

La choléduodénographie et l'hydroépathose

Par *Martim Gomes*

(prof. à la Faculté de Médecine, chirurgien des hosp.).

Quand je fait une cholécystostomie, je crois devoir pratiquer une radiographie combinée du *duodénum* et de toute la *bile* contenue dans les voies biliaires: c'est la *choléduodénographie*.

Elle permet d'étudier sur le vif la dilatation de l'arbre biliaire, ce que McMaster, Broun et Rous ont appelé *hydroépathose*.



L'opération de choix est toujours la cholécystectomie aujourd'hui.

Mais il faut passer en revue quelques aspects de la pratique, d'après quelques chirurgiens, pour démontrer que la cholécystostomie n'est pas si rare, et surtout ce fait curieux que là où cette opération trouve son indication, la choléduodénographie devient précieuse et, pourtant, très simple.

Pour qu'elle soit accueillie avec confiance, je présente la revue des opinions sans même les traduire, pour ne pas modifier la pensée originelle:

Fig. 1.

On voit que le cholédoque est si dilaté qu'il a la moitié du diamètre d'un corps vertébral. Il se termine coupé en ligne droite. On voit ici, comme dans les trois autres figures, l'ombre de mon doigt, pendant qu'il fermait la fistule, par laquelle j'avais fait l'injection. À côté de lui, un renflement, que est le trajet dans la paroi. Chemin faisant, le trajet trouve deux autres renflements contigus, juste avant de toucher au cholédoque: le 1.^{er} est la vésicule atrophiée, le 2.^e son bassin.

Elle a aussi pour but de permettre de trouver des lésions et des modifications importantes, et de dépister quelques observations qu'aucun autre moyen ne peut donner.

Si, pour une raison quelconque vous croyez que cela sera toujours un procédé d'examen très rare, à cause de la rareté même de la cholécystostomie, il faut considérer qu'à l'heure actuelle, cette opération est encore fréquente, sans toutefois reprendre la position, qu'elle avait autrefois, d'opération de choix.

John B. Deaver, Lankenau Hospital. Volume 5, 6 number of the Surgical Clinics of North America, pg. 1518.

„In both the calculous and the non-calculous type of cholecystitis the pathology usually is in the walls of the organ and not in the mucous lining. This fact of itself is sufficient to account for the failure in most cases of medical treatment. And as with appendicitis, so in cholecystitis, removal of the source of infection gives the best chance of obtaining a cure.“

The technic of cholecystectomy to the

abdominal surgeon presents few difficulties, so that the radical operation is preferred except in certain special conditions *when the conservative operation is the wise procedure*, especially as a *preliminary* to secondary, removal of the gall-bladder.

Cholecystostomy is indicated in *acute cholecystitis* where there is *pus* and where the *condition of the patient forbids extensive surgery*. Also in *disease of the pancreas demanding drainage it is better to drain (through the gall-bladder,) other things being equal*. The drainage operation like-

Analysis of 215 Cases Gall-Bladder Disease:

"Question: Do you take out the gall-bladder in every case?

Answer: This was a debatable question until recently, and even at the present time one may find an occasional warning in the surgical literature against its adoption as a routine procedure. The problem is a fundamental one. There is still some diversity of opinion regarding the part that the gall-bladder plays in the human organism. Medical literature is re-



Fig. 2.

En inclinant un tout petit peu le corps de la malade, on a eu cette modification. C'est à dire que l'ombre transversale s'écarte de la fin de l'ombre du cholédoque: elle n'est donc pas due à l'intestin, c'est un trajet souscutané, laissé par l'incision, qui avait été fait transversalement, lors de l'opération. On peut bien voir ici, entre l'ombre du bassin et celle du cholédoque, un petit point juste sur la paroi-vésiculaire: cela est un *sinus de Rokitansky-Aschoff*.

wise is indicated in cases where the fundus of the gall-bladder is diseased and the body not involved. *In such cases cholecystostomy provides a chance for the diseased tissue partially to recover and makes the secondary cholecystectomy a safer procedure.*"

Pag. 1517:

You gentlemen know as well as I do that in cases of cholecystitis it is occasionally difficult to make a diagnosis even after you have opened the abdomen.

Voyons maintenant Max Danzics, Volume 6, 1400.

plete with voluminous reports and exhaustive studies both by clinicians and research workers regarding its function. The conclusions drawn by various investigators are of a divergent character and often baffling to the surgeon.

The two most important arguments advanced against the operation are:

1. The higher mortality rate of cholecystectomy over that of cholecystostomy in the hands of the occasional operator.

2. Injury to the bile-ducts, a serious accident which is not infrequent even in

the bands of the most skilful and experienced surgeons.

