

**Zeitschrift:** Bulletin der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften = Bulletin de l'Académie suisse des sciences médicales = Bollettino dell' Accademia svizzera delle scienze mediche

**Herausgeber:** Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften

**Band:** 10 (1954)

**Heft:** 2

**Artikel:** Le traitement chirurgical des sténoses bénignes de l'hépto-cholédoque

**Autor:** Dogliotti, A.M.

**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-307170>

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

### **Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

### **Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 30.01.2026

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

Clinique chirurgicale de l'Université de Turin (Italie) – Directeur: Prof. A. M. Dogliotti

## Le traitement chirurgical des sténoses bénignes de l'hépto-cholédoque

Par A. M. Dogliotti

Les problèmes du traitement chirurgical des sténoses bénignes de l'hépto-cholédoque sont toujours d'actualité à cause de la grande variété des cas, du fait que chaque Ecole suit des directives et des méthodes de traitement différentes.

Depuis quelques années, je me suis adonné à ces très intéressants chapitres de la pathologie et j'ai obtenu des résultats très satisfaisants, grâce à l'introduction de quelques innovations techniques qui sont, à mon avis, d'une importance fondamentale.

Je me limiterai, ici, à traiter des affections suivantes:

1. Cholédoco-oddites.
2. Sténoses cicatricielles post-opératoires de l'hépto-cholédoque.
3. Sténoses biliaires doubles: primitive de la papille et post-opératoire de l'hépto-cholédoque.
4. Cas d'absence complète de l'hépto-cholédoque.

1. La *cholédoco-oddite* (oddite sténosante, scléro-rétractile: *Mirizzi, Del Valle, Donovan*) représente un état pathologique beaucoup plus fréquent qu'on ne le soupçonnait autrefois. Il est rarement primitif,

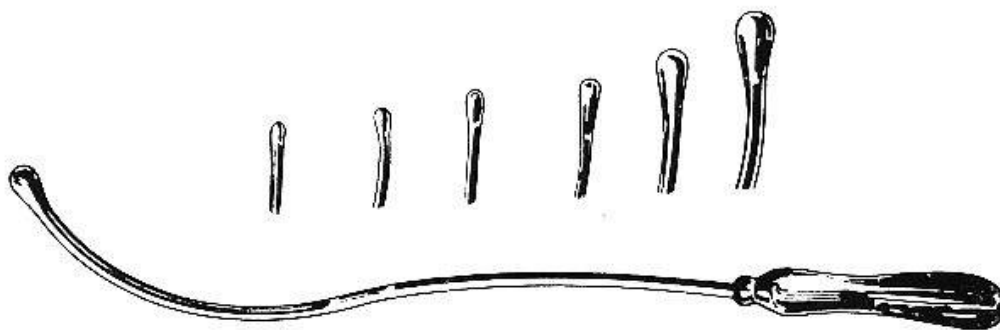


Fig. 1. Sonde olivaire exploratrice pour cholédoque, de métal ductile; il est possible d'en modifier la courbe selon les nécessités du cas. La concavité de la sonde présente une cannelure à section triangulaire, qui commence immédiatement sous la pointe; cette cannelure sert de guide à la pointe d'un bistouri courbe, au moment de la sphinctérotomie de l'Oddi. En haut, on voit les extrémités olivaires de la série des sondes exploratrices.

généralement secondaire à la lithias biliaire, à des poussées de cholangite chronique ou de pancréatite chronique, surtout de la tête, ou encore à une lymphadénopathie du trigone cholédoco-duodéno-pancréatique.

Dans tous ces cas, il est nécessaire d'explorer systématiquement le cholédoque. S'il est dilaté, même si au toucher on ne constate ni calcul ni autre lésion, nous considérons comme indication absolue la cholédocotomie et l'exploration instrumentale du canal biliaire principal avec des sondes flexibles, avec olive terminale de diverses grosseurs (fig. 1).

Dans les cas douteux seulement, je procède à un examen manométrique et cholangiographique per-opératoire, en me servant d'une installation spéciale, qui se compose d'un radiomanomètre électrique et d'un lit radio-chirurgical (fig. 2 et 3).

Ayant désormais acquis une remarquable expérience, je recours actuellement de plus en plus rarement à l'examen cholangiographique car,

