

ARTICLE V

I. — OPÉRATIONS SUR LA VÉSICULE BILIAIRE.

Comme la plupart des opérations intra-abdominales, la cholécystotomie n'a guère été pratiquée que depuis une douzaine d'années; cependant l'opération avait été conseillée par J.-L. Petit dans un mémoire communiqué, en 1743, à l'Académie royale de chirurgie. J.-L. Petit n'acceptait l'opération que s'il existait des adhérences entre la vésicule et la paroi; Bloch, en 1774, Richter, en 1798 proposent de provoquer la formation de ces adhérences. La période moderne date des travaux de Thudicum qui, en 1859, formula les préceptes qui ont guidé les chirurgiens dans la pratique de cette opération. Il conseille d'ouvrir la paroi abdominale au-dessous des fausses côtes et d'introduire le doigt pour explorer la vésicule. Si on sent qu'elle renferme des calculs, on fixe la vésicule aux bords de la plaie abdominale par quelques points de suture; quelques jours après on ouvre la vésicule et l'on retire les calculs.

Les premières opérations ont été, comme cela se rencontre assez souvent, le résultat d'erreurs de diagnostic. Bobbs, qui opéra avec succès en 1867, croyait avoir affaire à un kyste de l'ovaire; Köcher, en 1878, opérait pour un rein flottant et guérit également sa malade. Marion Sims le 18 avril 1878 fit l'opération de propos délibéré sur une femme malade atteinte d'obstruction du canal cholédoque. L'opérée succomba quelques jours après.

On pratique l'incision de la vésicule ou cholécystotomie; ou par une opération plus radicale on retranche la vésicule elle-même: cholécystectomie; enfin on a cherché, en cas d'oblitération du canal cholédoque, à établir une fistule entre l'intestin et la vésicule.

1° CHOLÉCYSTOTOMIE. — *Incision de la paroi abdominale.* — Elle a quelquefois été faite sur la ligne blanche; Bœckel l'a faite parallèlement aux fausses côtes; la plupart des opérateurs préfèrent avec raison une incision verticale, parallèle à la ligne blanche, pratiquée en dehors du bord externe du grand droit de l'abdomen.

L'incision est faite avec les précautions usitées dans la laparotomie. On rencontre un peu plus de vaisseaux que sur la ligne blanche aussi faut-il avoir soin de faire une hémostase bien complète avant d'ouvrir le péritoine.

Ouverture de la vésicule. — L'ouverture de la vésicule se fait suivant deux méthodes; ou bien immédiatement après l'incision de la paroi (opération en un seul temps), ou bien quelques jours après (opération en deux temps). Dans l'opération en un seul temps, le chirurgien incise la vésicule en prenant naturellement les plus grandes précautions pour éviter le passage de la bile dans la cavité péritonéale; après quoi, il suture aux bords de la plaie abdominale, les bords de la plaie vésiculaire. On préfère assez souvent suturer tout d'abord la vésicule intacte aux bords de la plaie, après quoi on procède à son ouverture deux ou trois jours après et même dix jours, comme l'a fait Kœnig. On a proposé, pour empêcher la bile de s'infiltrer par chaque trou d'aiguille, de ne comprendre dans la suture que la paroi externe de la vésicule; on s'exposerait alors à un autre danger, celui de voir la suture déchirer des tissus trop minces. On peut combiner les deux procédés: faire la suture de la paroi complète de la vésicule et une fois les sutures placées, ponctionner avec un trocart mince aspirateur pour enlever l'excès de tension; l'ouverture large ne se faisant qu'après quelques jours.

Évacuation du contenu. — Il ne suffit pas d'ouvrir la vésicule, il faut encore la vider des calculs qu'elle peut renfermer. On introduit le doigt, ou une pince, et l'on retire les calculs mobiles; on peut s'aider d'une injection faite avec un peu d'eau alcoolisée. Si les calculs sont volumineux on peut les saisir avec une petite tenette et les briser. Il n'est pas rare de rencontrer des calculs adhérents. Il faut avec grandes précautions chercher à les mobiliser; mais s'ils résistent, il vaut mieux s'abstenir, car on pourrait rompre le tissu de la vésicule. Il est toujours prudent de s'assurer, par un cathétérisme fait avec une bougie mince et flexible, de la perméabilité du canal cystique et du canal cholédoque. Si l'on trouve un calcul enclavé dans le conduit, on peut par des pressions doucement ménagées chercher à le dégager et l'on y a plusieurs fois réussi. Lange parvint à repousser le calcul dans la vésicule et le retira; Parkes le poussa jusque dans l'intestin.

Lorsque les calculs ont été évacués ainsi que la bile, que la poche a été lavée avec soin, l'opération est terminée, car on laisse béante l'ouverture faite à la vésicule et à la paroi et l'on établit ainsi une fistule biliaire, sur l'importance de laquelle je reviendrai tout à l'heure; quelques chirurgiens ont cru pouvoir oblitérer l'ouverture en faisant une suture à la vésicule.

