

donne l'ouverture de la vésicule avant sa suture à la paroi. Cependant, lorsqu'on est certain, ou à peu près, que la vésicule ne contient pas de calcul, lorsqu'il s'agit, comme dans l'angiocholécystite ou l'obstruction du cholédoque, de donner simplement issue à la bile, il peut être avantageux de suivre cette pratique et, la vésicule une fois fixée, de lui faire une toute petite ouverture, suffisante pour laisser écouler la bile, mais réduisant au minimum les chances d'inondation péritonéale.

Cette fixation de la vésicule à la paroi est des plus simples. Quelques fils de soie fine passant dans le péritoine pariétal viennent traverser les tuniques séreuse et musculuse de la vésicule, en en respectant la muqueuse. Il est important, en effet, de ne point traverser de part en part la paroi vésiculaire pour éviter l'issue de la bile par ces petites perforations. Quelques points ou un surjet rapide suffisent en général pour obtenir un affrontement des séreuses vésiculaire et pariétale. L'ouverture de la vésicule se fait ensuite, soit avec la pointe du bistouri, soit avec le thermocautère.

Lorsqu'on vide la vésicule avant de la fixer, comme c'est le cas le plus fréquent, il faut prendre quelques précautions. Malgré le soin que l'on a eu de protéger le péritoine et de bien garnir de compresses toutes les régions voisines susceptibles d'être souillées, on s'efforcera d'évacuer le contenu de la vésicule directement au dehors. Pour peu que la vésicule soit volumineuse, et l'on sait qu'il en est d'énormes, il sera prudent de la vider par aspiration, car l'incision directe, même petite, risquerait d'inonder de bile le champ opératoire et, malgré compresses et éponges, de contaminer le péritoine. Si la vésicule contient peu de liquide, l'incision directe n'aura pas ces inconvénients et comme elle est plus simple que l'aspiration, c'est elle qu'on emploiera de préférence. Si la chose est possible, on attirera le fond de la vésicule jusqu'au dehors, de façon que toute chance d'écoulement du liquide dans l'intérieur de la cavité péritonéale soit ainsi écartée. Si la vésicule ne contient pas de liquide ou n'en contient qu'une quantité insignifiante, l'incision directe sera moins dangereuse encore. Souvent, par cette incision, on verra sortir une quantité de calculs noyés dans une bouillie noirâtre plus ou moins épaisse. Grâce au soin que l'on aura pris de disposer des compresses au point le plus favorable, on pourra vider le contenu de la vésicule sur ces compresses mêmes qui seront immédiatement enlevées. Si, enfin, on ne sent à travers les parois vésiculaires, qu'un ou plusieurs calculs volumineux, sans liquide appréciable, une incision suffisante faite sur les calculs eux-mêmes permettra de les retirer facilement avec une pince appropriée.

La vésicule vidée, on nettoiera sa muqueuse avec de petits tampons d'ouate aseptique portés au bout d'une pince. En même temps qu'on la nettoie, on l'examine et on l'explore, on se rend compte de

l'état de ses parois, de leur consistance, de leur épaisseur, on cherche s'il n'y a pas quelque part un calcul enclavé, surtout vers l'origine du canal cystique.

En général, qu'il soit question d'une obstruction du cholédoque ou de simples accidents de lithiase, dès que la vésicule est vide, elle ne tarde pas à donner issue à la bile qui, venant du canal cystique, afflue dans le bassinet et s'écoule au dehors. Cette inondation biliaire peut même être fort gênante, aussi est-il bon d'avoir toujours à sa portée une pince à arrêt, à mors assez longs, ou encore une pince en cœur, ou une pince en T, de façon à pouvoir oblitérer immédiatement l'incision et à empêcher l'écoulement de la bile en un point qui ne doit pas être souillé.

