

pour la première fois par Winiwarter dans le courant de la même année. Cette opération très célèbre fut extrêmement défectueuse, et le malade ne finit par guérir qu'à la suite de six interventions successives. Les expériences de Gaston d'Atlante, en 1884, de Colzi surtout qui, en 1886, établit par des opérations sur des chiens une technique excellente, un second mémoire de Gaston, en 1887, attirèrent si bien sur cette opération l'attention générale, que cette même année Monastyrki, le 4 mai, et Kappeler, le 8 juin, la pratiquèrent de la même façon et avec le même succès. Socin la répéta le 19 novembre, Bardenheuer, Mayo Robson en 1888 la firent de nouveau. Terrier, le 13 juillet 1889, réussit pleinement la première opération faite en France. L'année suivante, en 1890, sous l'inspiration de Terrier, H. Delagenière (1) fit paraître une thèse excellente, à laquelle je renvoie pour une foule de détails historiques que je ne puis citer ici. En 1893, paraissait la thèse de Paturet (2). Depuis cette époque, l'entérostomie biliaire a été faite, comme la plupart de ces opérations délicates, un très grand nombre de fois. En 1894, au cours d'une discussion à la Société de chirurgie, un certain nombre de cas en ont été publiés. Aujourd'hui les succès se multiplient tous les jours et je n'entreprendrai pas de les dénombrer.

Les indications de l'entérostomie biliaire sont des plus nettes. Il faut la pratiquer toutes les fois qu'il y a des accidents de rétention biliaire. Il faut que cette rétention biliaire ne puisse être combattue par une opération radicale, comme la cholédocotomie, par exemple, s'il s'agit de rétention par obstruction calculueuse du cholédoque. Ce n'est donc que lors de l'oblitération du cholédoque par un calcul non justiciable de la cholédocotomie, qu'on sera conduit à faire l'opération. C'est surtout lors de son oblitération par un cancer du pancréas ou toute autre affection analogue que la cholécystentérostomie trouvera son indication presque exclusive. Nous savons, en effet, que dans les cas d'oblitération calculueuse la vésicule est presque toujours rétractée. Or pour pratiquer l'entérostomie biliaire il faut une vésicule d'un certain volume. Cette opération sera donc souvent impossible à mener à bien. C'est alors soit à la cholécystectomie, soit à la cholécystostomie qu'on aura recours. C'est également à cette dernière que l'on donnera la préférence, si, dans les cas d'infection grave des voies biliaires, on juge plus prudent de déverser la bile au dehors que de la conduire dans l'intestin.

On a fait à la cholécystentérostomie le reproche de favoriser l'infection des voies biliaires par suite du passage des matières intestinales dans la vésicule. Cela est possible dans certains cas et n'a rien que de très vraisemblable. Mais la chose n'est pas nécessaire. Tuffier en a donné un exemple. A l'autopsie, assez longtemps après l'opération, les

(1) DELAGENIÈRE, De la cholécystentérostomie, thèse de Paris, 1890.

(2) PATURET, De la cholécystentérostomie, thèse de Paris, 1893.

voies biliaires étaient aseptiques. Elles sont d'ailleurs, au moment de l'intervention, déjà très souvent infectées, et l'écoulement facile de la bile constitue un commencement de désinfection. Du reste, mieux que tous les raisonnements, l'expérience est là qui démontre la rareté des accidents d'infection hépatique après l'anastomose vésiculo-intestinale.

Cette opération est minutieuse et délicate. Il y a d'ailleurs, suivant les cas, de très grosses différences. Alors qu'elle peut être véritablement facile lorsque la vésicule est assez volumineuse, souple et mobile, elle peut devenir très difficile et presque impraticable pour peu que la vésicule soit rétractée, adhérente au foie ou de consistance friable.

L'incision de choix est, je crois, l'incision médiane, complétée au besoin par une incision transversale intéressant le muscle droit. L'incision sur le bord externe de ce muscle ou sur le point le plus saillant de la tumeur, lorsque tumeur il y a, peut être indiquée ou se présenter comme une nécessité. Lorsqu'on aura le choix, c'est à l'incision médiane sus-ombilicale qu'on donnera la préférence, comme à la plus simple, la plus commode et la plus favorable pour la recherche de l'anse intestinale, tout en n'éloignant pas trop de la vésicule, laquelle a presque toujours un certain volume, nécessaire à l'opération. D'ailleurs, pour peu qu'on soit gêné, on n'hésitera pas à dépasser, vers le bas, le niveau de l'ombilic.