Suture de la vésicule et de la paroi. — Spencer Wells a conseillé de faire à la vésicule une suture en adossant les surfaces péritonéales, de couper les fils près du nœud, d'abandonner la vésicule dans le ventre et de fermer la plaie faite à la paroi abdominale. Meredith, Courvoisier, Bernays, Lange ont suivi cette méthode que les Américains ont appelée *ideal cholecystotomy*. Les résultats ont été loin de répondre à l'idéal thérapeutique, car seul le malade de Bernays guérit et les trois autres succombèrent.

2° CHOLÉCYSTECTOMIE. — L'opération consiste à faire l'ablation de la vésicule. Elle a été proposée et pratiquée par Langenbuch en 1882. La nécessité d'arriver jusqu'au col de la vésicule oblige à faire une incision plus grande que dans la cholécystotomie. L'incision sur le bord externe du grand droit a 15 centimètres de hauteur; l'on pourrait en cas de besoin y joindre une incision transversale se dirigeant vers l'appendice xyphoïde; Deroubaix propose de les remplacer par une incision courbe à concavité supérieure partant de la ligne blanche.

On s'assure tout d'abord de la perméabilité du canal cholédoque, puis on isole avec soin la vésicule et le canal cystique. On sait que ce canal, ainsi que le cholédoque, sont situés dans le bord droit de l'épiploon gastro-hépatique, en avant de l'hiatus de Winslow. Le canal cystique et la vésicule isolés, on place deux ligatures, afin d'empêcher le contenu de la vésicule de s'écouler dans le ventre, et l'on fait la section entre les deux ligatures. Ici il n'y a aucune raison pour ne pas fermer de suite la plaie abdominale.

3° ÉTABLISSEMENT D'UNE FISTULE ENTÉRO-BILIAIRE. ENTÉRO-CHOLÉCYSTOTOMIE. — La perméabilité du canal cholédoque peut être interceptée par un cancer du pancréas, un calcul enclavé, un rétrécissement cicatriciel; dans ces cas la fistule biliaire devient fatalement permanente. Pour éviter cet inconvénient sérieux Winiwarter, suivant un conseil donné par Nussbaum, a cherché à établir une fistule entre la vésicule biliaire et l'intestin. Dans une première opération Winiwarter mit à découvert la vésicule et le côlon et les retint accolés dans la plaie. Quatre jours après il enfonça un trocart dans la vésicule, puis perforant la paroi opposée en contact avec le côlon, il établit une ouverture entre les deux organes et laissa la canule huit jours en place. L'ouverture de communication se ferma, mais l'orifice de la première ponction se transforma en fistule biliaire. Treize

jours plus tard, il incisa largement la vésicule et réintroduisit une canule dans le côlon; même résultat. Trois mois après, incision large de la paroi abdominale, ouverture de la vésicule, qu'on fixe par une couronne de sutures à une anse d'intestin grêle. Perforation au bistouri des deux cloisons intestinale et vésiculaire adossées, drain dans l'ouverture pendant huit jours. Persistance de la fistule externe, passage d'un peu de bile dans l'intestin; cette dernière opération avait eu lieu le 20 novembre 1880. Le 9 janvier 1881 occlusion par autoplastie de la fistule cutanée, formation de deux fistules stercorales. Enfin après de nouvelles opérations ayant pour but de fermer les deux fistules stercorales la guérison fut obtenue en avril 1882. La fistule biliaire extérieure s'était fermée spontanément.

Appréciation. — La cholécystotomie, si nous entendons par ce mot l'ouverture de la vésicule biliaire, est une opération qui a été souvent pratiquée dans les cas de phlegmons ayant pour point de départ la vésicule. Cette ouverture s'est même faite quelquefois spontanément et a permis ainsi l'évacuation de nombreux calculs. C'est alors, en quelque sorte, une ouverture d'abcès qui ne présente pas d'indications très particulières, sauf les précautions que nécessite la présence du péritoine, aussi a-t-on souvent employé les caustiques pour faire cette ouverture.

Je n'envisage ici que l'opération intra-abdominale faite pour remédier à des accidents de rétention de bile dans la vésicule ou dans les voies biliaires. Comme toutes les opérations nouvelles, celle-ci est assez facilement pratiquée par les chirurgiens cherchant à rencontrer des occasions d'opérer, et dans plusieurs observations l'urgence de l'intervention est loin d'être évidente. Cette opération ne doit être faite que si les traitements médicaux ont échoué; il est vrai qu'ils échouent souvent, mais je crois devoir signaler en raison de ses succès un traitement préconisé par Touatre (de la Nouvelle-Orléans) qui s'en est servi sur lui-même. Il consiste à ingérer dans la journée et en deux fois vingt-quatre cuillerées d'huile d'olive. Les effets ont été parfois remarquables, dans un cas, il y eut expulsion de 60 calculs, dans un autre de 77.