Lorsque après ouverture et nettoyage de la vésicule, l'afflux biliaire ne se produit pas, cela indique d'une façon à peu près certaine que le canal cystique est oblitéré. Bien entendu, c'est presque toujours un calcul qui l'obstrue; on tâchera de le reconnaître et c'est là une des principales indications du cathétérisme, qu'il faut toujours être prêt à pratiquer, malgré les hasards qui l'accompagnent, lorsqu'on ouvre la vésicule. Si l'on reconnaît ou simplement si l'on soupçonne fortement un calcul, il faudra tâcher de l'extraire. Je ne reviens ici ni sur son écrasement, ni sur son extirpation par *cysticotomie*, mais il y a divers procédés que multiplie l'ingéniosité des chirurgiens, procédés souvent inspirés par le cas particulier devant lequel ils se trouvent, et qui peuvent permettre d'extraire le calcul. Les petites pinces, les curettes, les injections d'eau, d'huile, d'éther peuvent donner des succès plus ou moins rapides. Parfois même l'élimination se fait spontanément, quelques heures après l'opération. Lorsque rien ne peut désobstruer le canal et qu'il paraît invinciblement oblitéré, c'est là, je le rappelle, une des indications les plus nettes de la *cholécystectomie*.

La fixation de la vésicule à la paroi est en général assez simple, au moins lorsque celle-ci n'est ni trop friable, ni trop rétractée. Quand ses dimensions sont moyennes et sa consistance à peu près normale, quelques points, qui prennent, en même temps que le péritoine et une partie de la couche musculo-aponévrotique de la paroi abdominale, le péritoine et la musculuse de la vésicule, sans la perforer, autant pour permettre un accollement plus parfait des surfaces séreuses que pour éviter l'infection au niveau des fils, suffiront à maintenir la vésicule au contact de la paroi jusqu'à ce que des adhérences solides se soient établies. La plaie cutanée est ensuite soigneusement fermée sauf au niveau de la vésicule, dans l'intérieur de laquelle il est bon de laisser un drain suffisamment gros pour permettre le facile écoulement de la bile et des liquides infectés qui peuvent s'écouler par la fistule ainsi créée.

Il peut arriver que, après ouverture et nettoyage de la vésicule, son

abouchement à l'extérieur soit impossible ; cela n'est même pas fort rare. Tel est le cas de certaines vésicules friables que l'aiguille déchire, que la soie coupe ou qui sont trop rétractées, trop indurées pour être attirées jusqu'au contact de la paroi et suturées aux lèvres de la plaie. Dans ces conditions, le mieux est, si le cholédoque est perméable, de les enlever. Mais la cholécystectomie n'est pas toujours possible à cause de l'épaisseur des adhérences, de l'impossibilité de détacher la vésicule du foie, etc. On peut cependant encore créer une fistule extérieure et faire une véritable cholécystostomie, plus aléatoire, il est vrai, et plus dangereuse dans ses suites immédiates, mais qui reste comme la dernière ressource, car il n'est pas possible de faire autre chose. On laisse la vésicule ouverte, telle qu'elle est, et on établit entre cette vésicule et l'extérieur, sous le foie, un *drainage* soigné qui conduira au dehors la bile et les sécrétions infectées. Ce drainage sera fait avec un soin tout particulier. La vie du malade peut en dépendre. Il faut que la bile, bien que s'écoulant en réalité dans l'intérieur de la cavité péritonéale, soit conduite au dehors sans diffuser dans l'abdomen. Avant tout l'on mettra un drain dont l'extrémité profonde sera située, autant que possible, exactement au contact de l'orifice vésiculaire. Si même on peut engager ce drain dans la vésicule, on le fera. C'est une condition très favorable à l'écoulement des liquides et qu'on se gardera de négliger. Le drain, surtout lorsqu'il ne fait qu'arriver au contact de la vésicule sans pénétrer dans son intérieur, doit être assez volumineux, un centimètre de diamètre et davantage. Il doit en outre être complètement isolé des anses intestinales par des compresses stérilisées qui arrêtent la bile, l'empêchent de couler dans le ventre et la conduisent au dehors. L'artifice opératoire recommandé par Terrier et qui consiste à isoler la région sous-hépatique du reste de la cavité péritonéale en suturant l'épiploon à la partie inférieure de la plaie, de façon à constituer ainsi une loge qui limitera l'infection, si infection il y a, est une excellente précaution, facile, efficace et qu'on ne manquera pas de prendre dans de telles circonstances.

Des adhérences péritonéales solides ne tardent pas à se développer qui forment une barrière au niveau des compresses, si bien que lorsqu'on enlève celles-ci au bout de quelques jours, deux ou trois en général, la cavité péritonéale se trouve complètement fermée, et la bile s'écoule directement au dehors par ce canal de nouvelle formation, dans lequel il est prudent de laisser le drain.

