinuosités, coudures brusques, irrégularités de toute sorte viennent s'opposer à la progression de la sonde. Il suffit pour s'en rendre compte de fixer les yeux sur les figures qui représentent exactement des moulages métalliques du canal cystique que j'ai exécutés en 1891 et qui sont déposés au musée de l'amphithéâtre des hôpitaux (1). Je sais bien qu'ils représentent des canaux dilatés par l'injection. Leur forme capricieuse et leur extraordinaire variabilité montreront mieux que toutes les descriptions, tous les raisonnements et toutes les expériences, que c'est, avec la patience, le hasard seul qui préside à ce cathétérisme.

Si la dilatation pathologique peut faciliter le passage d'une sonde, il est d'autres conditions morbides qui rendent ce passage pour ainsi dire impossible. Hartmann (2) a observé et représenté des vésicules calculeuses, dans lesquelles, par suite de la dilatation du bassinet par un calcul, l'orifice du canal cystique était rejeté sur le côté, à une certaine distance du point de la vésicule vers lequel le cathéter avait une tendance naturelle à se diriger. Dans ces conditions, à moins d'apercevoir l'orifice du canal, ce n'est qu'à la faveur d'un hasard extraordinaire qu'il est possible d'y pénétrer.

Il est si vrai de dire qu'il n'est pas permis de donner des règles pour le cathétérisme, qu'en réalité il n'y a pas deux cas qui se ressemblent et que la réussite de l'opération est pour ainsi dire toujours due à quelque disposition spéciale des voies biliaires ou à quelque manœuvre particulière de l'opérateur.

Dans son premier cas, Fontan (de Toulon), après quelques essais infructueux avec une bougie urétrale en gomme n° 22, une sonde

(1) J.-L. FAURE, Quelques points de l'anatomie du canal cystique (*Bull. de la Soc. anat.*, 1892, p. 511).

(2) HARTMANN, Quelques points de l'anatomie et de la chirurgie des voies biliaires (*Bull. de la Soc. anat.*, juillet 1891).

rouge et un fouet d'urétrotome, pénétra jusque dans le canal cholédoque à l'aide d'une « sonde d'argent de petit calibre, dont la courbure avait été en partie redressée suivant les indications fournies par la bougie en gomme ».

Dans un second cas, après avoir fait pénétrer facilement une bougie filiforme, puis avec difficulté une bougie n° 12, il introduisit finalement un Béniqué n° 28 (14 de la filière Charrière), presque complètement redressé. Le cathéter butant à 14 centimètres, il introduisit deux doigts par la plaie abdominale, et alla, le long de la paroi extérieure des canaux, reconnaître une masse calculeuse qu'il écrasa contre l'extrémité du Béniqué.

Delagenière, après une cholécystostomie, ne pouvant pénétrer avec une bougie filiforme, arrêtée à 5 centimètres, introduit sans difficulté à une profondeur de 12 centimètres une sonde cannelée légèrement recourbée. Une bougie en gomme pénètre au contraire moins profondément et s'arrête à 8 centimètres environ. Il prend alors un Béniqué n° 24 (12 de la filière Charrière), qui pénètre à 10 centimètres. Il y adapte une bougie conductrice assez rigide, coupée à 7 centimètres de l'armature et dont l'extrémité est arrondie avec du collodion. Après quelques tâtonnements la bougie conductrice et la courbure du Béniqué pénètrent complètement. Plusieurs cathétérismes semblables sont pratiqués pendant les jours suivants. La plupart s'accompagnent de douleurs extrêmement vives (1).

Moi-même, au cours d'une cholécystostomie pour infection et obstruction biliaires d'origine douteuse et que l'opération n'a pu éclairer, j'ai pu pénétrer, d'abord avec une sonde cannelée, puis avec une bougie en gomme, jusqu'à 22 centimètres. Où était alors l'extrémité de ma bougie? Derrière un calcul, derrière un étranglement néoplasique, dans le duodénum? — je n'en sais rien. Ce qu'il y a de certain, c'est que j'avais évidemment dépassé les limites du canal cystique. Celui-ci était oblitéré, puisque la vésicule contenait un liquide muqueux, dépourvu de pigment biliaire. Après l'opération, l'écoulement biliaire s'est établi par la fistule, les phénomènes d'infection ont disparu et l'état de la malade s'est beaucoup amélioré. Elle est toujours là et j'ignore toujours les causes de son obstruction.