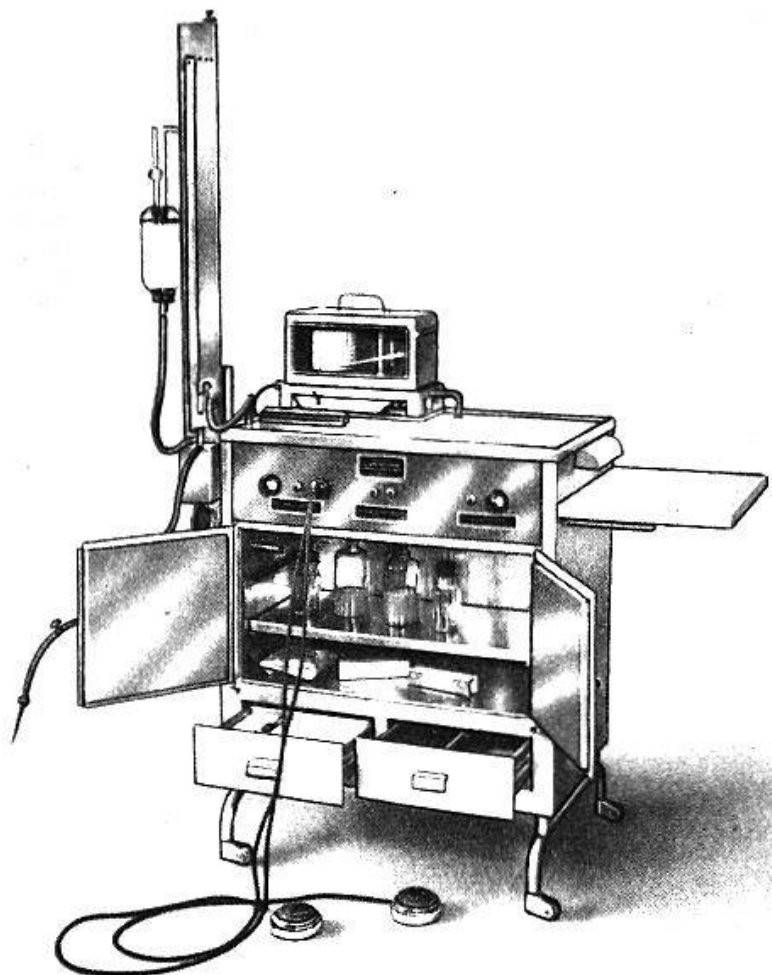


Fig. 2. Radiomanomètre électrique avec thermostat et enregistreur de pression. L'appareil se compose essentiellement de trois parties: 1. un système de perfusion avec tube de Mariotte actionné par un dispositif électrique actionné à distance au moyen de commandes à pédale; 2. un appareil enregistreur de pression; 3. un thermostat.

avec le simple sondage du cholédoque et de l'hépatique au moyen des sondes décrites ci-dessus, on réussit plus rapidement à préciser le siège et le degré de la sténose.

Si la sténose de l'extrémité distale du cholédoque peut être facilement forcée en poussant la sonde, je me limite à la dilater progressivement jusqu'au passage de la sonde de plus gros calibre. Si, au contraire, je rencontre une forte résistance, je procède à la papillotomie transduodénale, incisant longitudinalement, sur 2 cm environ, la paroi antérieure du duodénum. J'explore alors la papille sténosique mise en évidence par la sonde poussée dans le cholédoque. Je l'incise au bistouri, direction pylore, sur 4-5 mm, ce qui permet le passage de la sonde du cholédoque dans le duodénum.

Je fixe alors à l'extrémité olivaire de la sonde, avec un fil de soie, un tube en caoutchouc de calibre 22-24 de la filière Charrière percé en plusieurs points à son extrémité distale sur une longueur de 8-10 cm. En retirant la sonde, on fait remonter le tube de caoutchouc dans le cholédoque, de telle façon que son extrémité proximale, sans trous, sorte de l'incision du cholédoque. Ce tube servira par son extrémité proximale au drainage temporaire externe de la bile. Son extrémité distale percée

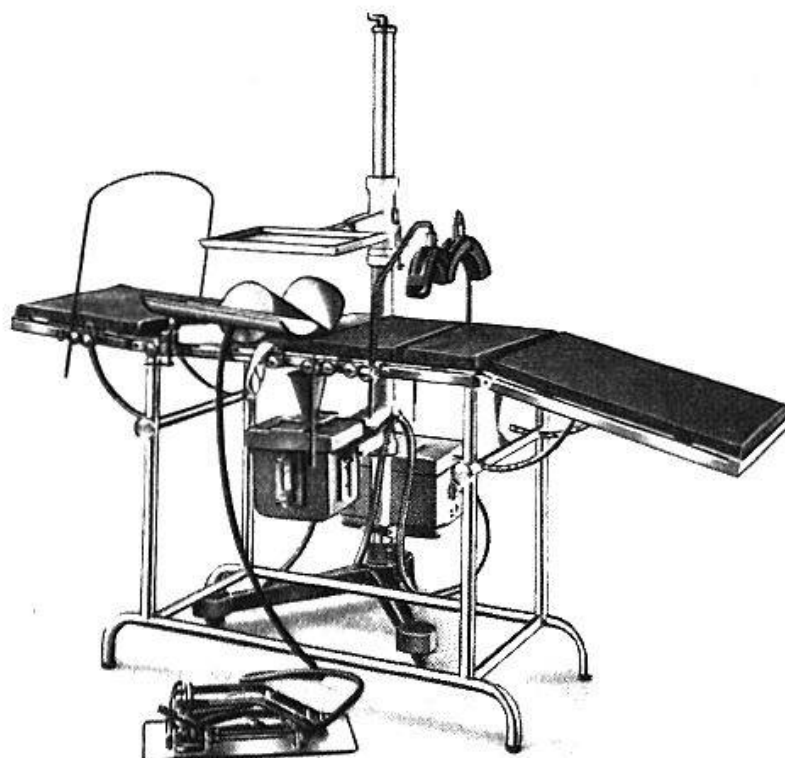


Fig. 3. Position dans laquelle se trouve l'appareil radiologique par rapport au lit radio-chirurgical au moment de la prise des cholangiographies. Le tube des rayons X est déjà centré avec le support du châssis, sous lequel est disposée une grille anti-diffuseur Schönander. Au pied du lit, on voit la pompe pour gonfler à volonté le coussin pneumatique de *Ragnotti*.

doit rester dans le cholédoque et pénétrer de quelques cm dans le duodénum: grâce aux trous latéraux la bile et le suc pancréatique peuvent ainsi immédiatement couler librement dans le duodénum.

