envoyer dans son intérieur quelques seringuées d'eau chaude antiseptique; puis, explorer son corps et son col avec une sonde cannelée, un stylet mousse, l'index ou le petit doigt; le doigt révèle souvent des calculs qui étaient passés inaperçus à cause de leur mollesse aux instruments explorateurs, ainsi que R. Abbe en a fait la remarque. Explorer aussi par le toucher intra-péritonéal, par l'hiatus de Winslow, le canal cystique et le canal cholédoque, et se comporter alors suivant les résultats de la double exploration: extraction des calculs de la vésicule, curage de la vésicule, écrasement des calculs des conduits, expression de ces calculs vers le duodénum ou vers la vésicule, etc.

4º temps : Fermeture et réduction de la vésicule. — La vésicule une fois évacuée et nettoyée, le champ opératoire désinfecté, réunir les muqueuses des lèvres vésiculaires par un surjet de catgut ; puis adosser les surfaces séreuses de ces mêmes lèvres par une double série de points de soie à la Lembert. Après s'être assuré qu'aucun liquide ne filtre entre les points lorsqu'on prend la vésicule entre les doigts, réduire la vésicule dans la cavité abdominale à sa place ordinaire.

5° temps : Fermeture complète de la plaie abdominale. — Par trois étages de sutures.

Telle est la vraie cholécystotomie idéale. Elle a donné treize beaux succès sur treize cas à Heusner (de Barmen) '.

Modification de Czerny: fixation de la vésicule à la paroi abdominale. — Pour prévenir autant que possible la déhiscence de la ligne de suture vésiculaire, Czerny in ses sonds au péritoine pariétal par une série de points entrecoupés à la soie fine; il réunit ensuite les téguments par-dessus cette double ligne de suture, en ménageant un petit orifice pour une mèche de gaze iodoformée. C'est là, du reste, l'opération qu'ont les premiers décrite Parkes et Carmalt (Cholécystotomie à sutures perdues intra-pariétales de Terrier). Czerny a obtenu ainsi deux succès. Lüke a également employé avec un remarquable résultat le procédé de Czerny. Ce dernier nous paraît bien préférable aux autres modifications que Wölfler et Senger ont prônées pour la cholécystotomie idéale.

B. Cholécystostomie (opération de Ransohoff). — 3º temps: Fixation pariétale, ouverture et évacuation de la vésicule. — Assujettir la séreuse qui recouvre la face inférieure et le fond de la vésicule au péritoine de la plaie abdominale par une couronne serrée de points entrecoupés à la soie fine. Ouvrir la vésicule au milieu de l'aire suturée, et l'évacuer comme il vient d'être dit au sujet de la cholécystotomie.

4° temps : Fermeture incomplète de la plaie abdominale. — Laisser la vésicule ouverte. Fixer toute l'épaisseur des bords de son ouverture aux

tranches correspondantes de la peau. Enfin, à droite et à gauche (ou en haut et en bas, suivant la direction de l'incision abdominale), réunir le reste de la plaie abdominale comme à l'ordinaire.

La fistule qui reste après l'opération se ferme généralement entre huit jours et deux mois, d'après Tuffier. Quelquesois elle persiste longtemps, il ne saut pas, pourtant, se hâter de la fermer dans la crainte de nouveaux accidents.

Modification de H. Delagénière ¹ (du Mans): sphinctérisation de la fistule. — Voulant remédier aux inconvénients du procédé ordinaire (persistance parfois indéfinie de la fistule, infection secondaire des voies biliaires, perte de la bile), ce chirurgien pratique une boutonnière verticale sur le muscle grand droit, à 5 ou 6 millimètres de son bord externe, et abouche la vésicule à l'aponévrose antérieure de ce muscle. C'est un procédé analogue à celui de v. Hacker pour la gastrotomie.

