

III

Entérostomie biliaire.

MESSIEURS,

Les anastomoses entre la vésicule biliaire et l'intestin, établies pour obvier aux obstructions du canal cholédoque, sont encore peu pratiquées. Aussi me paraît-il opportun de vous communiquer une observation de cholécysto-entérostomie, nom bien compliqué et que je remplacerai volontiers par celui d'entérostomie biliaire. Le cas, déjà fort instructif par lui-même, puise un nouvel intérêt dans ce fait que mon opéré a été examiné par douze au moins de nos collègues les plus éminents en médecine et en chirurgie; sans doute, ils seront heureux de savoir ce qu'est devenu leur malade.

Il s'agit d'un Portugais de trente-six ans qui vint, de Lisbonne, me consulter le 23 mai de l'année courante et que j'examinai le jour même, avec l'assistance du D^r Cettinger. La maladie avait débuté au mois de septembre 1891 par des troubles digestifs accusés, des douleurs après le repas, vives surtout à l'épigastre et dans l'hypocondre gauche. Mais leur caractère n'a rien de précis et ne semble jamais avoir revêtu la forme d'une colique hépatique. Les souffrances persistèrent avec

quelques rares intermittences pendant plusieurs mois. En février 1892, elles se compliquent d'un ictère. Celui-ci se fonce de plus en plus. Il n'y a pas de fièvre, mais un amaigrissement progressif, une grande faiblesse et des démangeaisons insupportables. Ces phénomènes s'accroissent en mars, en avril et en mai. A ce moment, son très distingué médecin, le D^r Ferras de Macedo, qui craignait un cancer de la tête du pancréas, envoie le malade à Paris, où nous constatons l'état suivant :

L'ictère est intense, et tel, qu'il est difficile d'en voir de plus accusé; les sclérotiques sont d'un jaune brun, les téguments d'une teinte acajou; les démangeaisons sont intolérables; le malade se gratte sans cesse et la peau est recouverte d'une éruption généralisée de prurigo. Les matières fécales sont décolorées, boueuses et d'une odeur infecte; les urines, remplies de pigment biliaire, contiennent un peu moins d'urée et 32 centigrammes d'albumine. Le foie est énorme; il mesure 23 centimètres sur la ligne médiane, 28 sur la ligne mamelonnaire; sa surface régulière, de résistance normale, sans fluctuation, forme une voussure accentuée à l'épigastre; le rebord en est moussé, et nulle part la palpation ne révèle la présence de la vésicule biliaire; la rate est normale, les principaux viscères sont sains. L'appétit est conservé, mais la digestion est pénible; elle s'accompagne de pesanteur et d'irradiations douloureuses dans l'hypocondre gauche.

Il s'agissait évidemment d'un ictère par rétention, et nous pensons à une occlusion du cholédoque soit par un cancer du pancréas ou des voies biliaires, soit par un

calcul, soit même par une tumeur de voisinage. Notre malade eût voulu un diagnostic plus précis, et goûta fort notre avis de voir quelques-uns de nos collègues ou de nos maîtres. Il en usa largement : le 25 mai il consulte le professeur Bouchard qui confirme nos réserves, tout en penchant vers l'hypothèse d'un cancer du pancréas ; le 1^{er} juin, il appelle M. Hanot qui incline plutôt vers un calcul ; le 14 juin, il voit M. Dieulafoy qui partage cette dernière opinion ; le 18 juin, une même consultation réunit MM. Hanot, Périer, Cettinger et moi. Nous concluons à la nécessité d'une laparotomie exploratrice qui, selon nous, ne sera que le premier temps d'une opération plus complexe : cholédochotomie ou entérostomie biliaire. Notre Portugais réclame alors un supplément d'information : il réunit son dossier qui renferme les avis de MM. Bouchard, Dieulafoy, Hanot, Cettinger, Périer et nous, et part pour l'Allemagne.

A Strasbourg, le professeur Naunyn conclut à une cirrhose et déconseille toute opération ; à Heidelberg, Kussmaul prononce aussi le mot de cirrhose ; il trouve que la rate est grosse, accident passager sans doute, car personne de nous ne l'avait constaté avant le départ et ne le constata au retour ; il s'oppose à l'intervention chirurgicale. Czerny n'est pas du même avis ; il admet une cirrhose secondaire et consécutive à une obstruction du cholédoque et, comme nous, propose une laparotomie exploratrice que suivra certainement une incision du cholédoque ou une entérostomie biliaire. Mais il devait revenir sur cette opinion et, au bout de quinze jours, lorsque le malade se dispose à regagner Paris, Czerny signe une consultation nouvelle où il conclut à l'absten-

tion : pour lui, la déchéance organique est telle, qu'il y aurait danger à intervenir.