I must confess that I was in a doubtful state of mind regarding this question until four years ago, but after studying the end-results of a fairly large series of gall-bladder operations which included almost an equal number of cholecystostomies and cholecystectomies, I came to a definite conclusion that the gall-bladder should

ligé de faire la cholecystostomie. Mais il arrive justement que dans ces cas là il y a toujours des complications sérieuses, dont le diagnostique complet n'est pas possible. Or, il devient possible si l'on fait la choléduodénographie. On n'a qu'à injecter par la fistule une solution d'iodure de sodium à 25%, aseptiquement.

Cela est mieux que le lipiodol, que Pauchet, à l'exemple de Cotte, recommand

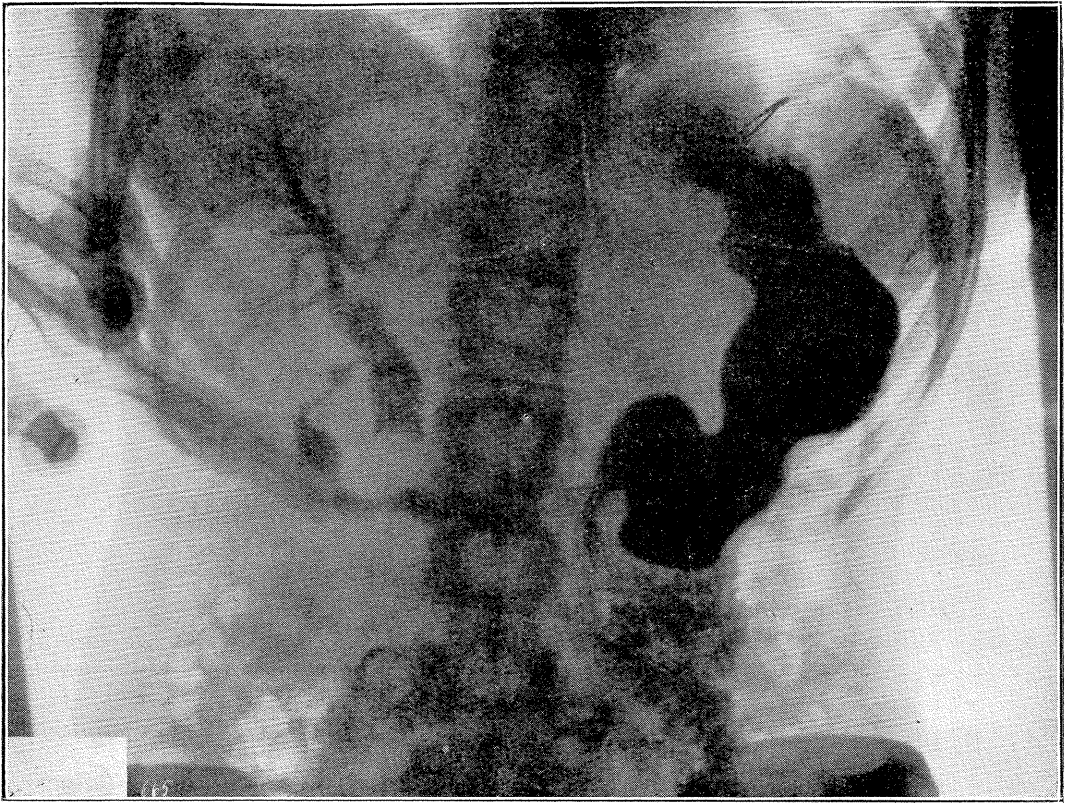


Fig. 3. Le volume de la vésicule est très diminué, à cause de la resorption de sa paroi. Il n'y a plus de renflement au niveau du bassin. Le cholédoque ne montre pas non plus la même ligne droite: il se termine en une ligne courbe bien nette, ce qui est dû à ce que de la boue biliaire en est sortie, au moyen du drainage. Le cito-baryum a déjà passé, mais on n'y voit pas encore le duodénum.

be removed in every case *provided there are no definite contraindications to the operation.*

We reserve the operation of cholecystostomy only for the *very old or for those suffering from chronic or hazardous diseases, such as chronic or acute pancreatitis or acutely inflamed and gangrenous gall-bladders* that can only be removed with great difficulty and with considerable risk to the patient.

En générale, donc, on est des fois ob-

d'introduire dans les trajets fistulaires, avant de fermer la fistule, ou dans des opérations itératives.

On peut comprendre les services qu'une telle méthode est en mesure de rendre, rien qu'en regardant les photographies ci-jointes.