Au bout de huit ou dix jours les sutures cutanées sont enlevées, celles qui retiennent la vésicule à la paroi le sont également ou s'éliminent seules, car quelquefois elles sont enfoncées profondément et tout à fait invisibles, et la fistule biliaire est établie pour un temps plus ou moins long, variable avec l'affection qui a guidé la main du chirurgien.

Telle est l'opération de la *cholécystostomie* telle qu'on la pratique le plus ordinairement. Les modifications de détail qui y sont apportées par les divers opérateurs sont absolument sans importance. Chacun a ses aiguilles préférées et ses fils de prédilection.

Delagenière (1) a récemment décrit un procédé qui, sans compliquer l'opération d'une façon bien sensible, peut avoir quelques avantages. Au lieu d'aboucher la vésicule directement à la paroi il la fixe à l'aponévrose antérieure de l'abdomen, après lui avoir fait traverser une boutonnière ménagée à un centimètre environ du bord externe du grand droit dans l'épaisseur de ce muscle ; celui-ci forme ainsi une sorte de sphincter, maintenu béant par un drain, mais qui tendra à fermer la fistule lorsqu'on l'abandonne à elle-même. L'action de ce petit sphincter est peut-être un peu théorique. Dans les trois cas de Delagenière la fistule s'est fermée cinq, sept et trente-huit jours après la suppression du drain. Cela n'a, il est vrai, rien d'extraordinaire et se voit fort bien par le procédé banal ; mais, en tous cas, ce procédé est ingénieux et je ne pense pas qu'il puisse être nuisible.

2° *Cholécystotomie*. — C'est l'incision simple de la vésicule, sans abouchement à la paroi abdominale, la *cholécystotomie idéale*. Dans cette opération, après avoir ouvert la vésicule et l'avoir vidée de son contenu, on la referme par quelques points de suture et on la rentre dans le ventre où on l'abandonne. Faite pour la première fois en 1883, par Meredith, qui d'ailleurs perdit sa malade, cette opération, extrêmement brillante, malgré les 13 succès de Hensner, malgré les cas heureux de beaucoup d'autres chirurgiens — 25 guérisons sur 33 cas dans la statistique de Courvoisier, — n'est guère pratiquée aujourd'hui. Elle est en effet aussi dangereuse que brillante, et, si elle est fréquemment suivie d'éclatants succès, elle a trop souvent donné lieu à des désastres, imputables à la seule méthode opératoire.

On comprend, en effet, combien il est dangereux de rentrer dans la cavité péritonéale une vésicule, la plupart du temps infectée, dont l'ouverture a été refermée par une simple suture. Qu'un point vienne à lâcher, ce qui n'a rien que de très naturel, même avec des parois vésiculaires presque saines, et la bile septique s'épanche dans le péritoine en y provoquant l'explosion d'accidents mortels. Ceux-ci seront encore bien plus à redouter s'il y a, du fait de quelque diminution de calibre du cholédoque, une augmentation de pression dans la vésicule et une distension de ses parois.

Cette opération est donc, aujourd'hui, à peu près universellement condamnée, et tout le monde s'est rangé à l'avis de Lawson Tait qui, un des premiers, lui a lancé l'anathème.

(1) DELAGENIÈRE, Cholécystostomie intrapariétale ou transmusculaire (*Congrès de chir.*, 23 octobre 1893, p. 493).

Un mot suffira pour la décrire. Après incision de la paroi et ouverture de la vésicule, qu'on a soin de faire aussi nettement que possible, on la vide, on la nettoie, et on la referme par quelques points de suture séro-séreuse. La vésicule est alors abandonnée dans le ventre et l'incision pariétale refermée. Pour plus de sûreté, à ce premier plan de suture Loreta en a ajouté un second, en déprimant la vésicule au niveau de la première ligne de suture, qu'il enfouit pour ainsi dire sous une seconde rangée unissant les lèvres de la gouttière ainsi formée.

Les dangers que fait courir cette opération ont suscité des procédés nouveaux qui les atténuent grandement, tout en permettant de refermer la vésicule et de supprimer la fistule.