Le 15 juillet, retour à Paris ; le 18, nous voyons le malade avec MM. Bouchard, Périer et Cettinger. M. Bouchard incline de plus en plus vers le diagnostic de cancer du pancréas ; le 22, consultation de MM. Périer, Terrier et Cettinger ; M. Terrier se rallierait volontiers à l'hypothèse de M. Bouchard, mais conseille néanmoins la laparotomie, suivie, selon le cas, de cholédochotomie ou de cholécysto-entérostomie. Le malade ne peut s'y décider et suit, sous la direction de M. Bouchard, un régime à la glycérine, aux peptones et au benzonaphthol. Il y eut d'abord un léger amendement ; mais le foie reste aussi volumineux, la diarrhée aussi tenace, les douleurs épigastriques ne s'apaisent pas, et enfin, le 8 août, apparaît un signe qui éveille les inquiétudes : la température monte à 39 degrés sans frisson, il est vrai, et sans autre symptôme que la hausse thermométrique. Le soir, du reste, la colonne mercurielle redescendait à moins de 37 degrés.

Le 10 août, lorsque M. Bouchard revient, il constate l'inefficacité des moyens médicaux ; les symptômes d'obstruction ne font que s'accroître, mais comme d'autre part l'appétit est conservé, comme le coefficient de l'urée est normal d'après les dernières analyses, comme, depuis quelque temps, le poids du malade n'a pas varié, comme on a reconnu, par plusieurs expériences, l'absence de glycosurie alimentaire, M. Bouchard croit un peu moins au cancer et un peu plus au calcul ; il se prononce alors pour l'opération, que le malade accepte, grâce à cette haute influence, et nous

la pratiquons le 13 août. M. Périer nous avait promis son concours, mais il avait dû s'absenter de Paris, et c'est notre collègue, M. Chaput, qui voulut bien nous servir à la fois d'aide et de conseil.

Une incision de 14 centimètres environ est pratiquée sur la ligne médiane, 7 centimètres au-dessus, 7 centimètres au-dessous de l'ombilic; nous arrivons sous le foie, énorme et d'une couleur brune très foncée; sous son rebord mousse apparaît la vésicule biliaire; son volume dépasse les deux poings, et comme elle est rejetée en dehors, nous devons, pour l'atteindre, nous donner du jour et, à notre incision verticale, ajouter un débriement transversal. La vésicule et le canal cystique, explorés du doigt, sont libres; mais le cholédoque, vers la tête du pancréas, est nettement oblitéré par une tumeur, sans doute un calcul, du volume d'une noix. Il est si enclavé et si profondément situé, que son extraction nous paraît impossible. Nous cherchons alors le duodénum, peu accessible aussi, et nous voyons qu'on ne saurait le rapprocher de la vésicule. Il en est de même de la première anse jéjunale; aussi prenons-nous une anse grêle quelconque, qui puisse, sans traction dangereuse, être mise en contact avec la vésicule.

Nous ponctionnons avec une aiguille de Dieulafoy la vésicule isolée des organes voisins par des compresses stérilisées: la bile, sirupeuse, noire comme du goudron, s'écoule avec peine d'abord, puis elle devient plus fluide et nous en retirons ainsi 480 grammes. C'est alors que nous nous mettons en mesure de pratiquer l'entérostomie: une première rangée de sutures séro-séreuses est

placée, d'une part sur la vésicule, perpendiculairement à son axe, et le plus près possible de son fond, d'autre part sur l'intestin, parallèlement à son axe et le plus près possible de son insertion mésentérique; 6 points séparés à la Lembert sont ainsi passés avec l'aiguille à pédale de Chaput; puis une deuxième rangée séro-séreuse, absolument identique, à un centimètre au-dessus de la première. Vient alors le deuxième temps, l'incision de l'intestin et de la vésicule; cette double boutonnière, de 1 centimètre et demi, est faite à 1 centimètre au-dessus de la dernière ligne de suture, et les lèvres de la plaie saignante sont saisies avec les pinces à crémaillère.

