

Cette invagination est d'ailleurs réalisable par un procédé beaucoup plus simple et que j'ai personnellement décrit (1). Il consiste à faire sur l'intestin, en bonne place, une boutonnière de 2 centimètres et demi environ, dans laquelle on invagine et on suture le fond de la vésicule percé d'un orifice étroit. Théoriquement, cette invagination de la vésicule dans l'intestin s'opposerait à l'infection biliaire, en formant une véritable valvule. Mais peut-être cette valvule n'est-elle pas aussi importante qu'on veut bien le dire et fonctionne-t-elle d'une façon problématique, car sous l'influence du passage des matières intestinales, ce repli muqueux, souple et dépressible, peut parfaitement s'affaisser peu à peu, et même peut-être s'invaginer en sens inverse, en tout cas rester sans effet. Mais ce n'est là qu'une objection aussi théorique que l'affirmation contraire à laquelle on l'oppose.

A côté de la cholécystentérostomie viennent se ranger quelques opérations dont les indications, comme la technique, sont absolument identiques. Telles sont la *cystico-entérostomie*, pratiquée en 1892 par Mayo Robson, et la *cholédoco-entérostomie*, exécutée par Sprengel, Ridet, peut-être par Brun et Hartmann, opérations qui se définissent par leur nom même, mais qui sont des opérations d'exception, souvent faites à l'insu de l'opérateur qui prend les canaux dilatés pour la vésicule elle-même.

##### 5° CHOLÉDOCOTOMIE.

Lorsque l'exploration des voies biliaires (Voy. p. 273) a permis de reconnaître l'existence d'un calcul arrêté dans le cholédoque, lorsque ce calcul trop enclavé n'a pu être refoulé ni dans le duodénum ni dans la vésicule, lorsque, trop dur, il n'a pu être broyé par quelques tentatives prudentes faites à travers les parois, il faut tâcher de l'enlever, et pour l'enlever, inciser le canal cholédoque. Cette *cholédocotomie*, dont les indications ont été déjà discutées en détail (Voy. p. 290), est évidemment l'opération de choix, l'opération idéale, lorsqu'elle est possible. Rétablir le cours normal de la bile est en effet, dans ces conditions, l'opération la meilleure qui se puisse concevoir, et ce n'est que si elle paraît trop difficile ou même impossible, qu'il faudra se contenter des opérations palliatives étudiées plus haut et destinées, soit à remédier à la rétention biliaire et à la cholémie — comme la *cholécystostomie*, soit à conduire dans l'intestin la bile amoncelée au-dessus de l'obstacle, — comme l'*entérostomie biliaire*.

La cholédocotomie n'est pas une opération qu'il soit possible de faire de propos délibéré. Elle nécessite un diagnostic exact, et le dia-

(1) J.-L. FAURE, *Congrès de chir.*, 22 oct. 1897, p. 421.

gnostic d'obstruction calculeuse du cholédoque n'est matériellement possible qu'après l'ouverture du ventre et l'exploration directe de la vésicule et du cholédoque lui-même.

L'incision que l'on emploiera sera donc celle qui semblera indiquée dans le cas particulier pour lequel on interviendra. Si l'on était sûr de n'avoir à pratiquer que la cholédocotomie, l'incision médiane serait évidemment la meilleure, mais comme il est de toute nécessité d'explorer également la vésicule souvent calculeuse elle-même (45 fois sur les 71 observations de Jourdan), on est souvent conduit à pratiquer l'incision qui donne le plus de jour sur la vésicule, c'est-à-dire l'incision sur le bord externe du muscle droit. J'ai moi-même pratiqué sans difficultés une cholédocotomie après incision latérale de 15 centimètres environ et sans débridement transversal. Quoi qu'il en soit, qu'on fasse l'incision médiane ou latérale, ou aura soin de la faire assez grande pour n'être pas gêné et on n'hésitera pas un instant, si la chose paraît utile, à la compléter par une incision transversale coupant le muscle droit, soit en dehors si l'on a fait l'incision médiane, soit en dedans si l'on a fait l'incision latérale. Du jour, de la lumière, et la rapidité dans l'intervention sont des avantages qui compensent largement la possibilité d'une éventration ultérieure.