Lorsqu'on a pu dilater la papille sans papillotomie transduodénale, on fera passer le tube percé à travers l'incision du cholédoque. On doit toutefois se rappeler qu'il est indispensable de pousser la partie percée du tube dans le duodénum (fig. 4).

Ce drainage transpapillaire, fixé solidement à la peau avec un point de soie, doit rester en place pendant vingt jours au moins après l'opération: on obtiendra ainsi une cicatrisation de la papille et du sphincter sur un calibre suffisant pour que la sténose ne récidive pas. On peut, déjà quelques jours après l'opération, fermer l'extrémité externe du tube pour obliger toute la bile à couler dans le duodénum.

Lorsqu'on enlève le tube, on ne constate jamais une importante sortie de bile et la plaie se ferme définitivement en quelques jours. A l'examen radiographique gastro-duodénal fait quelques jours après, on n'observe pas de reflux opaque dans la voie biliaire principale, parce que la con-



Fig. 4. Tube en caoutchouc percé dans la portion qui traverse le cholédoque; en bas, après avoir franchi la papille, le tube pénètre nettement dans le duodénum; l'autre extrémité, par contre, sort à l'extérieur.

tention de la jonction cholédoco-duodénale est assurée par le parcours oblique de la partie terminale du cholédoque dans la paroi postérieure du duodénum.

Notre expérience est tout à fait favorable à la méthode que j'ai décrite et, dans une cinquantaine de cas opérés, j'ai observé une seule récurrence.

2. Pour le groupe de *sténoses cicatricielles post-opératoires de l'hépatocolédoque*, les interventions généralement responsables de la lésion sont la cholécystectomie difficile et la gastrectomie trop étendue vers le duodénum.

Le traitement chirurgical de ces sténoses cicatricielles post-opératoires est bien connu et on peut le résumer ainsi :

a) Dans les sténoses d'extension limitée avec simple réduction de la voie biliaire, il est généralement suffisant d'effectuer une plastique à élargissement, avec incision longitudinale et suture transversale sur un tube de prothèse poussé jusque dans le duodénum.

b) En cas de pertes limitées de substance et dans les sténoses serrées mais peu étendues de l'hépatocolédoque, il est préférable de réséquer la portion sténotique, en pratiquant ensuite une suture circulaire termino-terminale sur tube de prothèse toujours poussé jusque dans le duodénum.

c) Dans les sténoses serrées, étendues, ou dans les fortes pertes de substance de l'hépatocolédoque, dans lesquelles, cependant, a été conservé un moignon d'hépatique, j'ai toujours pu exécuter une hépatico-jéjunostomie sur anse jéjunale défonctionnalisée, avec entéro-entéro-anastomose au pied de l'anse.

3. On doit considérer à part les cas de doubles sténoses biliaires : primitive de la papille et cicatricielle post-opératoire de l'hépatocolédoque. Il est très important de reconnaître cette double sténose, au moment de l'intervention par le sondage du cholédoque dans les deux directions, car, si on manque de reconnaître l'une ou l'autre des sténoses, on peut être sûr de l'échec opératoire (fig. 5).

Après avoir traité les deux sténoses de la façon indiquée auparavant, je recours à une des deux méthodes de drainage suivantes :

a) Tube classique en *T*, de façon qu'un bout de la branche transversale serve de support à la suture plastique de la sténose post-opératoire de l'hépatocolédoque, tandis que l'autre extrémité doit être poussée jusque dans le duodénum. Il est nécessaire que la branche transversale du tube en *T* ait de nombreux trous latéraux pour faciliter le passage de la bile dans le duodénum.

b) Pour éviter qu'en enlevant le tube en *T*, on puisse provoquer une déchirure du cholédoque, j'ai eu l'idée, dans ces sténoses biliaires doubles, d'effectuer le drainage de la façon suivante :