Si j'ai cité avec quelques détails ces observations, auxquelles je pourrais en ajouter d'autres, c'est pour montrer qu'en aucun cas le cathétérisme n'est semblable à lui-même. Tantôt, les bougies fines passent, tantôt ce sont des sondes Béniqué, armées ou non, tantôt un canal qui a laissé passer une bougie d'assez grand diamètre, n'admet plus une bougie filiforme, souvent enfin, aucun instrument ne peut franchir le défilé du canal cystique.

Ce qui est vrai pour le cathétérisme pratiqué au cours d'une cho-

(1) DELAGENIÈRE, Cette observation, ainsi que les deux observations de Fontan, sont reproduites *in extenso* par Terrier et Dally (*loc. cit.*, *Revue de chir.*, p. 157).

lécystostomie est également vrai pour celui qu'on peut être appelé à tenter pour explorer une fistule biliaire. Une fois la bougie entrée par l'orifice extérieur, les tâtonnements sont les mêmes et les hasards sont non moins grands. Je crois cependant que le cathétérisme doit ici réussir plus souvent, parce que, dans ces conditions, la vésicule est en général transformée en un canal étroit, et parce qu'il n'y a plus au voisinage de l'orifice du canal cystique un bassin plus ou moins large où peut s'égarer l'extrémité de la bougie. Le passage est plus étroit et la bougie plus sûrement guidée. Les coudes, les valvules, les débris de calculs, les irrégularités de toute nature suffisent bien souvent à rendre infructueux les efforts de l'opérateur.

Je crois donc pouvoir résumer en quelques mots toutes les considérations précédentes en posant ces quelques conclusions, qui ne diffèrent point de celles de Terrier et Dally :

Le cathétérisme des voies biliaires est quelquefois facile, bien souvent difficile, plus souvent encore impossible. Son utilité comme moyen d'exploration ou de désobstruction des voies biliaires n'est pas contestable. Il faut souvent tenter de le pratiquer, mais agir toujours sans violence aucune, avec une grande douceur et une extrême prudence, sans s'acharner trop longtemps à le réussir si après quelques minutes de tâtonnements on ne parvient pas à passer.

Ceci est vrai surtout pour le cathétérisme qui accompagne une cholécystostomie. Il n'est pas permis dans ces conditions de prolonger indéfiniment l'opération. S'il s'agit d'une fistule biliaire, consécutive à une cholécystostomie, l'exploration, toujours douce et prudente, pourra être prolongée beaucoup plus longtemps, car il y a intérêt majeur à rétablir la perméabilité du canal et grand avantage à le faire sans opération ou laparotomie nouvelles.

2° CHOLÉCYSTOTOMIE ET CHOLÉCYSTOSTOMIE.

L'incision simple de la vésicule et son abouchement à l'extérieur sont trop intimement liés pour qu'il y ait avantage à séparer leur description. La première, en effet, précède à peu près toujours la seconde, et l'opération qui consiste à refermer la vésicule après l'avoir ouverte, sans l'aboucher à la paroi, la *cholécystotomie* dite *idéale*, est si rarement pratiquée, à cause de ses dangers universellement reconnus, qu'il suffira d'un court paragraphe pour la décrire et la juger. J'étudierai d'abord la cholécystostomie, de beaucoup la plus importante.

1° *Cholécystostomie*. — La *cholécystostomie* ou *abouchement de la vésicule biliaire à l'extérieur* se pratique dans deux ordres de circonstances bien différentes. Le plus souvent, il s'agit de vider la vésicule

des calculs qui y sont contenus et la fixation à la paroi n'est qu'une mesure de sécurité destinée à éviter les accidents redoutables auxquels expose la cholécystotomie idéale. L'écoulement de la bile au dehors est donc une sorte de pis aller, auquel le chirurgien se résout, avec l'espoir, d'ailleurs le plus souvent réalisé, que cet écoulement cessera vite et que la fistule ainsi formée ne tardera pas à s'oblitérer.