Ce procédé est réellement susceptible de convenir:

a) Toutes les fois que la région est masquée par des adhérences anciennes, fermes ou très infectées.

Lorsqu'il y a sous le foie une masse homogène, où l'on doit se guider uniquement par la palpation, il est très important de savoir, par la photographie, quel



Figure 4. On voit que l'obstruction est très loin de la *caruncula major*. On y voit un corps régulièrement rond, qui pourra être abordé sur le bord du bulbe duodénale, en se guidant sur le pylore, sans décoller la 2.^{me} portion du duodénum, en perdant son temps, dans cette masse d'adhérences.

est l'aspect ou l'anomalie du cholédoque, du cystique, de l'hépathique, des 3 premières portions du duodénum; la dimension du carré formé par ses 4 portions; la *hauteur* où se termine le cholédoque et où commence l'hépathique; s'il y a une portion du cholédoque en haut du duodénum, dont la constance et la fixité peut révéler l'ulcus, etc.

b) Pour déterminer le point où le cholédoque présente l'obstruction.

c) Pour faire, sur le vif, le diagnostic du calcul biliaire intrahépathique, et de la stricture des voies biliaires; peut-être de l'obstruction maligne, et peut-être aussi de l'obstruction par cholangéite. Parce qu'une maladie peut avoir une infection, visible dans la suppuration de sa bile, mais avoir en même temps un calcul, qui fait les frais de l'obstruction les plus importantes. Et cela d'autant plus que cette cholangéite peut s'accompagner d'une péri-hépatite, dont l'intensité arrive à masquer tout-à-fait le calcul cherché par la palpation, lors de la cholécystostomie qui a évité la mort de la malade. Fig. 1, 2, 3 et 4.

d) Quand l'un des canaux pancréatiques, le Wirsung, au lieu de s'unir au cholédoque, s'ouvre dans l'intestin, directement, il est impossible qu'il soit injecté par l'intermédiaire du cholédoque. Mais, au cas contraire, cela n'est pas impossible. Dans un cas d'*oddite rétractile*, cela aurait une grosse importance pratique, à cause du danger beaucoup plus grand de pancréatite, par infection biliaire de proche en proche.

e) En observant plusieurs fois sur le même malade, ou pourra peut-être résoudre cette question de la guérison de la dilatation au moyen du drainage. Parce que l'on ne sait rien là-dessus.

f) Voici un malade qui traîne sa fistule biliaire depuis des années, ayant fait une cholécystostomie probable, et qui demande guérison. Ce procédé dira s'il y a eu une suture à la paroi, ou du moins la part de cette condition, on montrant, en même temps, les renseignements cités plus haut.

g) Le cas échéant, on pourrait tenter de mesurer ainsi le *tonus* du sphincter, (normalement il va depuis 60.0, jusqu'à 300.0 m. mercure). S'il est trop bas, il ne faut pas attendre de la dilatation post-opératoire.

Voyez, par exemple, la fig. 1, où l'hydrohépathose est due à une obstruction, parce que le cholédoque se termine coupé en ligne droite, ce qui fait penser à une compression par tumeur. En réalité c'était un calcul, régulièrement rond. La sécrétion épaisse, de la boue biliaire explique la rectification de la masse calculense.

La fig. 4 montre cela, après quelques jours.

Regardez l'aspect du cystique, et la moindre dilatation du cholédoque à son niveau.

Dans les figs. 1 et 2 on voit, à partir du doigt qui ferme l'ouverture de la fistule, un trajet irrégulier, quit touche presque le point obstrué du cholédoque, et pourrait être pris par une communication s'ouvrant dans l'intestin. Il n'en est rien.

Les figs. 3 et 4 montrent, avec l'image du duodénum, que le point est très loin de la *caruncula major*.

Et encore la fig. 2 montre, dans une incidence légèrement différente des rayons, que cette tache s'écarte du cholédoque, après la fig. 1. Elle ne s'écarte pas du doigt; c'est un trajet souscutané. La seconde opération l'a confirmé.

Lors de la première intervention, on a fait une cholécystostomie, et l'on a trouvé un calcul rond, d'un cent. de diamètre. Le canal cystique était obstrué, pendant plusieurs jours la fistule ne donnait que de la bile blanche et un peu de pus.

Il y avait eu de la fièvre; pouls à 105, et 36,6 de temp, lors de l'opération, avec, en plus, de l'ictère intense, de l'acholie, et de la cholurie.

La malade n'avait eu qu'une seule colique hépathique, à forme gastralgique, juste avant le commencement de l'ictère. Courbature, somnolence, état générale très mauvais, avec une pulsation filiforme et avec grande hypotension. Opérée d'urgence.

