

Ces diverses lésions peuvent se rencontrer sur toute l'étendue des voies biliaires; mais si le processus infectieux est toujours le même, il peut y avoir dans les désordres provoqués par l'invasion microbienne quelques différences suivant le point des voies biliaires où elle s'exerce, suivant l'épaisseur de la paroi et la résistance qu'elle oppose à la pénétration bacillaire.

Dans les diverses localisations d'une même infection, les lésions fondamentales sont à peu près les mêmes, mais on comprend combien les phénomènes d'extension aux parties voisines doivent différer suivant que les voies biliaires infectées et suppurantes sont extra-hépatiques, ou suivant qu'elles pénètrent dans l'intérieur du foie et jusqu'au sein des lobules.

Nous venons de voir, en décrivant le processus microbien qui aboutit aux abcès biliaires, que la paroi des canaux présentait des lésions souvent graves: la muqueuse, rouge, gonflée, épaissie, tomenteuse, se couvre par endroits d'ulcérations plus ou moins profondes, ulcérations qui peuvent empiéter sur la couche sous-jacente et provoquer des perforations complètes.

En dehors du foie, ces perforations peuvent avoir les plus graves conséquences et entraîner des péritonites rapidement mortelles. La réaction inflammatoire détermine en d'autres points un épaississement notable de la paroi qui, au niveau du cholédoque ou de la vésicule, s'entoure de fausses membranes souvent très épaisses, surtout dans les cas subaigus, au cours desquels l'affection peut se prolonger longtemps. Il y a là des lésions assez analogues à celles que j'aurai à décrire plus loin à propos de la lithiase, si souvent compliquée d'infection et de suppuration chronique des voies biliaires.

La vésicule, quelquefois distendue au point de devenir énorme, est presque toujours ratatinée, atrophiée, épaissie. C'est la règle, ainsi que l'ont fait remarquer les premiers Courvoisier et Terrier, lorsque les phénomènes d'obstruction du cholédoque qui ont entraîné l'infection sont dus à des calculs. Les obstructions d'une autre nature entraînent presque toujours, au contraire, une dilatation. Il est d'ailleurs, surtout dans les cas de rétraction vésiculaire, difficile de se rendre compte de l'aspect du réservoir biliaire, car il y a presque toujours des phénomènes de péricholécystite qui viennent l'enfour sous de nombreuses adhérences. Parfois les lésions sont plus avancées encore et au milieu des adhérences on trouve des nappes de pus plus ou moins régulièrement disséminées. A la coupe, la paroi vésiculaire est très épaissie, souvent infiltrée de pus, présentant de véritables abcès pariétaux qui communiquent souvent à travers la muqueuse ulcérée avec le contenu purulent de la vésicule et parfois aussi, grâce à la perforation complète du cholécyste, avec les collections purulentes qui l'entourent.

Dans l'intérieur de la vésicule, le pus peut revêtir tous les aspects

et contenir toutes les impuretés. Parfois il est vert, crémeux, plus ou moins teinté par la bile; parfois il est fétide, strié de sang, mélangé de grumeaux, encombré de calculs, épaissi par une poussière biliaire qui le transforme en une boue noirâtre. Bien entendu tous les microbes dont j'ai parlé plus haut et, en particulier, le « grand parasite des voies biliaires », suivant l'expression de Gilbert, le *Bacterium coli commune*, peuvent se rencontrer dans le pus et dans les parois de la vésicule.

Dans les infections non accompagnées de lithiase, les désordres vésiculaires sont en général moins profonds, la vésicule est souvent dilatée, amincie, surtout aux dépens de ses couches muqueuse et musculuse qui peuvent s'atrophier, au point que la séreuse seule semble persister. Le contenu est alors presque toujours fluide, peu épais, tenant en suspension quelques flocons de muco-pus, parfois complètement incolore, parfois hématique, presque toujours stérile — et nous retrouvons ici toutes les formes de cholécystites énumérées plus haut (Voy. p. 184).

Certaines infections, et en particulier l'infection typhique, déterminent dans les voies biliaires des lésions un peu spéciales. « Il semble, dit Dominici, que le bacille d'Eberth conserve dans les voies biliaires les propriétés ulcécratives qu'il possède vis-à-vis de l'intestin. » Il y a dans les canaux principaux, et surtout dans la vésicule, de nombreuses ulcérations, souvent assez étendues, très nettes, à bords taillés à pic, ulcérations qui peuvent gagner la séreuse et provoquer la perforation complète de la vésicule.