Dans d'autres cas, au contraire, l'abouchement est fait dans un tout autre but ; la fistule est préméditée. Ils'agit de conduire au dehors une bile qui ne peut s'écouler vers l'intestin et menace le malade de cholémie, ou de donner issue à la bile septique qui encombre les voies biliaires infectées, en établissant ainsi un véritable drainage extérieur.

La première indication est de beaucoup la plus fréquente.

Lorsque, au cours d'accidents de lithiase, la vésicule a été ouverte et vidée de son contenu aussi bien que possible, on la fixe à la paroi, suivant les procédés que j'aurai à décrire plus loin. Dans ces conditions, la bile s'écoule au dehors, entraînant parfois des débris de calculs qui avaient échappé au cours de l'intervention. Au bout de quelques jours, lorsque les voies biliaires et en particulier le cholédoque sont libres, l'écoulement extérieur diminue pour cesser en général au bout de peu de temps. C'est donc là une *cholécystostomie temporaire*.

Lors au contraire qu'il s'agit de dériver la bile dont la résorption menace d'empoisonner le sang, on ouvre la vésicule et on draine les voies biliaires en l'abouchant au dehors. C'est là une *cholécystostomie permanente*, ou qui du moins devra persister tant que la cause pour laquelle on aura jugé nécessaire de la pratiquer n'aura pas elle-même disparu.

Cette opération trouve ses indications dans deux circonstances bien différentes. Tantôt il s'agit de déverser au dehors la bile qui ne peut franchir le cholédoque obstrué par un calcul ou un cancer du pancréas, — mais ici elle peut souvent être remplacée, parfois avec avantage, par une opération rivale, la *cholécystentérostomie*, — tantôt, il s'agit de drainer la bile virulente de quelque angiocholécystite infectieuse.

Dans les cas d'obstruction du cholédoque impossible à lever par une autre intervention, il est parfois difficile de choisir entre la cholécystostomie et la cholécystentérostomie. Cette dernière opération, bien qu'elle puisse avoir l'inconvénient de favoriser l'infection des voies biliaires, est évidemment beaucoup plus satisfaisante pour l'esprit, en ce sens qu'elle permet à la bile de s'écouler dans l'intestin où elle a sans doute quelque utilité, et surtout parce qu'elle évite les inconvénients si pénibles d'une fistule biliaire. Dans ces conditions, les indications de la cholécystostomie naissent évidemment des contre-indications de l'opération rivale. L'entérostomie biliaire est une opération plus longue, plus délicate, qui nécessite une vésicule assez

volumineuse pour pouvoir être facilement maniée et suturée à l'intestin, ce qui est loin d'être toujours le cas, surtout au cours de l'obstruction calculeuse qui provoque l'atrophie de la vésicule. L'abouchement vésiculo-intestinal est alors souvent pratiquement impossible, et l'abouchement à la peau reste la dernière ressource. Il en est de même dans le cas d'un malade cachectique hors d'état de supporter une opération souvent assez longue et toujours délicate, et chez lequel l'intervention la plus rapide sera la meilleure.

Dans les angiocholites et les cholécystites infectieuses, suivant l'exemple et le précepte de Terrier (1), on ouvrira la vésicule et on en maintiendra l'ouverture béante. C'est donc encore à la cholécystostomie qu'on aura recours. Car bien qu'on puisse théoriquement dériver encore dans l'intestin par la cholécystentérostomie, la bile virulente, je crois qu'il vaut mieux, pour les raisons déjà exposées plus haut (Voy. p. 199), la conduire directement au dehors.

Enfin une cholécystostomie complémentaire est souvent pratiquée après quelque autre intervention sur les voies biliaires, comme une cholédotomie par exemple. Il s'agit alors, presque toujours, d'une véritable cholécystostomie exploratrice. Il faut se rendre compte du contenu de la vésicule si souvent malade, et aussi constituer par la vésicule ouverte une sorte de soupape de sûreté par où pourra s'écouler la bile.

Telles sont les indications principales de la cholécystostomie.

La *technique opératoire* en est des plus simples.