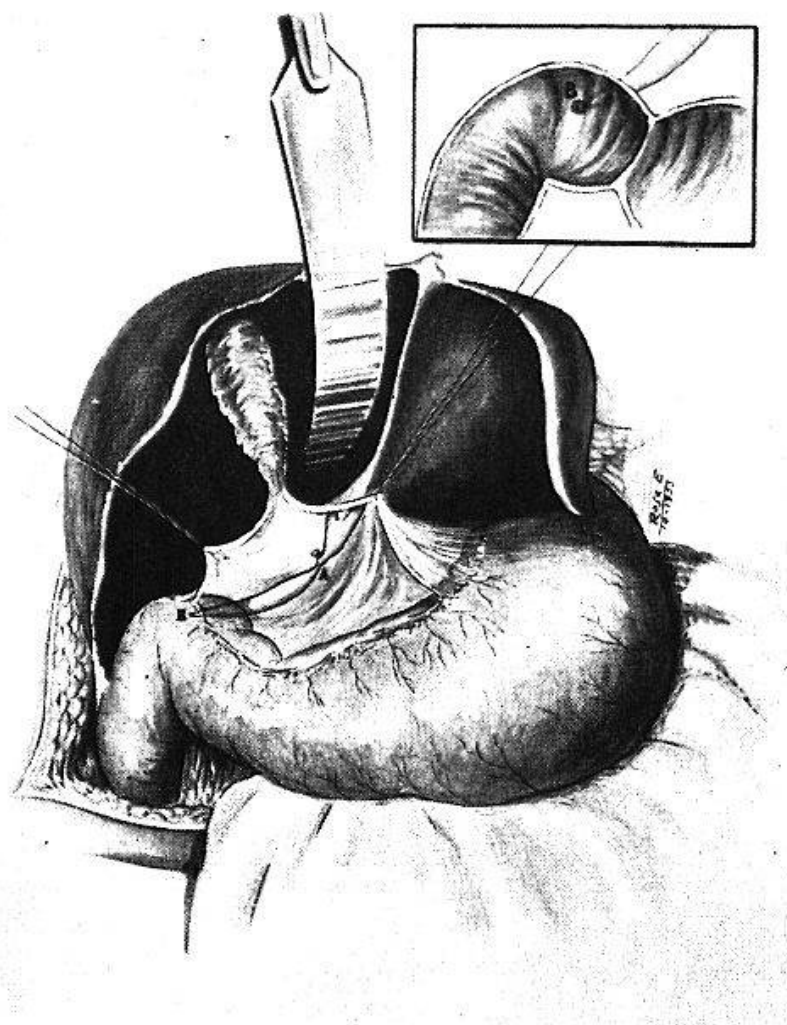


Fig. 5. Double sténose de l'hépto-cholédoque: a) en haut: sténose cicatricielle post-opératoire, presque toujours à proximité du débouché du cystique dans le cholédoque; b) en bas: sténose primitive, typique de l'odddite scléro-rétractile.

Après avoir exécuté la papillotomie transduodénale et la dilatation ou la résection de la sténose post-opératoire de l'hépto-cholédoque, à travers la papille de Vater incisée, je fais remonter, jusqu'au confluent des deux hépatiques, un long tube en caoutchouc, percé de trous dans la portion qui restera dans le cholédoque et dans le duodénum. Ensuite, je fais passer l'autre extrémité du tube à travers le pylore jusque dans l'estomac et la fais sortir enfin à l'extérieur, à travers une petite incision pratiquée dans la paroi antérieure de l'estomac, fermant de suite la petite incision gastrique autour du tube avec une suture circulaire en soie. L'opération est complétée par la suture du cholédoque sur le tube, et celle de l'incision duodénale et de la paroi abdominale (fig. 6).

Pendant les premiers jours après l'intervention, on draine à l'extérieur, à travers le tube de caoutchouc, de la bile mêlée à du suc gastrique et pancréatique.

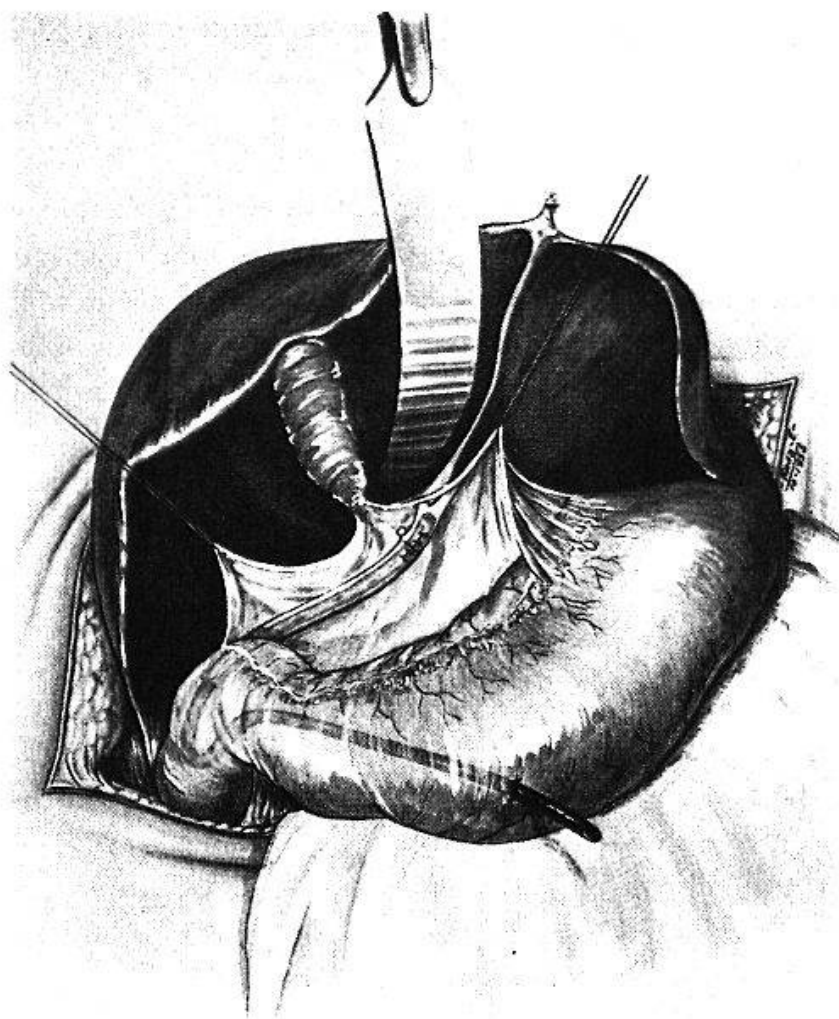


Fig. 6. Le tube transcholédoco-duodéno-gastrique en place. Le tube présente des trous dans sa portion cholédocique et duodénale; il est ancré par un point au débouché du cholédoque dans le duodénum; en haut, après avoir dépassé le cystique, il arrive au confluent des deux hépatiques. Au-dessus du tube en caoutchouc, le cholédoque a été complètement suturé.