Elle avait une subhépatite, où l'on ne voyait rien, et où l'on ne sentait presque rien par la palpation, la dureté de la tête du pancreas étant continuée par d'autres duretés, du côté des voies biliaires invisibles, encore, après des longues dissections.

Cela a été, tout de même, très bien supporté, parce que j'ai fait l'anesthésie splanchnique postérieure, des deux côtés.

Malgré tout, je ne dis pas que c'est la seule cholécystostomie qui a sauvé la maladie, et la choléduodénographie.

Mas il est hors de doute que cette exploration m'a falicité la deuxième intervention, et que le drainage a rompu l'un des trois cercles vicieux du foie, et derivé l'infection lymphatique qui allait au pancréas.

Mais le traitement médicale que l'on a fait entre les deux opérations n'aurait pas autrement le même résultat: insuline, glycose, suc hépathique, vitamine, urotropine, pancréon, chlorure de calcion; (en injection, tout cela, sauf le pancréon.)

Je rapelle quelques figures de Counsellor et Indoe, (Surgery, Gynec., and obst, n.º 6, vol. XLIII;) elles démontrent l'hydrohépathose, étudiée *sur le cadavre*, au moyen de la solution de la cellulose en acetone, par injection des voies biliaires.

Je tiens à remercier à mon ami le dr. Saint Pastous, dont la compétence en radiologie a seule permis de surprendre les belles radiographies du duodénum.

Les opérations ont été faites avec l'aide de mrs. les drs. Wallau, Brenno Alves, et Argemiro Dornelles, et des internes S. Ribeiro et S. Baldino.

Pancreatite e lipiodol

Comunicação feita á Sociedade de Medicina

Pelo Dr. Saint Pastous

(Do Instituto de Radiologia Clinica).

(Professor da Faculdade de Medicina.)

No numero 168, correspondente ao mez de Abril de 1930, dos „Bulletins et Mémoires de la Société de Radiologie Médicale de France“, vem transcripta uma comunicação de Mr. e Mme. Kaufmann sobre „Le radiodiagnostic lipiodolé des lésions des voies biliaires après fistule.“ Sobre este assumpto os relatores declaram terem lido, em um periodico de cirurgia, interessante trabalho, cheio de observações e clichés muito demonstrativos.

Nesse trabalho o autor tem occasião de confessar a sua surpresa por não ser mais frequentemente empregado o referido methodo, uma vez que elle é „isento de todo perigo“.

Desta conclusão discordam Mr. e Mme. Kaufmann, os quaes tendo verificado em uma das radiographias o refluxo de Lipiodol ao canal de Wirsung, viram nesse facto reproduzido o mecanismo etiogenico da pancreatite hemorragica, provocada experimentalmente por Claude Bernard com injeção de materia gordurosa (manteiga derretida, oleo, banha, etc.) no canal de Wirsung. Um dos relatores demonstrou, com experiencias realizadas no laboratorio do Prof. Charles Richet, que o lipiodol injectado no canal de Wirsung é capaz de produzir os mesmos effeitos de qualquer substancia gordurosa, a saber que elle é capaz de occasionar a morte por pancreatite hemorragica.

Referem a seguinte experiencia:

„Cão B, de 8 kilos e 500 grammas, comeu repasto gorduroso ás 9 horas. A's 16 horas, sob anesthesia por chloralose, foi descoberto o canal de Wirsung e injectados 2 a 3 cc de lipiodol. No dia seguinte pela manhã, o cão estava morto.

Resultado da autopsia: Chyliferos ainda visiveis, cabeça do pancreas destruida, canaes pancreaticos bem desenhados nos folhetos do mesoduodeno, emquanto o tecido glandular estava substituido por sangue viscoso.

Nada de liquido intraperitoneal nem cystosteatonecrose.“

Conclusões propostas pelos relatores:

1) Quando se injecta uma fistula biliar com lipiodol, este oleo pode refluir ao canal de Wirsung (Cotte).

2) Si o succo pancreatico é activo, quer em consequencia da leucocytose por infecção das vias biliares. quer pela presença do lipiodol no intestino (o que é visivel na maior parte dos clichés apresentados pelo autor), ficam preenchidas as condições necessarias á realização experimental da pancreatite hemorragica.

3) Não parece pois que este methodo seja isento de perigo; mas visto o grande interesse que elle apresenta, convem que se o estude empregando uma substancia opaca reconhecida sem perigo para as vias biliares e pancreaticas.

COMMENTARIO.

No caso clinico que deu motivo á comunicação sobre „Choleduodenographia e Hydrohepathose“ apresentado pelo Prof.