Tel est le procédé de *cholécystotomie à sutures intrapariétales*, dû à Parkes et recommandé par Langenbuch. La vésicule, après avoir été ouverte et vidée est fixée à la paroi. Au lieu de la laisser béante, on la referme dans la paroi même, qui est elle-même suturée par-dessus. Dans ces conditions, si la suture de la vésicule se maintient, la guérison survient sans accidents et la fistule est évitée. Si, au contraire, la suture de la vésicule vient à lâcher, l'ouverture se fait dans la paroi, hors du péritoine isolé par des adhérences, et il suffit de faire sauter la suture pariétale pour parer aux accidents phlegmoneux qui pourraient se produire.

Wolfler et Senger ont fait subir à ce procédé une modification. Lorsqu'on juge la suture intrapariétale solide et définitive, on libère la vésicule et on la rentre dans l'abdomen. C'est donc une sorte de cholécystotomie idéale en deux temps. Cette opération a l'inconvénient de toutes les opérations en deux temps, celui de la répétition, et je ne vois pas bien l'avantage qu'elle présente sur celle qui consiste à laisser la vésicule en contact avec la paroi. En tous cas les inconvénients me semblent l'emporter sur les avantages problématiques qu'il peut y avoir pour le malade à posséder une vésicule biliaire non adhérente à la paroi abdominale, si tant est que les adhérences détruites ne se reproduisent pas.

Récemment enfin Bloch (1) a proposé une dernière modification qui en réalité ne diffère pas beaucoup de la précédente et nécessite pour être applicable une vésicule assez volumineuse. Celle-ci est sortie de l'abdomen, au moins en grande partie, de façon que tout le fond fasse saillie au-dessus de la peau. Elle est ainsi fixée et on attend pendant trois jours la production d'adhérences. Au bout de ce temps la vésicule est incisée, vidée et suturée. Cette opération extra-abdominale est évidemment sans danger. On laisse la suture se cicatriser, toujours hors de l'abdomen, ce qui enlève tout inconvénient à une rupture possible. Au bout d'un certain temps, neuf jours dans le cas

(1) BLOCH, Cholécystotomie extra-abdominale (*Revue de chir.*, 1895, p. 147).

de Bloch, alors qu'on suppose la suture solide, on détache les adhérences qui unissent la vésicule au péritoine pariétal et on la rentre dans le ventre.

Je ne crois vraiment pas que ce soit là une opération à recommander en dehors de cas tout à fait exceptionnels. C'est une opération en trois temps, séparés par plusieurs jours d'intervalle. Cela seul suffirait à la faire condamner. Et puis je crois qu'il est fort dangereux de rentrer dans le ventre cette vésicule qui, sortie pendant plusieurs jours de l'abdomen, est rouge, bourgeonnante, certainement infectée et emporte avec elle dans le péritoine plus de chances de mort qu'on n'en a évité par ces opérations successives. Je préférerais, à tout prendre, la cholécystotomie à sutures intrapariétales de Parkes et même la cholécystotomie idéale dans laquelle cependant on court au-devant des catastrophes et où l'on joue la vie d'un opéré sur un point de suture.

### 3° CHOLÉCYSTECTOMIE (1).

Exécutée pour la première fois par Langenbuch le 15 juillet 1882, l'*extirpation* de la vésicule biliaire, dont on trouvera l'histoire complète dans la thèse de Calot à laquelle je renvoie, a été depuis ce dernier travail pratiquée très souvent et par un très grand nombre de chirurgiens. Bien entendu, comme il arrive toujours, ses résultats, qui au début et jusqu'à la thèse de Calot donnaient encore une mortalité de 28,2 p. 100 (19 morts sur 71) se sont très sensiblement améliorés, si bien qu'elle est devenue relativement bénigne, et que certains chirurgiens, comme Kœhr, accusent seulement 1 mort sur 27. En 1892, sur 8 cas, Terrier n'avait qu'une mort et dans la discussion récente qui a eu lieu sur ce sujet à la Société de chirurgie un grand nombre de chirurgiens et en particulier Michaux, Gérard Marchant, Routier, Monod, qui ont apporté pour la plupart des statistiques satisfaisantes, s'en sont déclarés partisans. Je ne reviendrai pas sur ce point, non plus que sur les indications respectives de la cholécystotomie et de la cholécystectomie, déjà discutées ailleurs (Voy. p. 282). Je rappellerai seulement les cas dans lesquels je pense que c'est à cette dernière opération qu'il faut donner la préférence.