L'incision faite, la région explorée et l'opération décidée, il faut, avant tout, choisir le point de l'intestin sur lequel on fera porter l'anastomose.

Il est des cas, d'ailleurs assez rares, où par suite de dispositions particulières, et surtout à cause des adhérences, le chirurgien n'a pas le choix, et où il doit faire porter l'anastomose sur la seule partie du tube digestif facilement abordable. C'est ainsi qu'on peut être obligé d'aboucher la vésicule dans le côlon, conseillé par Williet comme le lieu d'élection de l'anastomose. Terrier a même été obligé, dans un cas d'ailleurs suivi de succès, de choisir l'estomac en exécutant une véritable gastrostomie biliaire.

Cependant il est de toute évidence qu'il est préférable de conduire la bile le plus près possible du point où elle se déverse normalement dans l'intestin, c'est-à-dire le plus près possible du duodénum, que le canal cholédoque aborde vers le milieu de sa portion descendante. Sans attacher à la bile un rôle digestif plus important que celui que les expériences les plus récentes semblent lui assigner, il vaut certainement mieux la dériver le plus près possible de l'origine de l'intestin grêle. A plus forte raison s'éloignera-t-on, sauf le cas de force majeure, du côlon, quelle que soit la proximité de l'angle du côlon ascendant et du côlon transverse avec la vésicule. Il est une autre raison qui milite en faveur d'un abouchement haut situé. Plus on s'éloigne du



duodénum, plus l'intestin est riche en colonies microbiennes. Le gros intestin surtout est extrêmement fertile en organismes pathogènes et le coli-bacille s'y trouve mieux que partout ailleurs. Donc plus l'abouchement de la vésicule sera éloigné du duodénum et plus les chances d'infection secondaire de cette vésicule et des voies biliaires seront considérables.

On tâchera donc d'opérer haut. Le duodénum lui-même est évidemment le lieu d'élection de l'abouchement, et c'est dans le duodénum que Terrier, dans sa première opération, parvint à déverser la bile. On n'oubliera pas que le duodénum est profondément situé, relativement immobile et que, en règle générale, l'opération à son niveau est beaucoup plus difficile. Sans doute, lorsqu'il n'y a pas d'adhérences, il est en général possible de l'amener dans la plaie et jusque hors du ventre sans trop de difficultés. Sa première portion se trouve très aisément. Il suffit de se repérer sur l'estomac. Au niveau de la petite tubérosité de celui-ci, le sillon circulaire qui répond au pylore est facile à voir et même à trouver à tâtons, au besoin sans s'aider des yeux.

Quand on tient la première portion du duodénum, il suffit de l'attirer dans la plaie pour y amener en même temps la deuxième portion qu'il est en général possible d'y maintenir assez bien pour pouvoir faire l'anastomose. Mais cela n'est pas toujours commode, et bien souvent le duodénum tend à s'échapper, à retourner dans la profondeur, ce qui peut entraîner toutes sortes d'ennuis et même de complications, s'il vient à se dérober ainsi après avoir été ouvert. Car il n'est pas toujours facile, même avec des pinces, de le maintenir hors du ventre.

Ces difficultés ne sont cependant pas assez grandes pour empêcher la faveur dont jouit l'abouchement duodéno-pancréatique auprès de beaucoup de chirurgiens et en particulier des chirurgiens américains. Sur 22 cas relatés par Murphy (1) et dont 10 lui sont personnels, 20 fois c'est le duodénum qui fut choisi. Le jéjunum ne le fut que deux fois, et, par une coïncidence qui tient sans doute à ce que ces deux cas étaient plus compliqués que les autres, ils furent seuls suivis de mort.

Il me semble cependant incontestable que l'opération sur une anse de l'intestin grêle est incomparablement plus facile. On peut amener celui-ci hors du ventre, le maintenir très commodément, faire ses incisions et ses sutures en toute tranquillité.