Des lésions analogues se rencontrent encore dans les suppurations biliaires consécutives à l'infection par le bacille du choléra, le pneumocoque, etc. Je ne puis insister sur tous ces détails qu'on trouvera avec tous les développements qu'ils comportent dans les thèses citées plus haut.

Telles sont les lésions principales des infections biliaires suppurées des infections chirurgicales.

Il est d'autres infections sur lesquelles la chirurgie n'a et n'aura probablement jamais aucune prise, et qui, avec des lésions macroscopiques moins considérables, n'en sont pas moins beaucoup plus graves. Ce sont ces lésions qui se traduisent par ces phénomènes parfois presque foudroyants auxquels leur violence et leur intensité ont fait donner le nom d'*ictère grave*. Il se passe ici, dans le foie, ce qui se passe dans le péritoine lors des infections suraiguës, des empoisonnements violents, des septicémies hypertoxiques. Il n'y a ni pus ni lésions apparentes des canaux et des canalicules. La présence du pus est en effet un indice de la résistance de l'organisme qui a mobilisé contre les agents infectieux ses cellules dévorantes, et la suppuration n'est souvent que le premier degré de la victoire. Il en

est ainsi dans les angiocholites et les cholécystites suppurées, mais parfois le microbe est d'une virulence extrême, l'organisme est incapable de réagir et de résister, l'empoisonnement est subit, l'intoxication est profonde, les cellules hépatiques sont brusquement tuées par les toxines élaborées en masse, et après la mort, qui ne tarde guère, le foie présente cet aspect particulier qui a fait donner à la maladie le nom d'atrophie jaune aiguë. C'est là une véritable nécrobiose, une dissolution cellulaire totale, et, dans cette forme suraiguë de l'infection hépatique, les voies biliaires sembleraient saines si la bactériologie n'y venait révéler parfois la présence des agents pathogènes et si l'étude générale des processus infectieux ne permettait d'affirmer que les microbes ont dû passer par les voies biliaires pour aller au niveau des plus fins canalicules intralobulaires, verser leurs toxines mortelles et tuer les éléments nobles.

Symptômes et diagnostic. — Dans les cas graves, les invasions brutales, les signes des infections biliaires sont assez nets pour être reconnus sans trop de difficultés des autres infections viscérales. Les phénomènes généraux qui accompagnent toute infection, n'ont ici rien de particulier, et le sentiment de lassitude générale, la céphalalgie, l'inappétence, les troubles digestifs viennent ici, comme au cours de presque toutes les invasions microbiennes, témoigner du retentissement de l'infection locale sur l'économie tout entière.

Ces divers signes ne sont évidemment pas suffisants pour attirer l'attention du côté du foie, mais il en est d'autres, plus particuliers et plus nets, qui viennent au contraire révéler la localisation hépatique du processus infectieux. L'hypocondre est sensible, souvent douloureux, le foie est augmenté de volume et déborde presque toujours les fausses côtes au-dessous desquelles il est facile de le reconnaître, soit par la percussion, soit par la palpation directe.

La fièvre qui accompagne toute infection présente ici une allure un peu spéciale, qui ne se retrouve guère en dehors des infections hépatiques et qui doit, par conséquent, faire songer à la participation du foie et à l'invasion des voies biliaires.

Elle éclate brusquement et se déroule en un tableau clinique absolument calqué sur celui de la fièvre intermittente grave. L'accès débute presque toujours le soir ou pendant la nuit, par un grand frisson qui secoue le malade des pieds à la tête. Pendant ce frisson qui peut durer jusqu'à deux et trois heures et au cours duquel la température monte à 40 et 41°, le malade accuse une sensation de refroidissement périphérique intense. Ses dents claquent, sa peau s'horripile, ses lèvres se cyanosent. A ce frisson succède un stade de *chaleur* : la peau devient brûlante et sèche, la respiration rapide, le pouls dur et vibrant ; puis le troisième stade, le stade de *sueur*, fait son apparition, et l'accès se termine au milieu de sueurs profuses accompagnées d'une véritable sensation de bien-être.