La cholécystectomie est indiquée dans les cas où la vésicule présente des altérations profondes, dues à la lithiase ou à l'infection et à plus forte raison à quelque dégénérescence néoplasique, lorsqu'elle est très épaisse, infiltrée de pus, ou blindée de plaques cartilagineuses et farcie de calculs, lorsqu'elle est ulcérée et menacée de per-

(1) LANGENBUCH, *Berlin. klin. Wochenschr.*, 1882, p. 725. — CALOT, De la cholécystectomie, thèse de Paris, 1890-1891. — KEHR, *XXV<sup>e</sup> Congrès des chir. allem.*, 1896, et *Sem. méd.*, 1895, p. 229. — TERRIER, *Chir. des voies biliaires (Revue de chir.*, 1892, p. 533). — Discussion à la *Soc. de chir.*, mai 1896.

foration, lorsqu'elle est déchirée sur une assez grande étendue, lorsque enfin le canal cystique paraît oblitéré d'une façon définitive. Mais il ne faut pas oublier qu'il ne sera permis de la faire qu'autant qu'on sera certain de la perméabilité du cholédoque. L'oblitération de ce canal est une contre-indication absolue à l'extirpation de la vésicule (Voy. p. 284).

Quant à l'infection des voies biliaires, si elle se constitue par une contre-indication aussi nette, il est incontestable qu'elle ne peut être considérée que comme défavorable à cette opération, et qu'elle doit lui faire préférer, même dans les cas douteux, la simple cholécystostomie.

L'incision qui, lorsqu'on aura le choix, sera faite sur le bord externe du grand droit, les précautions préliminaires, la protection du péritoine, l'examen de la vésicule, ne diffèrent en rien de ce que j'ai dit plus haut à propos de la cholécystostomie.

Il faut, autant que possible, bien examiner la vésicule avant de l'ouvrir, car si l'on prend le parti de l'enlever, il est évidemment bien préférable de le faire alors qu'elle est encore fermée. Sa dissection, sa séparation des tissus voisins est ainsi beaucoup plus facile et surtout beaucoup moins dangereuse. Quand la vésicule est ouverte, en effet, il est bien difficile de l'enlever sans que quelques gouttes de bile, dont la nature septique est toujours à craindre, viennent, malgré les compresses, souiller les tissus voisins et inoculer la région opératoire, d'où des suppurations et des catastrophes possibles. Lorsqu'on extirpe au contraire la vésicule sans l'ouvrir, il est bien évident que les chances d'infection du fait de son contenu seront réduites à leur minimum.

Le temps le plus important et parfois le plus difficile consiste dans l'isolement de la vésicule et sa séparation d'avec les tissus voisins et en particulier le foie.

Lorsque la vésicule est libre d'adhérences, lorsqu'elle est assez mobile et qu'il existe, comme cela se voit quelquefois, surtout sur des vésicules dilatées, une sorte de mésocyste qui ne la rattache au foie que d'assez loin, l'opération peut être d'une extrême simplicité. Ces cas sont, en somme, assez exceptionnels et il est beaucoup plus fréquent de rencontrer une vésicule accolée au foie par une assez large surface, comme à l'état normal. Il arrive souvent aussi que les rapports avec le foie sont rendus plus intimes par des adhérences pathologiques, qui unissent aussi la vésicule avec les organes voisins et en particulier avec le colon. Lorsque ces adhérences sont très nombreuses, très épaisses et très consistantes, la cholécystectomie peut être entourée d'insurmontables difficultés. La séparation d'avec les organes voisins peut devenir impossible, si bien que devant une menace de déchirure de l'intestin, par exemple, on peut être forcé de renoncer à la cholécystectomie et de se contenter d'une cholécysto-

stomie ou, à son défaut, si elle est elle-même impossible, d'un simple drainage de la vésicule qui, dans la profondeur, reste ouverte et parfois accidentellement déchirée.

Dans certains cas on pratique aussi une véritable *cholécystectomie partielle*, en enlevant ce qu'on peut de la vésicule et en faisant suivre cette intervention d'une cholécystostomie par la fixation à la paroi de la partie restante.