Comme je ne pense pas qu'il y ait aucun inconvénient à déverser la bile à 50 ou 60 centimètres au-dessous de l'ampoule de Vater, dans une partie de l'intestin grêle qui est encore très rapprochée de son origine, je ne vois pas pourquoi on accumulerait à plaisir les difficultés, et pourquoi on n'abandonnerait pas systématiquement le duodénum,

(1) MURPHY, Congrès de Rome, 1894 (*Revue de chir.*, 1894, p. 425).

plus difficile et plus dangereux, pour la première partie du jéjunum beaucoup plus simple et à peu près identique au point de vue du bon accomplissement du rôle physiologique de la bile.

J'avoue, à ce propos, qu'il m'est impossible de comprendre comment Delagenière a pu dire dans sa thèse, pourtant très étudiée, que, lorsqu'on abouchera la vésicule avec l'intestin grêle, on ne saura malheureusement jamais à quelle anse d'intestin grêle on aura affaire.

En vérité, rien n'est plus simple que de trouver à coup sûr l'anse grêle la plus propice, la première anse jéjunale. A moins de difficultés exceptionnelles, d'adhérences, etc., on peut aller directement sur elle, du premier coup, les yeux fermés. Il suffit de trouver l'origine du jéjunum et rien n'est plus simple. On sait qu'il commence au point où la portion ascendante, rétro-péritonéale, du duodénum devient libre. C'est là, au point d'insertion du muscle de Treitz, à l'extrémité supérieure du mésentère qu'il faut aller le chercher. Il naît sous le feuillet inférieur du mésocôlon transverse, au point où ce feuillet se réfléchit sur la colonne vertébrale, sur le flanc gauche de cette colonne, presque sur la ligne médiane. Il semble en ce point sortir de la paroi profonde de l'abdomen pour pénétrer dans la cavité péritonéale. Pour le trouver, il suffit, relevant de la main gauche l'épiploon et le côlon transverse, d'aller, en passant sous ce côlon et en suivant le feuillet inférieur de son méso, fouiller avec la main droite la partie profonde de l'abdomen contre le flanc gauche de la colonne vertébrale. On trouve presque immédiatement l'anse jéjunale, qu'on reconnaît à ce qu'elle tient solidement, dans la profondeur, à la paroi postérieure à laquelle elle est comme suspendue. Il ne faut pas s'écarter du mésocôlon, que la main droite doit suivre, sous peine d'aller trop bas se perdre au milieu des anses intestinales. Dès qu'on tient l'origine du jéjunum, rien n'est plus simple que de le suivre pendant cinquante centimètres environ. On a ainsi une anse souple, mobile qu'on ramène par devant le côlon et qu'il est extrêmement facile de maintenir au contact de la vésicule, sans qu'elle tende aucunement à s'échapper dans la profondeur. On aura soin de ne pas faire l'anastomose trop près de l'origine, de façon que l'anse ne soit pas tendue, qu'elle ne tire point la vésicule et qu'elle ne comprime pas le côlon, tout en étant refoulée par lui. J'estime qu'il est suffisant de se porter à cinquante centimètres environ de l'orifice du jéjunum. Dans le doute on ira même un peu plus loin, et je ne vois pas quels inconvénients il pourrait y avoir à faire l'anastomose à soixante-quinze centimètres et même un mètre du duodénum.

L'anastomose de la vésicule avec l'intestin est la partie la plus délicate de l'opération. Les difficultés qui l'accompagnent sont liées en grande partie au volume de la vésicule. Lorsque celle-ci est peu consi-



dérable les difficultés peuvent être grandes. Lorsque au contraire la vésicule est dilatée et que ses parois sont souples, l'opération peut devenir véritablement facile, et ne demander, pour être menée à bien, que quelques minutes à peine. Lorsque la vésicule est d'un volume moyen, ce qui est le cas le plus ordinaire, et celui que je décrirai ici, l'opération est assez simple, pourvu toutefois qu'on ne s'obstine pas à faire l'abouchement dans le duodénum, ce qui peut compliquer les choses.