CHOLÉCYSTECTOMIE²

La cholécystectomie ou *opération de Langenbuch* (15 juillet 1882) est l'extirpation de la vésicule biliaire.

C'est une opération sérieuse, semble-t-il. Aussi ses indications doiventelles être réduites le plus possible. Greig Smith ³ ne l'admet que pour les cas: 1° où la vésicule contenant des calculs est tellement rétractée que son fond ne peut être suturé à la plaie abdominale sans déchirure de ses parois; 2° où, à la suite de perforation par ulcération et empyème, ses tissus sont tellement minces ou tellement enflammés qu'ils sont inaptes à la suture. Nous ajouterons les fistules non biliaires persistantes et les tumeurs malignes primitives de la vésicule, pourvu toutefois que les adhérences et la limitation du néoplasme permettent l'éradication.

Pour R. Abbe, les indications seraient seulement : 1º l'atrophie chronique de la vésicule avec distorsion et sacculation ; 2º les tumeurs malignes de la vésicule au début. Cependant Michaux est d'avis, comme Thiriar et Terrier, qu'elle mérite des applications plus fréquentes et qu'elle est supérieure à la cholécystotomie ; sa mortalité ne serait pas plus considérable, et elle a tous les avantages d'une opération radicale.

Appareil instrumental:

Un bistouri droit;

Une sonde cannelée;

Des ciseaux mousses courbes;

Une aiguille de Deschamps;

Des pinces à forcipressure;

Deux écarteurs;

Un thermocautère;

Des aiguilles;

Soie, catgut, éponges, etc.

^{&#}x27; Voigt (D. med. Woch., nº 34, s. 776, 1890).

² Klingel (In. Diss. Heidelberg, 1889).

³ Parkes et Carmalt (Philad. med. News, I, 532, 1886).

⁴ Winckelmann (D. Zeitsch. f. chir., XXXI, 583, 1891).

¹ Delagénière. (Congrès fr. de chir., p. 493, 1895).

² Consultez: Courvoisier (loc. cit.); Thiriar (Congr. fr. de chir., 1888); Calot, Th. de Paris travail très complet); Michaux (Congr. fr. de chir., p. 798, 1893; et Soc. chir., p. 359, 1896).

³ Gr. Smith. Abdominal Surgery (p. 612, 1889).

« 2° Inspection et dégagement de la vésicule à sa face inférieure soit avec les doigts, soit avec le bistouri ; refoulement de l'intestin et protection de la cavité péritonéale avec des éponges ou des compresses antiseptiques.

« 3º Séparation de la vésicule de la face inférieure du foie. Un aide relève avec les doigts la face inférieure du foie, le chirurgien saisit la vésicule et circonscrit avec le bistouri toute la base adhérente. Le péritoine vésiculo-hépatique une fois incisé, rien de plus facile que de décoller avec les doigts la vésicule.

« 4° Ligature quadruple du canal cystique : deux ligatures profondes avec du gros catgut, deux ligatures superficielles avec de la soie. Excision de la vésicule et cautérisation soignée du moignon avec le thermo. Comme assez souvent, malgré les ligatures, il se fait ensuite un écoulement de bile par la plaie, il faut conduire jusqu'au moignon une mèche de gaze iodoformée, dont l'autre extrémité va sortir à la partie inférieure de la plaie.

« 5° Fermer tout le reste de celle-ci au-dessus de la mèche à la manière ordinaire. »

D'après 28 cas recueillis par Courvoisier, la mortalité de la cholécystectomie serait de 25 p. 100. Elle serait moindre dans la statistique personnelle de Langenbuch ¹, qui avait fait treize fois l'opération jusqu'en 1887 : 15,4 p. 100 ; et dans celle plus récente de Calot : 10 p. 100 environ.

Sur 12 cholécystectomies qu'il a pratiquées et dont 2 ont été compliquées d'une cholédochotomie, Michaux ² a perdu 3 malades.