Quoi qu'il en soit, dans les cas moyens, dans lesquels on rencontre en général quelques adhérences assez faciles à détruire, il est presque toujours assez simple de mener à bien l'isolement de la vésicule. C'est avant tout de ses doigts qu'il faut se servir pour la séparer des organes voisins et en particulier de l'intestin. Mieux que de toute autre façon on peut ainsi apprécier la résistance des tissus sur lesquels on exerce des tractions, leur nature, leur qualité et se rendre compte de la limite des efforts qu'il est permis de faire dans ces manœuvres délicates. Il faut se méfier du bistouri et des ciseaux qui dans ces tissus anormaux et dans ces régions voilées par le sang peuvent produire des blessures dangereuses et difficiles à réparer.

Le bistouri n'est guère utile que pour inciser tout autour de la vésicule, sur la face inférieure du foie, le feuillet péritonéal au point où il se réfléchit. Dès que cette incision vient d'être faite, avec l'extrême pointe du bistouri, le doigt seul achèvera le décollement de la vésicule. Le tissu cellulaire qui l'unit au foie est assez lâche pour que la séparation soit en général des plus simples. Pendant cette manœuvre, la main d'un aide ou un large écarteur relèvera au besoin le bord inférieur du foie. La vésicule ne tarde pas à être complètement détachée. Elle ne tient plus alors que par un pédicule plus ou moins long, plus ou moins net et plus ou moins régulier qui s'enfonce dans la profondeur et va se perdre dans l'épiploon gastro-hépatique. C'est le canal cystique accompagné de quelques vaisseaux sanguins et lymphatiques et en particulier de l'artère de même nom.

Ce pédicule est en général facile à lier. Cette ligature doit être faite avec un soin tout particulier. C'est en effet la seule barrière opposée à la bile, qui n'a qu'à la franchir pour inonder le péritoine et, lorsqu'elle est septique, causer des accidents mortels. On aura donc grand soin d'y mettre un fil solide. Un certain nombre de chirurgiens conseillent même de faire pour plus de sûreté deux ligatures superposées et Michaux (1) va même jusqu'à recommander une quadruple ligature. Ce luxe de précautions me semble, je dois le dire, un peu exagéré et n'a d'ailleurs pas empêché ce chirurgien d'observer quatre fois sur sept une fistule, ce qui constitue une proportion au moins aussi forte que celle des chirurgiens qui n'emploient qu'une ligature simple. Quant à ce qui est de jeter sur le canal cystique deux liga-

(1) MICHAUX, *Congrès franç. de chir.*, 1893.

tures afin de couper le canal entre les deux, je le crois également inutile, une pince à forcipressure me paraissant devoir remplacer avec avantage le fil le plus superficiel destiné à empêcher l'écoulement de la bile venant de la vésicule, lorsque celle-ci est restée pleine. Je conseille donc, à moins de cas exceptionnel, de ne mettre qu'un fil sur le canal cystique.

Sera-ce un catgut ou une soie? Les deux ont été employés, et les statistiques sur ce point ne nous renseignent guère. Je crois pour ma part un bon catgut parfaitement suffisant pour fermer le canal pendant le temps nécessaire à son oblitération cicatricielle. D'autre part, on sait de quels ennuis s'accompagne la persistance indéfinie des fils de soie dans la profondeur des tissus lorsqu'ils viennent à être infectés, ce qui est ici assez fréquent. Le catgut disparaît tout seul. Il faut que le fil de soie soit éliminé tôt ou tard. C'est là une infériorité manifeste et que ne me semble pas suffisamment racheter la plus grande solidité de la soie. D'autre part, on évitera, surtout avec la soie, de serrer le fil au point de couper les tissus. La soie fine peut avoir cet inconvénient. Ni le catgut, ni la soie un peu grosse ne risqueront de le produire.

Il est bien difficile, sur un conduit aussi ténu et situé aussi profondément, de pouvoir suivre le conseil qui a été donné de refouler la muqueuse du canal de façon à l'enfourer sous la ligature en étreignant avec celle-ci la musculature seule. C'est là un procédé très minutieux, difficile à réaliser et qui, je crois, risque de faire perdre plus de temps qu'il ne présente d'avantages. Ce qu'il est facile de faire et qu'on ne doit pas négliger, c'est la stérilisation de la section du canal cystique. Ce petit pédicule, qui dépasse le fil, est en général infecté et risque, sinon d'inoculer sérieusement le péritoine, ce qui peut d'ailleurs arriver, en tout cas de favoriser la production d'une fistule. La pointe du thermocautère permettra de remédier à cet inconvénient.