Le tube qui sort de l'estomac est très utile, non seulement, pour drainer la bile à l'extérieur, mais aussi, pour drainer la cavité gastrique; il remplace avantageusement la sonde gastrique introduite par voie nasale, que certains patients tolèrent mal.

Quatre ou cinq jours après l'opération, lorsque la canalisation de l'intestin a été rétablie, on ferme, avec une pince, le tube qui sort de l'estomac, et vingt jours environ après l'intervention, le tube est retiré. La petite plaie gastrique se ferme de suite spontanément.

Le tube en caoutchouc assure ainsi un excellent drainage biliaire externe et interne et permet de modeler les segments biliaires précédemment sténotiques sur un calibre suffisant.

Cette méthode permet surtout la suture immédiate et totale et la guérison «per primam» des incisions de l'hépato-cholédoque.



En laissant en place ce drainage pour 3 semaines environ, on évite tout danger de sténoses cicatricielles post-opératoires du cholédoque.

4. *Il me reste maintenant à parler des rares cas d'absence complète de l'hépto-cholédoque.*

Cette absence peut être due à l'extirpation chirurgicale pure et simple du duct, par suite d'une grave erreur de technique opératoire, ou plus fréquemment, elle est due à des lésions chirurgicales accidentelles, même limitées, du cholédoque, suivies par un épanchement de bile et de suc pancréatique qui, en s'infectant, provoque la macération et la digestion des ducts biliaires extra-hépatiques. Il s'ensuit la formation d'une fistule biliaire et, plus tard, avec la cicatrisation du moignon biliaire proximal, d'un ictère total.

Pour ces cas, j'ai réalisé, dès 1946, l'intrahépatoducto-gastrostomie.

L'intervention consiste dans l'anastomose du duct biliaire intra-hépatique central du lobe gauche du foie avec l'estomac.

Dans ce but, il est nécessaire de sectionner sur un plan sagittal la moitié ou les deux tiers gauches du lobe hépatique gauche.

Après avoir libéré ce lobe par la section du ligament hépto-diaphragmatique, tandis qu'un assistant tient comprimée la base entre deux doigts faisant tenaille, le chirurgien incise avec un bistouri le parenchyme sur un plan sagittal. On lie séparément les plus gros vaisseaux, tandis que l'hémorragie parenchymateuse se laisse arrêter facilement avec des points

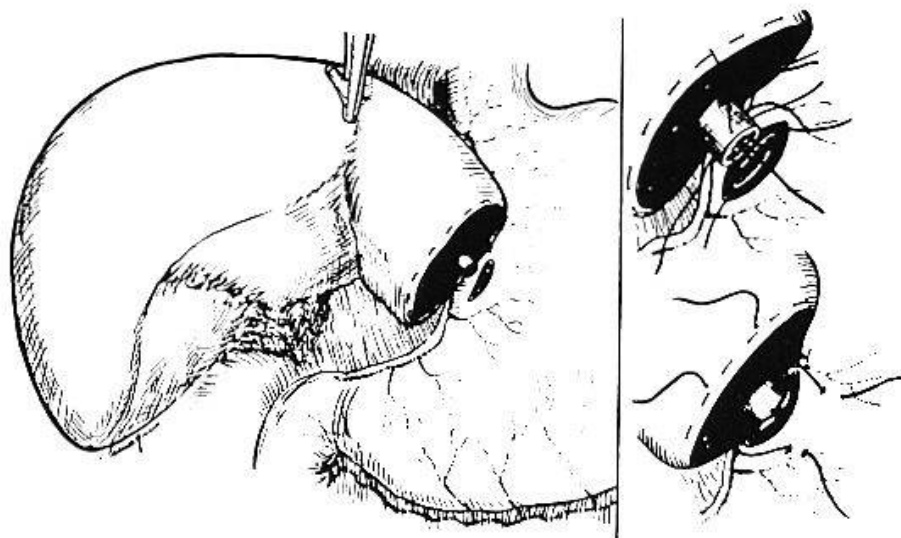


Fig. 7. Technique de la «intrahépatoducto-gastrostomie»: Les deux tiers du lobe gauche du foie ont été réséqués sur un plan antéro-postérieur sagittal: on voit clairement le moignon du duct biliaire lobaire principal et la petite incision pratiquée dans la paroi gastrique qui doit être anastomosée au duct. Après avoir arrêté l'hémorragie tissulaire avec des points U, on commence à pratiquer la suture postérieure de l'anastomose entre le moignon du duct intra-hépatique et la petite boutonnière pratiquée dans la paroi gastrique. On peut nettement observer les détails de la suture elle-même, ainsi qu'ils sont décrits dans le texte.

en U. Le duct biliaire lobaire principal, ou duct collecteur central du lobe gauche, est naturellement très dilaté par la présence d'une forte stase biliaire, si bien qu'il est facile de le dépister et de l'isoler sur une longueur de 2 ou 3 cm. On procède alors à l'anastomose termino-latérale entre l'extrémité libre du duct biliaire intra-hépatique gauche ainsi isolé et la paroi antérieure de l'estomac, au point le plus rapproché, de façon à éviter des tensions sur l'anastomose bilio-gastrique (fig. 7).

