

de l'artère hépatique pour que celle-ci ne coure aucun risque dans la cholécystectomie. L'artère cystique, branche de l'hépatique, pourrait, au contraire, être facilement intéressée, mais elle est de petit volume et peu redoutable.

Le *canal cystique*, obliquement dirigé en arrière et à gauche, s'abouche avec le cholédoque en formant avec ce conduit un angle très aigu en haut. Il est bosselé, irrégulier, contourné sur lui-même, et l'insufflation (fig. 241) ne fait pas disparaître ces bosselures. Tous les opérateurs signalent la difficulté qu'on éprouve quelquefois à enlever un calcul biliaire fixé au niveau du col de la vésicule, ce qui tient vraisemblablement à cette disposition anatomique, le calcul étant enchatonné dans une de ces bosselures.

Le *cholédoque* est notablement plus long et plus large que le cystique. Lorsqu'il est distendu par l'insufflation, il revêt l'aspect que j'ai représenté sur la figure 241. Une grande partie de ce canal est recouverte par la première portion du duodénum, qu'il faut abaisser pour le découvrir sur le vivant. Le cathétérisme du cholédoque ne saurait être fait que par le cystique après ouverture de la vésicule biliaire, mais cette manœuvre est bien difficile en raison des sinuosités du canal cystique. La description du cholédoque, telle que je viens de la faire, est certainement exacte, ainsi qu'en témoigne la figure 241, représentant rigoureusement une pièce anatomique : c'est-à-dire qu'il existe une portion sus-duodénale du cholédoque et une portion rétro-duodénale.

Toutefois, M. Wiart, qui a fait du canal cholédoque une étude spéciale, est arrivé à des conclusions nouvelles, à savoir que ce canal n'offre pas la même disposition chez tous les sujets. Voici, du reste, ces conclusions :

« Le cholédoque n'a point, dans la majorité des cas, l'étendue qu'on lui reconnaît d'habitude. L'union des canaux hépatique et cystique, qui marque son origine se fait, en général, derrière le duodénum, et l'existence d'une portion sus-duodénale est la disposition la plus rare.

« Le canal, dans sa portion rétro-duodénale, entre en contact intime avec la face postérieure de la première portion du duodénum.

« Dans sa portion pancréatique, il est logé, le plus souvent, dans une gouttière glandulaire et il répond en arrière sur toute son étendue, mais de façon médiate, à la face antérieure de la veine cave. »

Je ne puis m'empêcher de faire remarquer que si les rapports directs du cholédoque avec la veine porte et l'artère hépatique, si ses rapports indirects avec la veine cave ont une réelle fixité, il n'en saurait être de même avec le duodénum, susceptible de changer de volume et de suivre, jusqu'à un certain point, l'estomac dont les déplacements sont si fréquents.

Entre le duodénum et le pancréas, sur le trajet, par conséquent, du cholédoque, se trouvent toujours deux ou trois ganglions lymphatiques.

Le canal cholédoque peut être obstrué par un cancer de la tête du pancréas, et aussi par des calculs arrêtés sur un point de son trajet. Dans le premier cas, la vésicule biliaire est toujours fortement distendue, tandis que, s'il s'agit d'un calcul, la vésicule est ordinairement rétractée et ratatinée. Cette différence singulière, mais bien constatée par la clinique, trouverait peut-être son explication dans le fait anatomique signalé par M. Wiart, c'est-à-dire que le canal hépatique descendant, sur la majorité des sujets, plus bas qu'on ne l'avait dit