C'est là, on le voit un accès absolument semblable à l'accès de fièvre paludéenne. Aussi Charcot, qui, dans ses *Leçons sur les maladies du foie*, l'a magistralement décrit, crut-il devoir lui donner le nom de *fièvre intermittente symptomatique*, nom parfaitement logique, auquel on préfère cependant aujourd'hui et avec raison celui de *fièvre intermittente bilio-septique*, proposé par Chauffard et qui a l'avantage de rappeler à la fois ses caractères cliniques et sa pathogénie.

Cependant cet accès fébrile n'est pas si parfaitement semblable à l'accès paludique qu'il soit impossible de l'en distinguer. Deux caractères l'en séparent en effet nettement. Le retour des accès n'est pas régulier comme dans la fièvre palustre, et si le hasard peut quelquefois faire revêtir à la fièvre bilio-septique le type tierce ou le type quarte, ce n'est que momentanément, car ordinairement les accès se succèdent à intervalles tout à fait irréguliers, parfois très courts, parfois au contraire assez éloignés, et l'on peut voir plusieurs accès le même jour, comme assister à des rémissions considérables.

Le sulfate de quinine n'a aucune prise sur l'accès de fièvre bilio-septique, et c'est là, pour qui connaît l'efficacité souveraine de ce médicament contre l'infection paludéenne, un caractère dont on ne saurait nier la valeur.

La fièvre hépatique est loin de présenter toujours cette forme qui se rencontre surtout au début de la maladie. Il peut y avoir des formes frustes dans lesquelles un stade peut manquer. Il s'agit presque toujours, dans ces cas, du stade de sueur. Lorsque les voies biliaires supérieures sont prises et que l'intoxication s'accroît, les accès peuvent s'atténuer quelque peu, tandis que la période apyrétique qui les sépare disparaît elle-même. Dans ces conditions, si l'ascension thermique est généralement moins forte, la température ne revient pas à la normale et on se trouve en présence de la *fièvre rémittente bilio-septique* qui peut elle-même, par suite des progrès de l'infection, se transformer assez rapidement en une *fièvre continue*, indice d'une intoxication permanente et profonde.

L'accès fébrile est en effet le signe de la pénétration dans le torrent circulatoire des toxines sécrétées au niveau des voies biliaires par les agents septiques. Il est facile de comprendre qu'au début, lors de l'infection initiale, quand les voies biliaires sont encore à peu près saines, la résorption toxique puisse se faire tout à coup à dose massive par suite d'un incident quelconque, et en particulier d'une obstruction des voies biliaires ou de la blessure produite par un calcul. C'est alors qu'on assiste au grand accès à type intermittent, qui, une fois l'élimination des toxines achevée, laisse place à toutes les apparences d'une santé parfaite. Et l'on ne comprend pas moins bien comment, lorsque l'infection est plus invétérée, lorsque les voies biliaires sont chroniquement enflammées, lorsqu'elles sont

lésées jusque dans leurs ramuscules originels, il peut y avoir à la faveur de ces lésions permanentes une absorption constante de produits toxiques, absorption qui, suivant son importance, se traduira par des poussées thermiques à type rémittent ou à type continu.

Ces considérations pathogéniques aujourd'hui si claires permettent aussi d'expliquer la genèse de cette forme à laquelle Charcot avait donné le nom de *fièvre hépatalgique* et qui tire son nom de l'apparition de l'accès fébrile au cours d'une crise de colique hépatique.

Il s'agit alors évidemment de malades chez lesquels la migration d'un calcul dans des voies biliaires infectées détermine sans doute, par simple blessure des parois et ouverture des petits vaisseaux, la résorption des substances septiques et des toxines pyrétogènes.

Il est enfin un dernier signe, le plus important peut-être, et qui, au cours des infections qui nous occupent, attire immédiatement l'attention du côté du foie. C'est l'*ictère*. Presque constant dans les infections primitives, si bien qu'on peut, à l'exemple de Chauffard, donner à celles-ci le nom d'*ictères infectieux*, l'*ictère* se montre d'une façon moins régulière dans les angiocholites et les cholécystites secondaires, presque toujours consécutives à la lithiase. En dehors des cas d'obstruction des grosses voies biliaires par un calcul ou par quelque autre obstacle, il est presque toujours l'indice de l'encombrement des petites voies et des ramuscules primitifs par les déchets épithéliaux et les exsudats de toute nature qu'y provoquent les envahissements microbiens. En arrière de ces obstacles, accumulés parfois dans presque toute l'étendue des voies biliaires supérieures, la bile s'amasse, se résorbe et se répand dans l'économie tout entière en imprégnant tous les tissus de son pigment caractéristique.