Pour cette anastomose, j'ai toujours employé des points séparés en soie et exécuté deux couches de suture. On doit tout particulièrement soigner la suture entre le bord libre du duct biliaire et la muqueuse de l'estomac. On assure, enfin, une parfaite stabilité et protection de la suture profonde par plusieurs points d'appui entre le foie et la paroi séromusculaire de l'estomac (fig. 8).

Après mon premier cas opéré en 1946, j'ai été obligé de recourir à cette méthode dans cinq autres cas, et toujours avec succès. Dans aucun cas, je n'ai observé ni reflux gastro-hépatique, ni épisode d'angiocholite, ni sténose secondaire de l'anastomose bilio-gastrique.

Quelque temps après avoir exécuté ma première intervention, j'ai appris que *Longmire* de Baltimore avait exécuté, à peu près en même temps que moi, une intervention basée sur des principes analogues, mais avec une technique diverse, car *Longmire* anastomose le duct intra-hépatique avec une anse du jéjunum.

J'espère vous avoir démontré qu'il y a plusieurs méthodes pour rétablir dans les différentes circonstances la voie biliaire, mais qu'il faut les connaître toutes et choisir la plus indiquée afin de donner aux malades les meilleures chances de guérison.

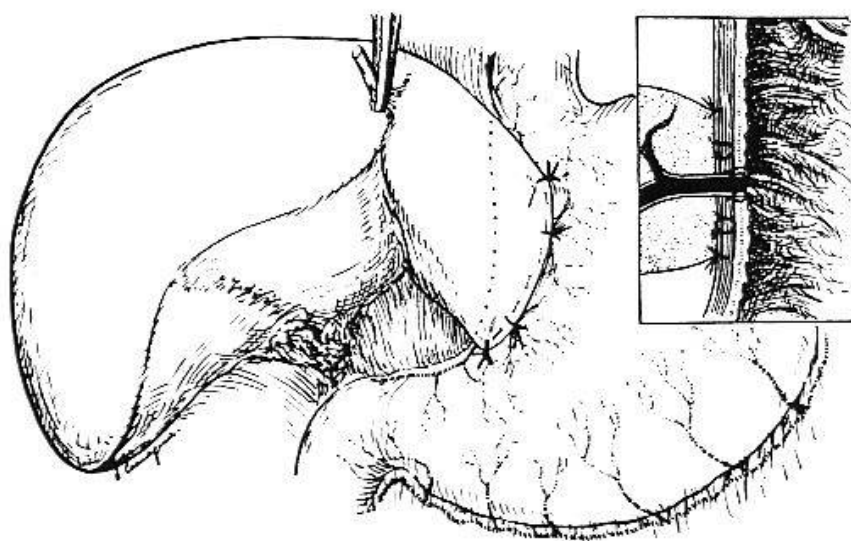


Fig. 8. Technique de la «intrahépatoducto-gastrostomie»: Divers points d'appui entre le périhépaton et la paroi séromusculaire de l'estomac assurent une parfaite stabilité et protection de la suture profonde. On voit clairement le détail de cette suture.

### *Résumé*

Ayant présenté les appareils de radiomanométrie per-opératoire qui, à la clinique chirurgicale de Turin, sont en usage dans la chirurgie des voies biliaires, l'auteur décrit ses méthodes personnelles pour le traitement chirurgical de l'oddite, de la sténose cicatricielle de l'hépatocolédoque, de la double sténose de la voie biliaire principale et la technique de la intrahépatoducto-gastrostomie pour le traitement des cas, qui présentent l'absence totale des voies biliaires extrahépatiques; dans tous les six cas opérés par la technique de la intrahépatoducto-gastrostomie, il a eu des résultats excellents.

### *Zusammenfassung*

Nachdem der Autor die in der chirurgischen Klinik in Turin bei der chirurgischen Behandlung der Gallenwege verwendete Apparatur für die peroperative Radiomanometrie gezeigt hatte, beschrieb er seine persönlichen Methoden der Behandlung der Odditis, der Narbenstenose des Hepatocholedochus, der doppelten Stenose der Hauptgallengänge und die Technik der Intrahepatoductogastrostomie für die Behandlung jener Fälle, welche keinerlei außerhalb der Leber befindliche Gallengänge besitzen. In allen sechs Fällen, bei denen die Technik der Intrahepatoductogastrostomie bisher angewendet worden ist, sind die Resultate ausgezeichnet.