La cholécystostomie *en deux temps* est aujourd'hui à peu près universellement abandonnée. Il y a eu pour cette opération comme pour toutes les opérations abdominales nouvelles, une période d'hésitation ou plutôt de prudence, pendant laquelle les chirurgiens, voulant mettre toutes les chances de leur côté, n'ouvraient la vésicule qu'après avoir provoqué des adhérences entre sa surface extérieure et la paroi abdominale. Köcher, Blodgett, Riedel et beaucoup d'autres encore l'ont faite pendant assez longtemps, soit en tamponnant la plaie avec de la gaze, une fois la vésicule découverte, soit en la suturant au péritoine pariétal, ce qui était plus rapide et plus sûr. Sans doute, les succès ont été nombreux, mais je ne pense pas qu'aujourd'hui cette méthode compte beaucoup d'adeptes. Elle a, en effet, plusieurs inconvénients, dont le moindre est encore celui de faire deux interventions au lieu d'une. C'est peu de chose, en effet, que d'ouvrir une vésicule soudée à la paroi. Mais l'ouverture est plus tardive, ce qui est parfois un gros inconvénient ; elle est aussi plus petite et l'exploration intérieure de la vésicule et l'extraction de tout ce qu'elle peut contenir sont beaucoup moins

(1) TERRIER, *Revue de chir.*, 1895, p. 986.

faciles et beaucoup moins sûres ; enfin son exploration extérieure, celle qui permet de se rendre compte de l'état de ses parois et qui, bien souvent, n'est démonstrative que lorsque la vésicule a été préalablement vidée, est impossible, l'exploration que l'on peut faire au moment de l'ouverture de l'abdomen, dans le premier temps de l'opération, sur une vésicule parfois distendue, étant presque toujours insuffisante.

C'est donc à l'opération *en un temps*, vulgarisée par Lawson Tai qu'on aura méthodiquement recours. Elle est aussi rapide, elle est tout aussi facile, elle débarrasse immédiatement le malade, elle permet une exploration infiniment plus complète de la vésicule, et elle n'est certainement pas plus grave. L'hésitation entre les deux méthodes n'est donc pas possible et nul chirurgien n'hésite plus.

L'*incision* de choix siège sur le bord externe du muscle grand droit. C'est à ce niveau que le fond de la vésicule vient au contact de la paroi. C'est là qu'il faudra la fixer. Assez souvent, cependant, la ligne médiane paraît plus favorable ; c'est elle qu'il faut choisir dans les cas, d'ailleurs rares, où on pratique l'opération chez l'enfant, car le foie est chez lui plus gros et la vésicule correspond assez exactement à la ligne médiane (Vincent) (1). Exceptionnellement, dans certains cas de vésicules énormes, on sera évidemment conduit à porter le bistouri ailleurs, au point le plus saillant, et Reboul (2), dans un cas où il pensait opérer une hydronéphrose, a fait son incision dans la région lombaire. La longueur de l'incision devra être suffisante. Il ne faut pas oublier que toute cholécystostomie doit être accompagnée d'une exploration aussi complète que possible des voies biliaires et de la région sous-hépatique. Presque toujours, loin d'inciser dans l'intention de faire une cholécystostomie, on ne fait cette opération que parce que l'exploration directe a montré qu'elle était nécessaire ou du moins supérieure aux autres. Une incision de 12 à 15 centimètres sera donc à peine suffisante. En général, pour y bien voir, il sera bon qu'elle en ait davantage.

La paroi traversée, les voies biliaires reconnues et l'abouchement vésiculaire décidé, que faut-il faire ? D'abord, garnir d'éponges ou de compresses stérilisées toute la région péritonéale voisine, de façon à isoler absolument la cavité abdominale des matières septiques venant de la vésicule qui pourraient l'infecter.

On pourrait évidemment suturer la vésicule aux lèvres de la plaie avant de l'ouvrir et ne faire cette ouverture qu'après fixation à la paroi et fermeture de la plaie abdominale de façon à réduire à leur minimum les chances d'effusion biliaire intrapéritonéale. Dans ces conditions, on perdrait une partie des avantages de l'opération en un temps, puisqu'on se priverait des grandes facilités d'examen que

(1) VINCENT, *Congrès de chir.*, 1888, et *Sem. méd.*, 1888, p. 112.

(2) REBOUL, Cholécystostomie par voie lombaire (*Soc. de chir.*, 22 mai 1895).