CHOLÉCYSTENTÉROSTOMIE, COLÉCYSTOCOLOSTOMIE, CHOLÉCYSTOGASTROSTOMIE

L'idée d'aboucher la vésicule biliaire avec l'intestin dans les cas de rétention biliaire appartient à Nüssbaüm; et c'est v. Winiwärter ³ qui l'a réalisée le premier sur l'homme en 1880, après une série d'interventions opératoires; son malade a parfaitement guéri. L'opération nouvelle, reprise expérimentalement sur les animaux par Gaston ⁴, puis par Colzi ⁵, n'est entrée définitivement dans la pratique qu'à partir du jour où Kappeler ⁶ a publié son obser-

vation de cholécystentérostomie accompagnée d'une technique bien réglée; c'est à lui qu'on doit la cholécystentérostomie exécutée en une seule séance. Monastyrski¹ avait, paraît-il, fait avant lui la même opération, mais il n'a fait connaître son cas et son manuel opératoire que plusieurs mois après Kappeller. L'exemple de ces deux chirurgiens a été suivi par Socin², par Blattmann³, par Terrier⁴, par Mayo Robson⁵, et, plus récemment, par v. Winiwärter lui-même⁶, qui a fait l'opération en une seule séance au lieu d'échelonner ses temps comme jadis, puis par Helferich 7. A cette liste, en 1893, nous ajoutions un cas de Tillaux 8 : opération en trois séances ; et deux cas de Bardenheuer, sur lesquels on n'a malheureusement aucun détail. La plupart de ces faits se trouvent, du reste, consignés dans un bon travail d'ensemble de Delagénière 9 sur la cholécystentérostomie. Depuis lors un grand nombre d'opérations analogues ont été publiées, surtout depuis l'avènement du bouton anastomotique de Murphy.

Il n'y a, de l'avis général, qu'une indication formelle pour l'anastomose intestinale de la vésicule biliaire: c'est l'occlusion directement irrémédiable du canal cholédoque, qu'il existe ou non une fistule biliaire externe. Cette occlusion sera produite soit par un calcul qu'on ne peut atteindre, ni enlever, ni déloger vers le duodénum; soit par une sténose cicatricielle; soit par une tumeur maligne du duodénum ou de son voisinage (pancréas, etc.). L'opération peut être sans doute appliquée dans d'autres circonstances, même nombreuses, comme le fait Murphy; mais elle est alors plus ou moins discutable.

La vésicule biliaire a été anastomosée tantôt avec la première portion du duodénum (Bardenheuer, Terrier, Richelot) 10, tantôt et le plus souvent avec l'intestin grèle, tantôt avec le côlon transverse (Winiwärter, Mayo Robson), tantôt enfin avec l'estomac (Max Wuchkoff, Angelberger 11, Ch. Monod 12, Terrier 13). Le duodénum est le lieu d'élection; après lui, on s'adresserait à l'estomac ou à l'intestin grèle, et ce n'est qu'en dernier ressort, pour des raisons physiologiques, malgré sa proximité et la facilité de l'opération, qu'on établirait l'abouchement avec le côlon transverse.

Les anastomoses du cholécyste avec le tube digestif se pratiquent généra-

¹ Langenbuch (Berl. kl. W., s. 118, no 7, 1887).

² Michaux (Soc. chir., p, 319, 1896).

³ Winiwärter (Prog. med. W., s. 216, 1882).

^{*} Gaston (Atlanta med. a. surg. j., sept., oct. 1884; et Med. and surg. Report., Philad., sept. 12, 1885).

⁸ Colzi (Lo Sperim., fasc. 4, V, 1886).

⁶ Kappeler (Corresp. für schw. Arzte, 1er sept. 1887 et 15 févr. 1889 : autopsie).

⁴ Monastyrski (Chir. Westn., mai-juin 1888).

² Socin (Jahresb. üb. d. Chir. Abth. des Spitals zu Basel vähr. 1887; Basel, s. 60, 1888).