La voie lombaire, accidentellement employée par Whright, par Mean, par Reboul, qui abordèrent ainsi la vésicule prise pour un rein flottant ou une hydronéphrose, a été étudiée par Tuffier (1), qui a constaté par des expériences précises qu'elle pouvait donner accès sur le cholédoque lui-même. Mais il s'agit là d'une opération déjà très difficile sur le cadavre et que je crois avec Quénu, Michaux, Routier et la plupart des chirurgiens, à peu près impraticable sur le vivant, d'autant plus qu'ainsi que je le disais au début, pour la pratiquer de propos délibéré il faudrait, au préalable, avoir porté un diagnostic précis et presque mathématique, ce qui n'est possible que lorsqu'on a déjà exploré les voies biliaires par la laparotomie antérieure.

Bien que cette opération ait l'avantage de ne pas intéresser le péritoine, je crois donc avec tous les chirurgiens, avec Tuffier lui-même, qu'il faut considérer ces intéressantes expériences comme indiquant simplement une voie possible d'accès vers le cholédoque, le duodénum et la tête du pancréas dans certains cas très exceptionnels, sans aucune prétention à substituer la voie lombaire à la voie antérieure, qui lui est incontestablement préférable.

Lors donc qu'une incision, médiane ou latérale, en tout cas suffisante, aura donné accès dans la région, on explorera minutieusement les voies biliaires, et l'on sait combien cette exploration est délicate, et même difficile, surtout dans les cas où des adhérences viennent modifier complètement l'aspect de la région qui ne présente plus rien

(1) TUFFIER, *Soc. de chir.*, 15 mai 1895.



de ce qu'enseigne l'anatomie normale (voir p. 275). C'est encore le doigt qui sera le meilleur guide, et une induration localisée dans la région du cholédoque pourra seule permettre, lorsqu'on la sentira nettement, de porter un diagnostic ferme.

Encore faudra-t-il éviter de confondre cette induration avec un ganglion ou un néoplasme de petit volume.

La ponction avec une aiguille, en permettant de sentir le calcul, donnera une certitude complète.

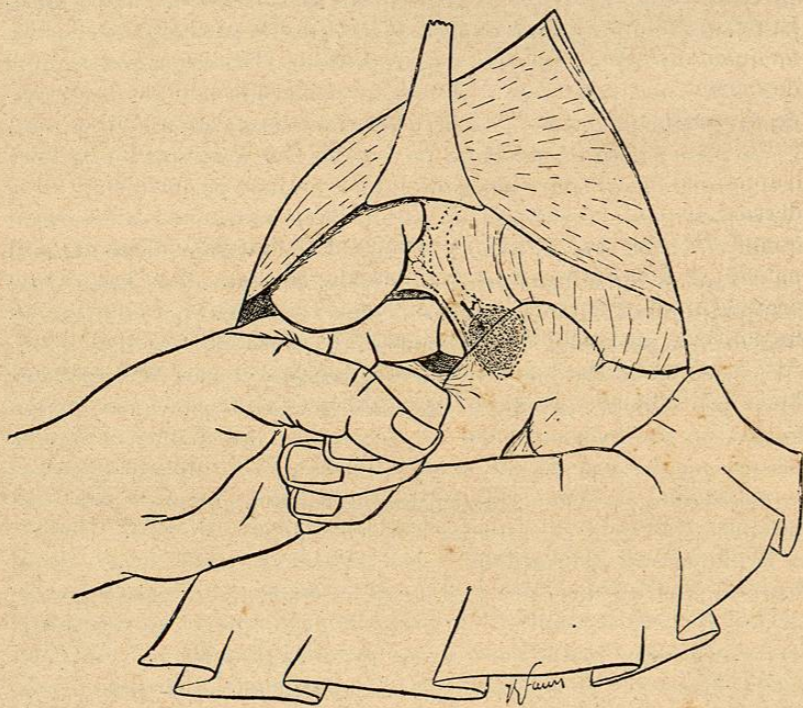


Fig. 37. — Cholécotomie. — Vue générale de l'opération : un écarteur soulève le foie. L'index gauche engagé dans l'hiatus de Winslow et recourbé en crochet derrière l'épiploon gastro-hépatique, amène en avant cet épiploon et le duodénum. Dans l'épaisseur de cet épiploon, sous son feuillet antérieur, on aperçoit en pointillé le canal cystique et le canal cholédoque dilatés. Un calcul remplit l'extrémité inférieure du cholédoque. L'incision destinée à l'extraire sera faite en I sur le calcul, au-dessus du duodénum, parallèlement au canal, loin de la veine porte qui est située dans la profondeur, derrière le canal. L'incision sera au besoin agrandie vers le bas en attirant le duodénum en bas et en dedans.