### *Riassunto*

L'autore, dopo aver presentato l'attrezzatura in uso presso la Clinica Chirurgica di Torino per la radiomanometria per-operatoria nella chirurgia delle vie biliari, illustra i suoi metodi personali per il trattamento chirurgico dell'oddite, della stenosi cicatriziale dell'epato-coledoco, della stenosi doppia della via biliare principale e la tecnica della intraepatodottogastrostomia per il trattamento dei casi che presentano la completa mancanza delle vie biliari extraepatiche; nei sei casi finora operati con la tecnica della intraepatodottogastrostomia il risultato è sempre stato ottimo.

### *Summary*

Having described the radio-manometric surgical apparatus which are used in the surgical clinic of Turin for surgery of the bile ducts, the author gives his own methods for surgical treatment of odditis, of cicatrised stenosis of the hepato-choledochus duct, of double stenosis of the main bile duct, and the technique of intra-hepatoductogastrostomy for the treatment of cases which have a total absence of extra-hepatic bile

ducts. In all six cases which were operated with the technique of intrahepatoduodenogastrostomy, excellent results were obtained.

*Clute, H. M.*: Secondary operations on the biliary tract. *Amer. J. Surg.* **53**, 475–480 (1941). – *Cole, W. H., Reynolds, J. T., et Ireneus, C.*: Strictures of the common duct. *Ann. Surg.* **128**, 332–347 (1948). – *Colp, R.*: Hepaticoduodenal intubation with hepato-duodenostomy for traumatic stricture of the hepatic duct. *Surg. Gynec. Obstet.* **80**, 190–196 (1945). – *de Vernejoul, R., et Devin, R.*: Le rétrécissement post-opératoire des voies biliaires. Masson & Cie., Paris 1953. – *Dogliotti, A. M.*: Resezione del lobo sinistro del fegato. Intraepatodotto-gastrostomia per il trattamento di oblitterazione delle vie biliari extra-epatiche. *Boll. e Mem. Soc. Piem. Chir.* **20**, 181/182 (1950). – *Dogliotti, A. M.*: Sulle stenosi cicatriziali croniche delle vie biliari e sul loro trattamento. *Minerva med. (Torino)* **42**, 615 (1951). – *Flickinger, F. M., et Masson, J. C.*: Reconstructive operations for benign stricture of the bile ducts. *Surg. Gynec. Obstet.* **83**, 24–36 (1946). – *Franklin, R., Saypol, G. M., et Slaterry, L. R.*: Benign fibrous stenosis of the bile duct. *Amer. J. Surg.* **79**, 545–548 (1950). – *Lahey, H. E., et Pyrttek, L. I.*: Experience with the operative management of 280 strictures of the bile ducts. (With a description of a new method and a complete follow-up study of the end results in 229 of the cases.) *Surg. Gynec. Obstet.* **91**, 25/26 (1950). – *Longmire, W. P., et Sandford, M. C.*: Intrahepatic cholangiojejunostomy with partial hepatectomy for biliary obstruction. *Surgery* **24**, 264–276 (1948). – *Mallet-Guy et Jeanjean, F.*: Contrôle fonctionnel de la sphinctérotomie pour maladie du sphincter d'Oddi. *Lyon chir.* **44**, 419/434 (1949). – *Massie, F. M.*: The Longmire operation for common duct obstruction. *Ann. Surg.* **131**, 838–845 (1950). – *Sanders, R. L.*: Surgical indications in diseases of the common bile duct. *Ann. Surg.* **119**, 374–380 (1944).

#### Discussion:

*P. Decker (Lausanne)*: Le Prof. *Dogliotti* nous a montré un appareil pour la manométrie per-opératoire des voies biliaires. Mais, il nous a dit que l'exploration la plus efficace était, pour lui, celle qui était faite avec une sonde métallique flexible à olive. Je suis persuadé de l'utilité de cette exploration, comme aussi de l'exploration radiologique per-opératoire. J'avoue ne pas comprendre l'utilité de la manométrie. Je me permets de demander à M. *Dogliotti* quelle est pour lui la place de la manométrie.

*R. Nissen (Basel)*: In der Frage der Exploration des Ductus choledochus hat Herr *Dogliotti* gewiß recht, daß sie grundsätzlich jeder Cholecystektomie hinzugefügt werden sollte. Nur glaube ich, daß Choledochomanometrie und Cholangiographie schonendere und zuverlässigere Verfahren sind als die instrumentelle Revision. Die transduodenale Spaltung des Sphincter Oddii bei Zuständen von narbiger Verengung ist doch gelegentlich von Recidiven gefolgt. Die Umgehungsanastomose (Choledochoduodenostomie) ist meines Erachtens ohne Grund in Mißkredit geraten. Die oft zitierte aufsteigende Infektion kommt eigentlich nur bei zu enger Anastomose vor; das haben hundertfältige Erfahrungen bewiesen. Natürlich kommt es zum Reflux von Duodenalinhalt, aber das ist harmlos.