Le péritoine est soigneusement isolé par des compresses aseptiques de façon à éviter que le contact de la bile ou des matières intestinales puisse l'inoculer. L'anse jéjunale que l'on a choisie est attirée au dehors, soigneusement vidée par expression de son contenu et oblitérée en deux points distants l'un de l'autre de 25 centimètres environ, soit par un lien élastique traversant le mésentère, soit par deux pinces à mors souples et garnis de caoutchouc, soit même par les doigts de l'aide qui tient l'intestin, de façon à arrêter absolument le passage des matières au niveau du point où se fera l'ouverture, sans toutefois risquer de meurtrir les tissus. La vésicule étant attirée autant que possible hors du ventre, on s'assurera qu'elle peut facilement venir au contact de l'anse intestinale, puis on la videra soit par aspiration si elle est un peu volumineuse, soit directement, si on estime qu'il est facile de recueillir son contenu sans s'exposer à souiller le péritoine.

Je pense qu'il vaut mieux la vider ainsi que la conserver pleine et faire les premières sutures sans l'ouvrir. Lorsqu'elle tient à l'intestin on est ensuite beaucoup plus gêné pour l'ouvrir et pour la vider convenablement.

Pour éviter l'effusion de la bile qui continue à affluer par le canal cystique on peut la fermer momentanément avec une pince à mors garnis de caoutchouc. Si la vésicule est un peu grande on pourra l'étreindre ainsi vers sa partie moyenne à quatre ou cinq centimètres de l'ouverture et avoir ainsi une extrémité flottante libre, facile à manier et à suturer.

Il est bien évident que l'incision évacuatrice sera employée pour l'abouchement. On aura soin de la faire sur le fond de la vésicule, au point le plus mobile. Sa longueur, d'ailleurs variable, doit être de deux centimètres environ.

Il s'agit alors de faire les sutures, et de les faire vite. On fera bien d'avoir des aiguilles enfilées d'avance avec de la soie fine. A mon avis les aiguilles les meilleures sont les aiguilles les plus simples, les aiguilles vulgaires, les aiguilles de couturières, droites, à section cylindrique. Elles sont des plus commodes à manier, et à moins d'agir profondément, on bannira le porte-aiguille. On ne fait rien aussi vite ni aussi bien qu'avec ces aiguilles tenues à la main, en se servant au besoin, comme j'ai l'habitude de le faire pour toutes

les sutures intestinales, d'un simple dé à coudre. C'est peu élégant, mais c'est très pratique. C'est ainsi que j'ai agi dans des cas d'entérostomie biliaire et je m'en suis fort bien trouvé : toutes mes sutures ont demandé sept ou huit minutes à peine.

On aura donc, je le répète, plusieurs aiguilles munies d'avance d'un fil de soie assez long, sans préjudice d'une aiguille de Reverdin fine, d'aiguilles à pédale de divers modèles et d'aiguilles courbes qui, au cours de l'opération pourraient dans certains cas être nécessaires. D'ailleurs chaque chirurgien a sous ce rapport ses habitudes et ses préférences. Les meilleurs aiguilles sont celles qu'on manie le mieux.

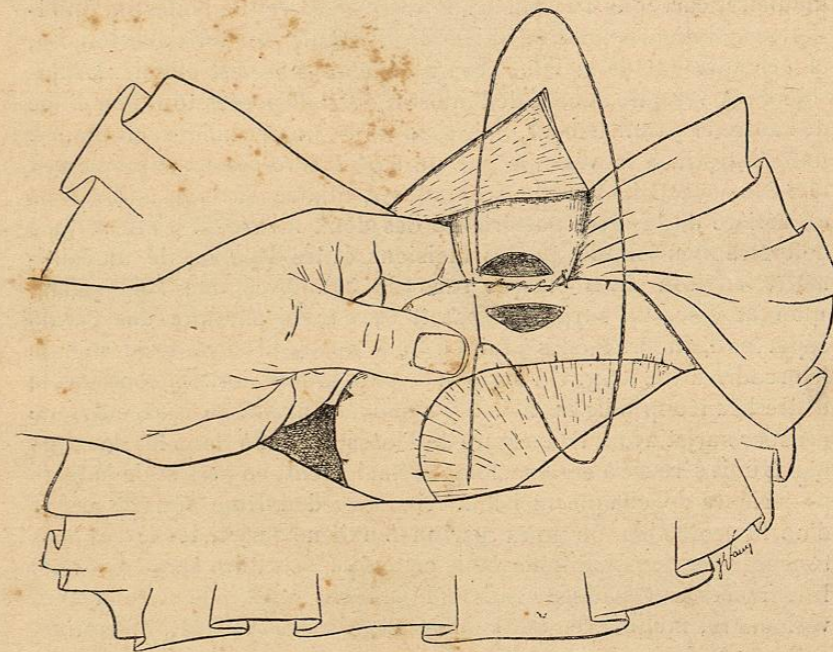


Fig. 33. — Cholécystentérostomie. — Vue générale de l'opération. Exécution de la première suture : surjet séro-séreux unissant le fond de la vésicule à la première anse jéjunale. La vésicule et l'intestin sont représentés ouverts. Mais en réalité la boutonnière vésiculaire est fermée par une pince, et la boutonnière intestinale ne doit être faite qu'après l'achèvement du surjet.