³ Blattmann (Corresp. f. schw. Arzte, nº 6, s. 169, 1890).

⁴ Terrier (Rev. de Chir., Xe, 1889, t. IX, p. 973).

⁵ Mayo Robson (Brit. med. J., 30 nov. 1889; et Med. chir. Tr., vol. LXXIII, p. 64, 1890).

⁶ v. Winiwärter (Ann. de la Soc. médico-chir. de Liège, nº 8, p. 177, 1891).

⁷ Helferich (D. med. Woch., 25 fév., 157, 1892).

⁸ Tillaux (Soc. chir., p. 290, 1890).

⁹ Delagénière (Th. Paris, juin 1890).

¹⁰ Richelot (*Congr. f. chir.*, p. 174, 1892).

Angelberg (Wien. klin. Wock. w. 18, 1093).

¹² Ch. Monod (Soc. chir., p. 546, 1896).

⁴³ Terrier (*Ibid.*, p. 565, 1896).

lement, aujourd'hui, au moyen du bouton de Murphy ou de la bobine de Robson, l'opération étant beaucoup plus simple et rapide sans rien perdre de son efficacité; cependant, quelquefois, la vésicule est tellement ratatinée que l'anastomose par suture est seule possible.

A. Сноь́суsто-риор́е́моsтомы. — Procédé de Terrier. — 1er temps : Incision de la paroi abdominale. — Ouvrir l'abdomen sur la ligne blanche entre l'appendice xyphoïde et la cicatrice ombilicale.

2º temps: Reconnaissance, exploration et évacuation incomplète de la vésicule. Exploration des canaux excréteurs. — L'abdomen ouvert, reconnaître sous la face inférieure du foie la vésicule plus ou moins distendue par du liquide. Au niveau de son fond et avec le trocart moyen de l'aspirateur Potain pratiquer une ponction, afin de réduire le volume de la vésicule, puis, le trocart retiré, obturer l'ouverture de la ponction avec une pince à pression. — Avec le doigt explorer le col de la vésicule, le canal cystique sur le bord droit de l'épiploon gastro-hépatique, et plus bas en arrière, à travers l'hiatus de Winslow, le canal cholédoque jusqu'à son embouchure au niveau de la tête du pancréas. Si l'obstacle qu'on a découvert sur le trajet du cholédoque ou à sa terminaison est ou paraît opératoirement insurmontable, procéder ainsi qu'il suit à l'anastomose duodénale de la vésicule.

3º temps: Attraction de la vésicule et du duodénum. Suture anastomotique. — Attirer la vésicule et la première portion du duodénum, et, à 3 centimètres du pylore, qu'on reconnaît à sa consistance et à son sillon circulaire, établir la fistule cysto-duodénale. Pour cela, à l'extrémité postérieure de l'aire choisie, placer d'abord une anse transversale de catgut en cordon de bourse: cette anse traverse la séreuse et la musculeuse de la vésicule et de l'intestin, à l'exclusion de la muqueuse; maintenir ses deux chefs par une pince à pression. En avant de cette anse, de chaque côté de l'aire, sur deux lignes antéro-postérieures, placer quatre anses transversales; chacune d'elles traverse d'abord l'intestin sous la séreuse dans un trajet de 1 centimètre, sort à sa surface, traverse de nouveau l'intestin dans un trajet de 2 centimètre, ressort près de l'aire, puis, de dedans en dehors, traverse de mème deux fois la vésicule sous sa séreuse; serrer les chefs de chaque anse avec une pince à pression. Enfin, à l'extrémité antérieure de l'aire, au-devant des deux rangées précédentes, passer un dernier fil en cordon de bourse. En tout, dix anses.

Serrer le premier fil postérieur et couper ses chefs au ras du nœud. Serrer les fils latéraux, abritant les parties voisines avec une éponge montée, et écartant avec une pince à dissection les deux rangées de fils. Couper également leurs chefs à ras.

