

fait preuve d'une solidité suffisante¹. Par contre, on ne saurait nier le danger que fait courir l'ouverture de la cavité abdominale. D'autre part, on devra prendre en considération la persistance habituelle d'une fistule biliaire à la suite de l'opération.

L'opération elle-même ne diffère pas de celle que nous avons décrite à propos des kystes à échinocoques. On incise la paroi abdominale, et l'on suture hermétiquement sur une certaine étendue la paroi de la vésicule aux bords de la plaie. Puis on ouvre la vésicule, on évacue son contenu et l'on y introduit un drain.

Les chirurgiens ne sont pas d'accord sur le procédé à employer pour l'ouverture de la vésicule. Nous conseillons de faire toujours une longue incision des parois abdominales permettant d'introduire plusieurs doigts ou la moitié de la main ou même toute la main dans un but de diagnostic ; en outre nous sommes d'avis de pratiquer l'incision non pas sur la ligne médiane, mais au niveau de la plus forte convexité de la tumeur, procédé que nous suivons toujours maintenant lorsque nous avons affaire à des tumeurs abdominales de nature douteuse ; le danger d'hémorragie, lorsqu'on lie avec soin les vaisseaux, est aussi peu à craindre que celui d'une hernie ventrale consécutive à l'opération. D'autres chirurgiens préfèrent, par contre, l'incision sur la ligne médiane. Le kyste est ponctionné et vidé en partie, puis attiré dans la plaie au moyen de l'instrument qui a servi à la ponction ; enfin, une partie de la paroi de la vésicule est réunie par des sutures à la plaie des parois abdominales qui est elle-même suturée partiellement. Une question moins importante est celle de savoir si l'on doit inciser immédiatement la vésicule ou ne l'ouvrir qu'au bout de quelques jours. L'incision immédiate exige une suture très exacte. L'extraction des calculs offre parfois des difficultés ; on ne parvient pas toujours à les retirer au moyen de pinces et de curettes, et souvent on n'arrive au but que par des lavages de la vésicule, ou en faisant couler le malade du côté de la plaie comme dans l'opération de l'empyème. (TRENDELENBURG, WITZEL). Il importe beaucoup de porter particulièrement son attention sur les concrétions qui bouchent le canal cystique et d'en faire l'extraction. Dans ce but on doit introduire les doigts et soumettre à un examen scrupuleux la région de ce conduit.

Nous avons démontré dans les lignes précédentes que l'on pouvait évacuer avec succès, à l'aide d'une incision, les tumeurs par rétention de la vésicule biliaire. Par contre, jusqu'ici, il n'a pas été possible de faire disparaître aussi sûrement les inconvénients qui résultent d'une **occlusion persistante du canal cholédoque**. Nous savons que cette occlusion peut être produite : 1° par des corps étrangers (calculs, entozoaires, etc.) ; 2° par des processus inflammatoires à l'intérieur et autour du conduit ; 3° par des néoplasmes développés dans le canal lui-même ou exer-

1. Suivant une communication récente, LAWSON TAIT a pratiqué déjà 30 fois la cholécystotomie et n'a perdu qu'un seul opéré. Il conseille également de suturer la vésicule aux bords de la plaie abdominale (*British med. journ.* nov. 1886).

(Note du trad.)

gant sur lui une pression. Tandis que ces derniers cas ne sont guère justiciables d'une intervention chirurgicale, il n'en est pas de même des premiers dans lesquels l'occlusion et ses conséquences constituent toute la maladie ; il vaut certainement la peine de tenter ici une opération, puisque le malade est voué à une mort certaine par intoxication cholémique résultant de la rétention de la bile. Nous n'avons pas à insister ici sur les symptômes de cette maladie, sur la coloration de plus en plus marquée, d'abord jaune et finalement bronzée des téguments, sur la démangeaison insupportable qui tourmente le malade, sur la perte des forces et de la digestion, sur les signes divers d'intoxication du sang (ecchymoses, œdème, anasarque), sur les troubles cérébraux qui précèdent la mort. Tous ces symptômes se trouvent longuement décrits dans les traités de pathologie interne. Si l'on veut intervenir dans ces cas, on doit bien se garder de différer trop longtemps l'opération. Une incision exploratrice est en tout cas toujours justifiée ; elle peut, du reste, conduire à la guérison lorsqu'elle révèle l'existence, dans le canal cholédoque, d'un calcul que l'on réussit à refouler soit dans la vésicule, soit dans le duodénum. Mais s'agit-il des autres obstacles signalés plus haut, on ne peut espérer la guérison qu'en rétablissant directement la perméabilité du canal cholédoque, ou en créant une nouvelle voie d'écoulement de la bile dans l'intestin. Le premier procédé consistant à rendre le conduit de nouveau perméable, par exemple, par l'introduction d'une sonde, ne pourra sans doute jamais être utilisé à cause des dangers d'une pareille intervention, de l'accès difficile du canal, et enfin de la nature des processus qui en ont déterminé l'occlusion. L'autre méthode de traitement, dont NUSSBAUM a eu le premier l'idée, a donné un bon résultat dans un cas traité avec beaucoup de patience par WINIWARTER ; cette méthode consiste dans l'établissement d'une fistule entre la vésicule biliaire et une partie de l'intestin grêle voisine du duodénum. Le procédé opératoire est le suivant : la vésicule est d'abord vidée par ponction à l'aide d'un trocart ; deux jours plus tard, on fait une incision longitudinale à la limite interne de la tumeur formée par la vésicule modérément remplie, que l'on met à nu ainsi que l'intestin. Si la palpation ne révèle pas d'obstacles (concrétion, tumeur), on réunit la vésicule à l'intestin par une couronne de points de suture sur une étendue d'environ 2 centimètres carrés, puis on fixe dans la plaie les deux parties ainsi suturées. Le cinquième jour, on ouvre l'intestin, on divise la cloison qui sépare l'intestin de la vésicule, on borde de points de suture l'orifice de communication ainsi établi ; enfin on ferme la plaie de l'intestin. Lorsque la vésicule contient des calculs, il faut naturellement d'abord extraire ces derniers par une incision.