Divers procédés ont été et peuvent être employés pour l'abouchement. Le procédé employé par Terrier, complètement décrit dans la thèse de Delagenière, qui l'appelle : *procédé à un seul rang de sutures séreuses*, me paraît, bien qu'ayant donné un succès à son auteur, devoir être abandonné, comme étant certainement plus difficile et moins sûr que le procédé de Colzi. Celui-ci avec des modifications de détail, d'ailleurs secondaires et qui consistent surtout dans le



remplacement de la suture à points séparés par la suture en surjet, me paraît être, jusqu'à nouvel ordre, le procédé de choix. Je l'ai employé et l'ai trouvé très facile. Il donne certainement, au point de vue de la solidité de l'anastomose et de la permanence de la fistulisation, une sécurité que ne donne pas le procédé de Terrier.

Voici en quoi il consiste : il ressemble d'ailleurs complètement au procédé communément employé pour la gastro-entérostomie (fig. 33). Une incision de 2 centimètres, par exemple, étant faite sur le fond de la vésicule, une incision exactement de même longueur est faite sur l'intestin, au niveau du bord libre et parallèlement à son axe. L'incision parallèle à l'axe de l'intestin est préférable à l'incision perpendiculaire, car, sous l'action des fibres circulaires de l'intestin, l'incision se maintient béante, ce qui facilite la suture pendant l'anastomose, et l'écoulement de la bile, dès que l'anastomose est établie. L'incision de la vésicule et celle de l'intestin sont disposées tout près l'une de l'autre et parallèlement. Saisissant alors une première aiguille, on unit l'intestin à la vésicule par un surjet séro-séreux parallèle aux incisions et accolant les deux organes à quatre ou cinq millimètres en arrière de la lèvre postérieure des deux incisions. Cette suture doit être plus longue que les incisions et les dépasser de un centimètre environ dans chaque sens (fig. 33). Avec une soie solide, quoique fine, un surjet me paraît tout aussi sûr que des points séparés, d'ailleurs faciles à faire avec le même fil si on a eu soin de le prendre assez long. Un surjet a de plus la supériorité incontestable d'être beaucoup plus rapide. Il y a souvent avantage à exécuter ce premier surjet avant l'ouverture de l'intestin. Voilà donc les deux organes unis séreuse à séreuse, longitudinalement, en arrière de la lèvre postérieure de chaque incision. Avec une deuxième aiguille armée d'un fil semblable, on unira, par un deuxième surjet, les lèvres postérieures des deux incisions. Mais cette fois, la suture sera complète. Elle traversera l'épaisseur entière de la lèvre intestinale et de la lèvre vésiculaire, muqueuse, musculuse et séreuse (fig. 34). L'aiguille, entrant de droite à gauche par la muqueuse intestinale, traverse la paroi entière de l'intestin, de muqueuse à séreuse, puis la paroi entière de la vésicule, de séreuse à muqueuse, et sort en traversant de part en part la muqueuse vésiculaire. Les deux lèvres postérieures de l'incision sont ainsi soudées par une suture en surjet, qu'il est facile de faire en moins d'une minute.

La troisième ligne de suture unit cette fois les deux lèvres antérieures. Elle est semblable à la précédente, perforant la paroi entière de chaque organe en accolant les deux séreuses et en arrêtant nettement le pourtour de la fistule (fig. 35).

Cette troisième suture est presque aussi rapide que la précédente. Les deux boutonnières sont dès lors unies par leurs bords, et la cavité vésiculo-intestinale se trouve complètement fermée.

Il ne reste plus qu'à consolider l'anastomose par une quatrième ligne de suture, nouveau surjet qui unit les deux organes, séreuse à séreuse, longitudinalement, à quelques millimètres en avant de la ligne de suture précédente qu'elle déborde de un centimètre environ dans chaque sens, symétriquement à la première ligne de suture (fig. 36).