Lorsqu'on a acquis la conviction et, ce qui vaut mieux, la certitude de la présence d'un calcul dans le cholédoque, il faut inciser le canal. Lorsque le calcul siège dans la *portion sus-duodénale*, l'opération n'est pas trop difficile. La veine porte, on le sait, se trouve en arrière et à gauche du canal qui se trouve couché sur elle, à droite de l'artère hépatique; or, comme on aborde le canal en avant et à droite,

c'est-à-dire du côté opposé à la veine porte, il ne faut pas en avoir trop peur, et de fait, dans les observations déjà nombreuses qui ont été publiées, elle n'a jamais été blessée. Ce qui peut être blessé et saigner, ce sont des veines irrégulières, mais abondantes, qui vont pour la plupart aborder la partie supérieure du duodénum en passant en avant du cholédoque. Ces veines peuvent momentanément saigner, mais l'hémorragie s'est toujours assez vite arrêtée et n'a jamais eu de conséquences graves.

Heureusement, dans les cas pathologiques, le cholédoque est dilaté. Et puis le calcul est là et sa présence est précieuse. C'est en effet *sur lui* qu'on incisera, et puisqu'il est, comme le canal, en avant et à droite de la veine porte, tant qu'on incisera sur lui on ne pourra pas blesser ce vaisseau redoutable.

Pour inciser facilement sur le calcul il faut qu'il ait un point d'appui. Il faut donc absolument le soutenir avec l'index glissé derrière lui. Quand l'hiatus de Winslow est libre, cela est assez facile; quand il est oblitéré, cela l'est moins, mais il faut doucement, patiemment, se frayer, du bout de l'index qui ne peut blesser aucun organe important, un chemin à travers les adhérences jusque derrière le calcul, qu'on soulève ainsi, qu'on attire en avant, quelquefois jusqu'à l'extérieur, et qui, grâce à sa résistance, permettra d'inciser facilement le cholédoque (fig. 37).

Une fois le canal ouvert, avec des pinces, une curette, une sonde cannelée, un petit crochet, avec l'instrument qui, en un mot, paraîtra le plus commode, on enlèvera le calcul, puis avec une bougie on explorera le canal vers le duodénum et vers la vésicule, de façon à s'assurer de sa perméabilité. Il est quelquefois tellement dilaté, qu'on y peut introduire l'index.

Quand le calcul siège dans la *portion rétro-duodénale* du cholédoque, les choses se compliquent. Si on peut le faire remonter au-dessus du duodénum, l'opération sera semblable à celle que je viens de décrire. Mais s'il est fixe et qu'il soit impossible de le mobiliser, il faut arriver jusqu'à lui. Les observations de cette nature sont jusqu'à présent fort rares et les quelques chirurgiens qui sont parvenus à extraire des calculs dans ces conditions, l'ont fait par des procédés un peu différents, évidemment inspirés par les conditions anatomiques dans lesquelles ils se trouvaient. Arbuthnot Lane a sectionné le péritoine sur le bord supérieur du duodénum, abaissé et écarté vers le bas la première portion de cet organe et incisé le cholédoque. Czerny pénétra derrière le duodénum et parvint sur le calcul en déchirant des adhérences qui recouvraient le pylore et la première portion du duodénum. Terrier, « plaçant les doigts de la main gauche un peu en arrière et au-dessous de la tête du pancréas, incisa directement sur le calcul et ouvrit le canal cholédoque ». J'ai moi-même enlevé un gros calcul de l'ampoule de Vater par une manœuvre identique. Dans



un autre cas, Terrier incisa d'abord le duodénum. Cette incision longitudinale montra que le calcul, absolument immobilisé, était situé juste au-dessus de l'ampoule de Vater. L'index recourbé en crochet et placé dans le duodénum, put reporter en haut d'abord, puis en avant, la face postéro-interne de l'intestin, au-dessus de laquelle siégeait le calcul, et le cholédoque fut incisé parallèlement à son axe (1). J'ai déjà dit plus haut (Voy. p. 289) comment Mac Burney et Kocher, ne pouvant écarter le duodénum, l'incisèrent, et allèrent, à travers sa paroi postérieure, en sectionnant la muqueuse sur l'ampoule de Vater, extraire le calcul qui y était enclavé. C'est une sorte de *cholédocotomie interne* après *duodénotomie*.