4º temps: Ouverture de la vésicule et du duodénum. — Les fils une fois serrés, ouvrir avec un bistouri fin et étroit la vésicule biliaire d'abord; puis, après avoir essuyé la bile qui s'écoule de l'incision, ponctionner avec le même bistouri le duodénum, dans une petite étendue correspondant à l'ouverture de la vésicule.

CHOLÉCYSTENTÉROSTOMIE, CHOLÉCYSTOCOLOSTOMIE 1045

Pour assurer la communication, y insinuer un bout de drain long de 4 à 5 centimètres et large de 4 à 5 millimètres qui fait saillie à la fois dans la vésicule et dans le duodénum.

Enfin, après avoir bien épongé, serrer le point antérieur disposé en

5° temps: Fermeture de la cavité abdominale. — Fermer l'ouverture de la ponction vésiculaire, au moyen de deux fils de catgut passés avec l'aiguille de Reverdin dans l'épaisseur de la paroi et noués en X. Pour plus de sécurité fixer le fond de la vésicule à l'angle inférieur de la plaie abdominale. Réunir cette dernière par des sutures profondes au fil d'argent et des sutures superficielles au crin de Florence.

B. Cholécysto-Jéjunostomie. — Procédé de Kappeler. — 1er temps : Incision de la paroi abdominale. — Parallèle à la ligne blanche, longeant le bord externe du muscle droit de l'abdomen, du côté droit, longue de 20 centimètres, et commençant au-dessous du rebord costal.

2º temps: Comme dans le procédé de Terrier.

3º temps: Attraction, puis ouverture de la vésicule et du jéjunum. — Attirer la vésicule et la partie de l'intestin grêle qui en est le plus proche; protéger la cavité péritonéale avec des compresses chaudes salicylées; vider l'anse intestinale de son contenu par expression, et la séparer momentanément du reste de l'intestin dans une longueur de 6 centimètres en passant deux catguts à travers le mésentère et en les tenant soulevés. Ouvrir l'anse intestinale ainsi isolée au moyen d'une incision longitudinale de 2 centimètres, puis agrandir avec les ciseaux l'ouverture du trocart dans la même longueur et la même direction que la brèche intestinale.

4º temps: Suture et réduction de la vésicule et de l'intestin. — Après avoir rapproché les deux ouvertures, unir leurs lèvres postérieures d'abord séreuse à séreuse, puis muqueuse à muqueuse, d'après la méthode de Wölfler; unir en second lieu leurs lèvres antérieures muqueuse à muqueuse, puis séreuse à séreuse, d'après la même méthode. Enfin, sur les côtés et en avant, ajouter, s'il le faut, quelques points de Czerny. Désinfecter les lignes de suture avec la solution salicylée, inspecter encore avec soin les points, réduire l'intestin et la vésicule.

5° temps : Fermeture de la cavité abdominale. — Aucun drainage.

Sur 11 cas d'anastomose cholécysto-intestinale par suture qui nous sont connus jusqu'en 1893, on compte deux morts ; soit une mortalité brute de 18,1 p. 100.

c. *Procédé d'anastomose avec le bouton de Murphy*. — Après avoir évacué et, s'il y a lieu, libéré la vésicule biliaire, on libère à son tour le duodénum. On faufile une suture en bourse autour de l'incision d'ouverture de la vési-

cule, on introduit le demi-bouton femelle dans cette incision et l'on serre la suture autour de la tige du demi-bouton. On incise ensuite la première portion du duodénum après un faufilage analogue, et l'on y assujettit le demi-bouton mâle. Cela fait, on saisit les demi-boutons (fig. 976) et on les télescope

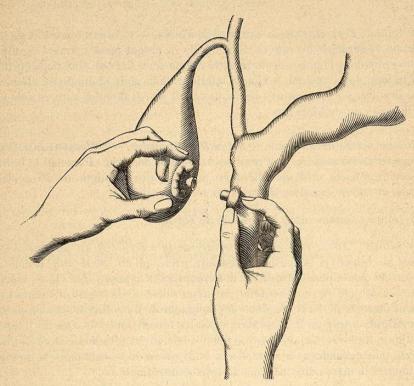


Fig. 976. — Cholécysto-duodénostomie avec le bouton de Murphy.