Unter den gutartigen Hepaticus- und Choledochusobstruktionen sind die schwerwiegendsten diejenigen, die nach operativer Durchtrennung oder Unterbindung zurückbleiben. Und hier ist es so, daß die End-zu-End-Anastomose der Gallengangsstümpfe jedenfalls bessere Fernresultate gibt als die Hepatico-Jejunostomie. Anscheinend bildet sich an der Grenzzone vom flachen Gallengangsepithel und Darmepithel gern ein Narbenring – wir sehen ja eine ähnliche Neigung zur Striktur bei der Verbindung vom Plattenepithel des Oesophagus und dem Magenschleimhaut- oder Darm-schleimhautepithel. Selbst bei ausgedehnter Zerstörung gelingt es meist, die beiden Stümpfe des Gallenganges so zu mobilisieren, daß sie vereinigt werden können. Eventuell muß man den retroduodenal gelegenen Rest des Choledochus transduodenal von der Papille her sondieren und mit Hilfe der liegenden Sonde freipräparieren.



Der Ernst einer solchen operativen Verletzung kann gar nicht genug unterstrichen werden. Zusammenstellungen haben gezeigt, daß die durchschnittliche Lebenserwartung der Patienten 7 Jahre beträgt. Dann gehen sie trotz wiederholter Anastomosen an biliärer Cirrhose der Leber zugrunde. Diese schlechte Prognose gilt anscheinend nicht für die Vereinigung des Gallengangstumpfes. Wir haben kürzlich einen Kranken operiert, bei dem vorher zweimal eine Anastomose mit dem Intestinaltrakt gemacht worden war. Trotzdem ließen sich die Hepaticus- bzw. Choledochusstümpfe noch darstellen und anastomosieren.

Die von Herrn *Dogliotti* beschriebene Anastomose der Resektionsfläche des linken Leberlappens mit dem Intestinaltrakt habe ich einmal bei einem halbjährigen Kind mit kongenitaler Atresie des extrahepatischen Gallenganges durchgeführt. Auffälligerweise war das Kind trotz des halbjährigen Icterus in gutem Zustand. Der Erfolg hat bisher 5 Jahre angehalten. Es wurde damals nach dem Vorgehen von *Longmire* die erste nach *Roux* mobilisierte Dünndarmschlinge zur Anastomose benutzt.

*A. Jentzer* (Genève): Je félicite mon collègue, le professeur *Dogliotti*, de sa communication. Je crois que, dans l'ensemble, il a raison de ne pas toujours pratiquer la manométrie et la cholangiographie. Toutefois, dans les cas où il y a eu un ictère, je pense qu'il est prudent de procéder à ces examens. D'après les statistiques, on a, même après contrôle du cholédoque avec des sondes flexibles, des récidives dans le 20 à 30% des cas. Ces récidives s'expliquent, car il est impossible, avec le sondage, de déceler un micro-lithe, qui devient par la suite un macrolithe, provoquant ainsi une récidive. Il serait intéressant que M. *Dogliotti* puisse nous donner une statistique intégrale, basée sur dix ans, pour les cas où il n'a utilisé, ni la manométrie ni la cholangiographie.

#### Réponses:

à M. *Decker*: Après avoir employé systématiquement la manométrie et la radiographie per-opératoire, je suis arrivé à la conviction que, dans la généralité des cas, on peut obtenir le même résultat par une simple mais soigneuse exploration de la voie biliaire principale avec des sondes flexibles de différent calibre. On gagne certainement beaucoup de temps, parce que la radiomanométrie opératoire exige à peu près 20–30 min. Par contre, on parvient à faire une exploration complète à la sonde en 3–5 min. Je réserve donc la radiomanométrie aux cas douteux, qui sont en vérité très rares.

à M. *Nissen*: Je suis tout à fait d'accord avec le Prof. *Nissen* pour admettre la supériorité de la reconstruction du cholédoque avec une suture termino-terminale, après résection du trait sténosé. Mais, il y a certainement des cas où il est impossible de disposer de deux moignons suffisants pour faire cette anastomose. Dans ces cas, s'il est possible de dépister, même au niveau de l'hilus du foie, le moignon supérieur ou hépatique, je fais une anastomose directe entre ce moignon et le duodénum ou l'intestin grêle.

Mais, s'il est impossible de trouver le moignon hépatique, alors il ne reste qu'à recourir à l'opération que j'ai proposée et faite: c'est-à-dire, à la résection du lobe gauche du foie, la préparation du ductus collecteur intralobaire et son anastomose avec l'estomac. Pour éviter toute sténose post-opératoire, il faut faire une suture termino-latérale très soignée, à points séparés, entre le ductus lobaire et la muqueuse gastrique.

à M. *Jentzer*: Comme je l'ai déjà dit au Prof. *Decker*, j'ai tellement apprécié la recherche radiomanométrique per-opératoire que j'ai fait construire l'appareil et le lit spécial dont je vous ai montré le cliché. Je reconnais, avec mon ami, le Prof. *Jentzer*, que les études de *Mirizzi*, de *Del Valle* et de *Mallet-Guy* à l'aide de la radiomanométrie des voies biliaires ont vraiment favorisé une meilleure connaissance de la pathologie des voies biliaires. Mais actuellement, grâce à ces résultats et à une heureuse expérience personnelle, j'ai presque abandonné la radiomanométrie intra-opératoire, qui prend trop de temps et qui laisse parfois des doutes d'interprétation. Je me limite à une soigneuse exploration des voies biliaires avec des sondes métalliques flexibles, à extrémité olivaire et de calibre différent. Cette exploration m'a toujours permis de préciser d'une façon suffisante l'état des voies biliaires pour choisir l'opération la plus indiquée.