Il n'est donc pas encore possible, à cause du très petit nombre d'observations, de donner sur ce point des règles précises. Il est d'ailleurs évident qu'il n'y en a pas, et que suivant le point où le calcul fera une saillie plus marquée, il faudra aborder le cholédoque en passant soit au-dessus, soit à droite, soit même au travers du duodénum.

Quand le calcul est enlevé, que faut-il faire? Si le cholédoque paraissait oblitéré et qu'il fût impossible de le désobstruer, il faudrait absolument dériver le cours de la bile pour éviter son irruption dans le ventre, la cholécystentérostomie, la cholédoco-entérostomie, en cas de dilatation considérable du cholédoque, ou mieux la simple cholécystostomie seraient alors pratiquées. Cette dernière est préférable comme plus simple, et pouvant guérir spontanément, si, à la suite d'un cathétérisme heureux ou par toute autre cause, le cours normal de la bile vient à se rétablir ultérieurement. Si l'on s'est assuré par le *cathétérisme*, qui est ici *indispensable*, de la perméabilité du cholédoque, faut-il suturer le canal? La suture a été faite tantôt à la soie, tantôt au catgut et de mille manières, points séparés, surjets, simple, double et même triple étage de sutures. Cela dépend absolument de la dimension, de la profondeur de la plaie du cholédoque et de l'état des lèvres qui la limitent (2). D'ailleurs, cette suture si pénible est en général inutile, et Quénu, avec d'autres chirurgiens, la juge même nuisible. Il lui reproche de favoriser l'étranglement du cholédoque, l'obstruction biliaire, et des accidents qui ne guérissent précisément que lorsque la suture vient à céder. Un drainage bien fait, avec un drain en caoutchouc et de la gaze stérilisée, conduira la bile au dehors, et cette fistule biliaire se fermera rapidement toute seule. Cette proscription absolue de la suture est peut-être un peu sévère. En tout cas les guérisons de cholédocotomie sans sutures sont nombreuses; plus nombreuses peut-être même que les guérisons après suture, et il est bien certain que si, lorsque le cholédoque est dilaté et la suture facile, il peut être avantageux de la tenter, on ne

(1) Voir Thèse de Jourdan, p. 152.

(2) QUÉNU, *Soc. de chir.*, 1<sup>er</sup> déc. 1897.

devra en aucun cas s'obstiner à faire une suture longue et difficile, et qui serait, dans ces conditions, plus nuisible qu'utile.

Il va sans dire que, étant donnée l'imperfection presque constante de la suture, lorsqu'on la fait, la bile passe à peu près toujours. Il est donc formellement indiqué de drainer pendant quelques jours. Une fistule biliaire se forme qui ne tarde pas, en général, à se fermer spontanément après quelques semaines. Cette fistule biliaire temporaire est la suite presque obligée de toute cholédocotomie.

Mais en dehors des accidents péritonéaux il peut y avoir des complications un peu particulières. Socin a failli perdre une malade d'hémorragie; il ne la sauva qu'en rouvrant le ventre, enlevant les caillots et tamponnant le foyer. Le sang a pu refluer par la fistule cutanée, et Quénu a perdu une malade à la suite d'une hémorragie intra-caniculaire ayant amené une rétention biliaire absolue.

Les résultats éloignés des opérations qui sont encore récentes, sont bons, au moins jusqu'ici. Un certain nombre de malades ont été revus après un temps variant de six mois à quatre ans, sans récurrence aucune et en parfait état de santé.

Les opérations de *cholédocostomie* (1) et de *cholédoco-entérostomie* (Sprengel, Riedel) ne diffèrent en rien des opérations analogues faites sur la vésicule. Ce sont des opérations d'exception et même de hasard, dans lesquelles le cholédoque, énormément dilaté, a été généralement pris pour la vésicule et traité comme tel.

(1) TERRIER, *Revue de chir.*, déc. 1893, p. 81.