à fond. Quelquefois le duodénum est fixé de tous côtés par des adhérences, et il faut se livrer à une dissection méthodique et laborieuse avant de pouvoir le mobiliser vers la vésicule biliaire.

Le procédé d'anastomose avec la bobine de Robson est exactement le même, mutatis mutandis, que pour la gastro-entérostomie.

Au mois d'avril 1895, Murphy avait colligé 38 cas de cholécysto-entérostomie qui provenaient de 22 chirurgiens différents et où l'on avait employé son bouton anastomotique; sur ce nombre on ne comptait qu'un mort = 2,7 p. 100. R. Abbe, Quénu, Routier, Delbet, etc., se sont également servis du bouton de Murphy, presque toujours avec succès. Une fois pourtant (R. Abbe) l'ouverture établie par un bouton d'un demi-pouce ne s'est pas maintenue.

CHOLÉLITHOTRITIE EXTERNE

La cholélithotritie externe consiste en l'écrasement des calculs à travers les parois *intactes* de la vésicule et des canaux biliaires (canal cystique, canal hépatique, cholédoque), écrasement suivi ou non du refoulement des débris vers le duodénum. Elle est certainement préférable à la taille toutes les fois que les calculs sont assez mous et assez friables pour ne pas nécessiter une force de pression qui puisse compromettre la vitalité des parois de la vésicule ou des canaux

Appliquée à la vésicule par Mayo Robson, elle convient surtout aux calculs des canaux et peut alors donner également des succès, ainsi que le montrent les observations de Courvoisier, de Crédé, de Kocher, etc.

Pour l'écrasement on se sert d'abord des doigts; si les calculs résistent, on a recours à des pinces dont les mors sont garnis de petits tubes de caout-chouc (procédé de Lawson-Tait).

Ont peut souvent essayer la lithotritie externe avant de passer à la lithotomie.

CYSTICOTOMIE ET CYSTICOSTOMIE. — HÉPATICOTOMIE ET HÉPATICOSTOMIE. — HÉPATOTOMIE

On désigne ainsi respectivement la taille et l'ouverture temporaire ou permanente du conduit cystique ou du conduit hépatique, la taille du foie (K. Thornton), pour l'extraction de calculs. Le nombre de ces opérations faites jusqu'à ce jour est des plus restreints; aussi n'insisterons-nous pas. Leur technique, sauf pour l'hépatotomie, peut être calquée, du reste, sur celle des opérations similaires qui ont trait à la vésicule biliaire et au canal cholédoque.

CHOLÉDOCOTOMIE

La cholédocotomie ou taille du canal cholédoque est devenue depuis quelques années une opération de premier ordre. Elle a été spécialement étudiée en France par Terrier¹, Quénu², Michaux³ Tuffier⁴, Jourdan⁵.

Le lecteur trouvera dans leurs travaux toutes les notions d'anatomie chirurgicale qui peuvent être nécessaires autant pour le diagnostic direct que pour la médecine opératoire.

- ¹ Terrier (Congrès fr. de chir.; Rev. de chir., 1892; Acad. de méd., 6 mars 1894).
- ² Quénu (Soc. chir., p. 322, 1895; Revue de chir., juillet 1895; Soc. chir., déc. 1897).
- ³ Michaux (Ibid., p. 395, 1895).
- ⁴ Tuffier (*Ibid.*, p. 388, 1895).
- ⁵ Jourdan. Th. Paris, 1895; Lepetit. Th. Paris, 1895.