La cholécystotomie ne doit être regardée que comme un moyen extrême en cas d'échec des autres traitements. Maurice Denucé a rassemblé les observations publiées. Ce qui frappe tout d'abord, c'est la prédominance du sexe féminin. Sur 43 opérations, 8 seulement ont été faites sur des hommes et 35 sur des femmes. Sur ces 43 opérations, 21 ont été faites par Lawson Tait,

qui aurait guéri tous ses opérés, au moins de l'opération. Sur les 22 autres il y eut 14 guérisons et 8 morts, ce qui serait une mortalité de 38 p. 100. Mais je n'insiste pas sur ce point, il faut attendre de nouveaux faits pour être quelque peu fixé sur la gravité relative de cette opération.

Elle n'est évidemment acceptable que lorsque tous les traitements médicaux ont échoué et que la vie des malades est en péril sérieux. La cholécystotomie, avec établissement d'une fistule biliaire, est l'opération qui doit être préférée. L'occlusion de la vésicule avec suture perdue doit être repoussée comme trop aléatoire et par suite trop dangereuse. Les résultats du reste ne plaident pas en sa faveur.

Je ne vois pas bien clairement les avantages que peut présenter l'extirpation de la vésicule, ou la cholécystectomie. Elle a quelques-uns des dangers de la suture perdue de la vésicule. Je vois plus d'inconvénients que d'avantages à supprimer le réservoir biliaire et la fistule biliaire n'est pas fatalement la suite permanente de la cholécystotomie simple. Denucé a relevé 8 de ces opérations faites par Langenbuch (5), Courvoisier (1), Thiriart (2). Quatre des cinq malades de Langenbuch guérirent de l'opération; mais l'opération paraît peu indiquée chez le premier dont la vésicule ne renfermait que deux calculs insignifiants; et, chez le second il existait déjà une affection cérébrale à laquelle l'opéré succomba après la guérison de l'opération. Les malades de Courvoisier et de Thiriart guérirent également, ce sont là des succès dont il faut tenir grand compte; mais la lecture des observations ne montre pas que l'extirpation de la vésicule ait été nécessaire et que la simple incision n'eût pas suffi.

L'entéro-cholécystotomie n'est justifiable que par suite des dangers que l'on attribue à l'écoulement complet de la bile à l'extérieur. Certes je ne nie pas les inconvénients sérieux pour la santé de l'existence d'une fistule biliaire; mais je crois qu'on se trompe sur leur nature. On attribue en général à la bile le rôle d'émulsionner les graisses conjointement avec le suc pancréatique et Rohman regarde avant tout la bile comme un antiputride. Il y a vingt-six ans, j'ai montré dans la *Gazette hebdomadaire* (1863, page 38), quel est le véritable rôle du foie, rôle qui n'est pas du tout celui qu'on lui attribue. La bile n'est qu'un résidu, elle renferme la matière colorante des globules décomposés par la rate et l'expulse dans l'intestin; mais elle renferme aussi des éléments gras provenant de ces mêmes globules et des matières grasses qui ont pu se trouver mêlées au sang de la veine porte. Si la bile est jetée au haut de l'intestin avec le suc pan-

créatique, c'est pour que ces matières émulsionnées par le suc pancréatique puissent être reprises par les chylifères et utilisées par l'économie. Une fistule biliaire est une cause d'amaigrissement, à laquelle on peut remédier en grande partie par une alimentation riche en matériaux gras. D'ailleurs au point de vue qui doit nous occuper nous devons noter que dans un certain nombre d'observations la fistule n'a souvent donné issue qu'à du mucus ou à des matières purulentes et que plusieurs de ces fistules se sont fermées spontanément.

ARTICLE VI

OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR L'ESTOMAC

I. — Plaies de l'estomac.

La question des plaies de l'estomac, de la gravité de cette blessure, de la thérapeutique qu'elles comportent est assez mal connue. En général on les regarde comme extrêmement graves, non seulement comme toutes les blessures des viscères abdominaux, mais aussi parce qu'elles font prévoir un épanchement péritonéal des matières stomacales. Ayant observé en 1879 une de ces blessures, résultat d'un coup de couteau, accompagnée d'issue par la plaie de matières alimentaires (pois et morceaux de viande), plaie qui guérit sans accidents graves, il me parut que l'épanchement péritonéal est moins à craindre qu'on ne le croit; je recherchai les observations antérieures et un de mes élèves, Bailly, les continuant sur mon conseil, publia sur ce sujet une thèse des plus intéressantes.

C'est avec les observations cliniques que je trace à grands traits les indications thérapeutiques et opératoires des plaies de l'estomac. Si l'on se laissait aller à faire de la mauvaise statistique, les blessures de l'estomac paraîtraient peu graves, puisque sur 83 cas que Bailly a pu réunir il y eut 72 guérisons et seulement 11 morts; mais ici encore, ici surtout, il faut rappeler que la mort paraissant la suite trop naturelle de ces blessures, les cas mortels n'ont pas été publiés; tandis que pour la raison inverse on a publié volontiers les cas de guérison, même quand il n'y a pas eu d'intervention opératoire.

Que faut-il faire en cas de plaie stomacale? faut-il débrider la paroi abdominale? faut-il pratiquer la suture de l'estomac, et la