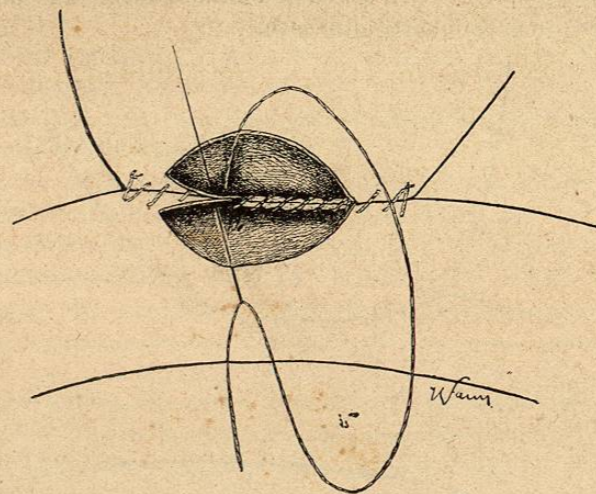


Fig. 34. — Exécution de la deuxième suture : surjet sur la lèvre postérieure des boutonnières vésiculaire et intestinale. Le surjet est à moitié terminé. On voit, à droite et à gauche, les extrémités de la première suture (surjet postérieur).

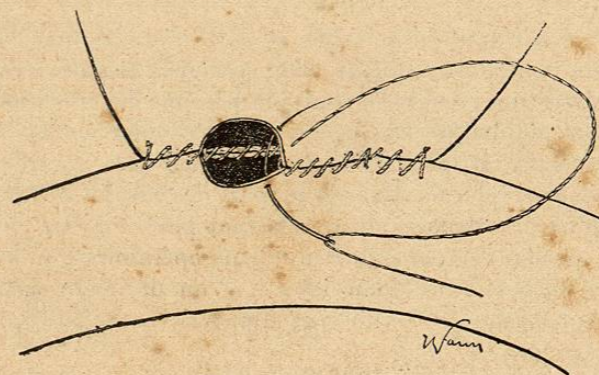


Fig. 35. — Exécution de la troisième suture : surjet sur la lèvre antérieure des boutonnières vésiculaire et intestinale. — Par la partie non encore oblitérée, on aperçoit la deuxième ligne de suture (lèvres postérieures) et, à droite et à gauche, les extrémités de la première suture (surjet postérieur).

La vésicule et l'intestin sont donc, en résumé, unis par quatre lignes de suture, deux intérieures, sur les lèvres de l'incision, qu'elles ourlent et traversent de part en part en les accolant par leurs



faces séreuses, et deux extérieures, l'une en avant, l'autre en arrière, simplement séro-séreuses, qui viennent soutenir les premières et isoler le pourtour de la fistule derrière de solides adhérences.

Un dernier coup d'œil permettra de voir si l'accoulement séro-séreux des deux organes semble parfait. Au cas où ceux-ci sembleraient, en quelque endroit, s'écarter l'un de l'autre, un point séparé comblerait immédiatement la fissure.

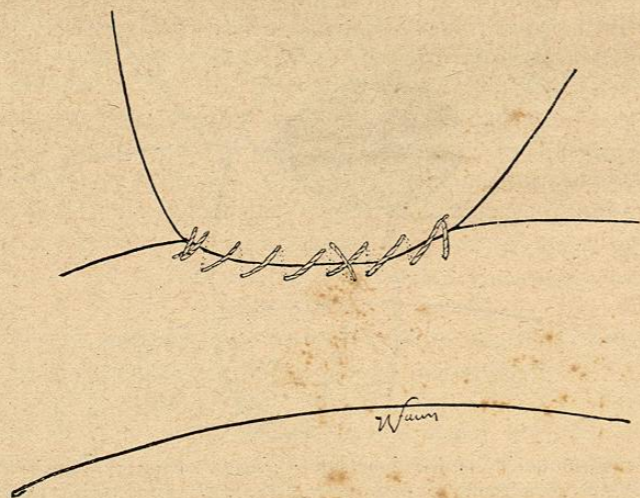


Fig. 36. — L'anastomose est terminée. On aperçoit la quatrième suture (surjet séro-séreux antérieur).