Un étage de sutures muco-muqueuses unit les lèvres postérieures de la boutonnière intestinale et de la boutonnière de la vésicule; les fils en sont noués dans la lumière des deux conduits. Nouvelle rangée muco-muqueuse sur les deux lèvres antérieures, mais nouée cette fois hors de la lumière de l'intestin. Nous pratiquons alors une cinquième ligne de sutures, mais, celle-ci, séro-séreuse et identique aux deux premières; elle est située à 1 centimètre au-dessus de la double boutonnière; nous en aurions voulu une sixième, mais l'étoffe manque du côté de la vésicule, et nous nous contentons de placer çà et là quelques points de renfort. La toilette du péritoine est pratiquée avec des éponges sèches; nous suturons la paroi abdominale et le malade, rapporté dans son lit, ne doit prendre dans la journée que de la glace et quelques cuillerées de grog.

Le samedi soir, le dimanche furent excellents, et jusqu'au lundi matin la température ne dépassa pas 37 de-

grés. Dans l'après-midi, l'opéré fut pris tout à coup d'un violent frisson avec claquement de dents et la colonne mercurielle dépassa 40 degrés. Je trouvai l'opéré faisant ses adieux à sa famille et j'eus peur. Cependant le ventre restait souple; il n'y avait pas de douleur, pas de vomissements; le soir, la température redescendait à 38 degrés, à 37 degrés le mardi matin; vers deux heures, il survint un nouveau frisson, mais moins intense que la veille et ce fut notre dernière alerte; le mercredi, selle abondante; l'apyrexie était complète: au septième jour j'enlevai les fils, la réunion était obtenue; le quinzième jour le malade se levait. Le succès opératoire était donc superbe.

En était-il de même du succès thérapeutique? Un premier bénéfice, c'est que, dès l'intervention terminée, la démangeaison se calma; le malade qui, sur le lit d'opération, se grattait sans mesure, même au début de la chloroformisation, remarqua, presque au réveil, que le prurit avait cessé. Dès les premiers jours aussi, l'albuminurie disparut; puis l'urine se décolora; au quatrième jour le pigment biliaire était beaucoup moins abondant et il n'y en eut bientôt plus de trace. L'appétit revint et, le septième jour, le foie, qui, avant l'intervention, mesurait 28 centimètres sur la ligne mamelonnaire, n'en avait plus que 17. Mais il restait un point noir: les premières selles avaient bien pris une certaine coloration et on y apercevait çà et là les stries vertes de la bile, mais la sécrétion biliaire était fort diminuée, et le 31 août, 18 jours après l'intervention, lorsque M. Bouchard revint voir le malade, il constata que le bol fécal était trop abondant, la digestion incomplète, les matières

encore décolorées et boueuses; il se demanda si les cellules hépatiques n'avaient pas été en partie détruites par cette obstruction totale qui avait persisté près de 11 mois: le pronostic demeurait en suspens.

Mais aujourd'hui, plus de trois mois et demi après notre intervention, nos craintes se sont dissipées et la situation est excellente. Notre collègue Sabourin, dont on connaît la compétence spéciale pour tout ce qui a trait au foie, nous écrit que les selles sont normales, moulées, colorées; l'appétit est bon, le foie ne dépasse pas les fausses côtes, la teinte des téguments est comme avant la maladie, et l'opéré a regagné 11 kilogrammes, atteignant à peu près son poids primitif. Il ne se plaint, en définitive, que d'une douleur épigastrique qui revient parfois après les repas et que fait disparaître la position horizontale. En fait, ajoute M. Sabourin, M. de M... « vit de la vie commune à tous les gens bien portants ».

Je voudrais insister sur quelques points de cette observation: d'abord s'agit-il bien d'un calcul? M. Terrier, a contesté notre diagnostic et sa solide argumentation avait, je l'avoue, quelque peu ébranlé ma confiance; je me demandais si l'exploration digitale ne m'avait pas leurré, et si je n'avais pas pris un cancer de la tête du pancréas pour un calcul du canal cholédoque. Mais, depuis, j'ai fait quelques recherches sur ce sujet intéressant, j'ai relu mes classiques, en particulier le remarquable mémoire de Bard et Pic, j'ai eu la bonne fortune de recevoir communication d'une autopsie fort démonstrative, et cette nouvelle enquête m'a beaucoup rassuré sur le sort de mon malade.