Quelles que soient les précautions qu'on prenne, quelles que soient la perfection et la solidité de la ligature qui ferme le canal, il est très fréquent de voir la bile forcer le passage, et une fistule s'établir. Il n'en peut guère être autrement, et l'on comprend que lors de la striction du canal, la muqueuse, accolée à elle-même par sa surface épithéliale, n'ait aucune tendance à former une cicatrice. Celle-ci sera due bien plutôt aux tissus voisins, plus ou moins saignants, qui pourront se fondre en un bloc inodulaire. Au début, il est fréquent de voir la bile filtrer au niveau de la ligature. Aussi faut-il rejeter, sauf dans quelques cas tout à fait exceptionnels, comme celui de Monod (1), dans lequel le canal cystique était certainement oblitéré par avance, la *cholécystectomie idéale*, à sutures perdues. Comme la cholécystotomie, elle peut donner de brillants succès, mais comme

(1) MONOD, Acad. de méd., 7 février 1893.

elle, et plus souvent qu'elle, elle peut provoquer des désastres. Il faut donc la proscrire de parti pris, et établir au niveau du tronçon du canal cystique un drainage soigné avec un drain en caoutchouc entouré de compresses de gaze stérilisée qui, tout en protégeant les anses intestinales, contribueront elles-mêmes à conduire la bile au dehors. Le cloisonnement de la grande cavité péritonéale par une suture de l'épiploon à la paroi est une bonne précaution, qui n'est pas moins recommandable dans cette opération que dans la précédente.

Quant à l'opération proposée par Heddæus (1), qui, pour éviter la fistule consécutive et la cholécystectomie, et même tout simplement la dilatation du canal cystique et la formation de nouveaux calculs, conseille d'aboucher le canal cystique dans le côlon ou l'intestin en pratiquant une *cystico-colostomie* ou une *cystico-entérostomie*, je ne pense pas qu'elle trouve de nombreux partisans. Ce serait une complication presque toujours inutile, puisque la cholécystectomie est en général suivie de guérison radicale, mais en tout cas toujours longue, toujours délicate et susceptible d'aggraver sérieusement le pronostic de l'extirpation de la vésicule.

La fin de l'opération, la suture, les soins consécutifs n'ont rien de particulier. Au bout de trois ou quatre jours on pourra, en général supprimer la gaze. Dès lors le péritoine sera isolé. Le drain pourra rester plus longtemps, huit ou dix jours au moins, car on a souvent vu la bile apparaître au bout de ce laps de temps, et parfois même davantage. Si une fistule se forme, qui d'ailleurs s'oblitérera le plus souvent d'elle-même, son traitement ne présentera aucune indication particulière.

#### 4° CHOLÉCYSTENTÉROSTOMIE OU ENTÉROSTOMIE BILIAIRE

Comme son nom l'indique la *cholécystentérostomie* est l'abouchement de la vésicule biliaire dans l'intestin. Elle comprend d'ailleurs des subdivisions, et l'on peut avoir, suivant le segment intestinal où se fait l'abouchement biliaire, la *cholécysto-duodénoentérostomie*, la *cholécysto-jéjunostomie*, la *cholécysto-colostomie*, voire même la *cholécysto-gastrostomie*. Je n'hésite pas à déclarer que, pour ma part, je préfère de beaucoup à ce nom régulier et commode, mais véritablement barbare, celui d'*entérostomie biliaire*, proposé par Reclus (2), et qui a l'avantage de rester euphonique tout en étant tout aussi explicite. D'autant plus que rien n'est plus simple, pour préciser davantage, que d'adopter également les mots de *duodénoentérostomie biliaire*, *jéjunostomie*, *colostomie*, *gastrostomie biliaire* qui sont plus simples et ne prêtent pas davantage à confusion.

La cholécystentérostomie, conçue par Nussbaum en 1880, fut faite

(1) HEDDÆUS, *Beiträge zur klin. Chir.*, Bd XII, 2, 1895.

(2) RECLUS, *Cliniques de la Pitié*, 1894, p. 238.