Toutes les surfaces péritonéales et surtout celles qui avoisinent l'anastomose sont alors soigneusement éponnées et nettoyées afin de débarrasser aussi complètement que possible des quelques souillures qui ont pu, malgré les précautions, s'écouler par les boutonnières vésiculaire et intestinale. Puis le tout sera rentré dans le ventre et celui-ci refermé. Dans la plupart des cas, les opérateurs se sont abstenus de drainage et ne semblent pas s'en être plus mal trouvés. Cependant si, par suite d'accidents opératoires, on avait lieu de craindre la possibilité d'une infection, un drainage partant des environs de l'anastomose serait évidemment une sage précaution.

L'anastomose au moyen du *bouton de Murphy* (1), a été faite un certain nombre de fois. Il ne peut être question, bien entendu, que du bouton du calibre le plus réduit. Il est certain que ce procédé peut être excellent. Murphy n'a-t-il pas, au congrès de Rome (2), apporté une statistique de 22 cas dont 10 lui sont personnels et dont les autres

(1) Voy. pour la description du bouton de Murphy et de la façon de l'employer, *Revue de chir.*, 1893, p. 328.

(2) MURPHY, *Congrès de Rome (Soc. de chir.*, 1894, p. 425).

sont dus à ses compatriotes. Sur ces 22 cas, il y a eu 20 succès. Une des morts au moins, due à un volvulus, était indépendante du mode d'anastomose.

Il est bien évident qu'un procédé qui peut fournir une statistique semblable est un bon procédé. Il a cependant des défauts. Dans un cas, Delbet, après avoir mis en place les deux moitiés du bouton, l'une dans la vésicule, l'autre dans l'intestin, fut dans l'impossibilité de les réunir et dut les enlever pour terminer l'opération par les sutures ordinaires. Dans un autre cas, celui de Shepherd, cité par Chaput (1), la vésicule très épaisse fut coupée par le bouton et la mort survint par hémorragie.

Ces cas ne suffisent évidemment pas pour jeter la défaveur sur un procédé qui peut donner les beaux résultats indiqués par Murphy. Mais on pourra toujours lui faire un reproche, celui de nécessiter une instrumentation spéciale, ce qui n'est pas à la portée de tous, et de demander pour être bien faite une certaine expérience. Tout le monde au contraire peut faire des sutures, et les bien faire. Quant à l'économie de temps, je ne pense pas qu'elle soit considérable. Si l'on emploie des sutures en surjet, comme je l'ai conseillé plus haut, on peut aller très vite, et je suis convaincu que dans bien des cas, l'opération par les sutures est plus rapide que par le bouton de Murphy. Mais il faut que tout soit préparé d'avance, ce qu'il est toujours facile de réaliser, et il faut surtout que le chirurgien, réduisant au minimum son instrumentation ne se crée pas lui-même de difficultés inutiles.

J'en dirai autant du procédé de Mayo Robson, qui, pour éviter le rétrécissement ultérieur de la fistule, emploie des bobines en os décalcifié de la grosseur du petit doigt. Une des extrémités se trouve dans la vésicule, l'autre dans l'intestin. La suture se fait par dessus et la bobine disparaît d'elle-même au bout de quelque temps. L'auteur a obtenu par ce procédé, qu'il vante beaucoup, et qui, bien employé, peut avoir du bon, deux succès personnels (2).

Tout récemment Souligoux a fait connaître un procédé nouveau, qui lui a donné sur le chien des résultats excellents (3).

Ce procédé assez compliqué et à la description détaillée duquel je renvoie, permet de faire, après écrasement du fond de la vésicule et de la paroi intestinale, une anastomose par sphacèle, qui ne s'établit que quarante-huit heures environ après l'opération, de sorte que l'intestin n'étant pas ouvert pendant les manœuvres opératoires, les chances d'infection sont très sensiblement diminuées. Ce procédé permet encore d'invaginer le fond de la vésicule dans l'intestin en y constituant une sorte de valvule.

(1) CHAPUT, *Soc. de chir.*, 29 janvier 1896.

(2) MAYO ROBSON, *Congrès de Rome*, 1894, et *Sem. méd.*, 1892, p. 485.

(3) SOULIGOUX, *Presse méd.*, 1896, p. 349 (avec figures).