Tels sont les phénomènes qui marquent le plus ordinairement l'évolution de l'infection des voies biliaires, mais surtout de l'infection primitive, de l'infection médicale, si je puis ainsi m'exprimer. Car, en vérité, c'est là une affection qui, dans l'immense majorité des cas, n'intéresse guère le chirurgien. Il n'en est pas de même de l'infection biliaire secondaire, qui presque toujours est consécutive à la lithiase, et qui, surtout lorsqu'elle s'attaque à la vésicule en y provoquant des phénomènes de cholécystite, est maintenant une affection d'ordre purement chirurgical, accessible au traitement externe et curable par le bistouri.

Dans ces conditions, les troubles provoqués par la maladie primitive, la lithiase pour prendre cet exemple, précèdent en général d'assez longue date les phénomènes d'infection. Des coliques

hépatiques survenues à des intervalles variables, une sensibilité particulière de l'hypocondre droit, un ictère plus ou moins passager, montrent depuis longtemps déjà que le foie ne fonctionne pas d'une façon normale, lorsqu'un accès fébrile, parfois violent comme ceux que j'ai décrits plus haut, parfois au contraire très léger, vient témoigner de quelque complication infectieuse. Les accès peuvent se renouveler assez souvent, puis disparaître pour faire place à une période complètement apyrétique, ou au contraire être suivis d'une fièvre légère, mais continue, avec exagération de la sensibilité hépatique et augmentation du volume du foie. Toutes les formes et tous les degrés de la fièvre peuvent se rencontrer, et je n'entreprendrai pas ici leur inutile description. On se trouve, en un mot, en présence à la fois des phénomènes de lithiase et des phénomènes d'infection, ceux-ci greffés sur les premiers, qui persistent le plus souvent, mais qui parfois peuvent être masqués et tout à fait méconnaissables.

Tels sont les accidents qui accompagnent l'angiocholite. Ils peuvent d'ailleurs être hors de toute proportion avec les lésions existantes, et alors qu'on peut, après des phénomènes fébriles intenses et prolongés, ne trouver à l'examen nécropsique des vaisseaux biliaires que des lésions presque insignifiantes, un peu d'épaississement, de desquamation épithéliale, ou de légères ulcérations, on peut au contraire rencontrer dans certains cas des canaux remplis de pus et altérés dans toute leur épaisseur, alors que pendant la vie la réaction fébrile et douloureuse a été des plus légères et est passée presque inaperçue.

Mais il est un cas où les signes purement physiques peuvent prendre une grande importance. C'est lorsque l'infection s'est communiquée à la vésicule et qu'une angiocholite plus ou moins obscure s'accompagne de *cholécystite suppurée*. La vésicule est souvent accessible à l'exploration, surtout lorsqu'elle est atteinte, et dans ces conditions on conçoit quelle importance peut avoir, au point de vue du diagnostic et des indications thérapeutiques, la constatation d'une vésicule malade.

Évidemment elle est loin d'être toujours sensible à la main qui la cherche au point où on doit la trouver, sous le rebord costal, le long du bord externe du muscle grand droit; elle est souvent atrophiée, ratatinée, inaccessible et cachée sous le foie, surtout dans les cas de lithiase; mais, même dans ces cas, l'exagération de la sensibilité, souvent même une véritable douleur ayant son maximum au siège anatomique de la vésicule, permettent, sinon d'affirmer sa participation à l'infection, au moins de la soupçonner fortement. Mais il faut bien savoir qu'une cholécystite suppurée peut parfaitement exister sans qu'il y ait aucun phénomène de douleur, soit

spontanée, soit provoquée par la pression. La douleur ne fait au contraire presque jamais défaut lorsque l'inflammation de la vésicule se complique de péricystite. Dans d'autres cas, et fort nombreux, il est possible de sentir au niveau de la vésicule une véritable tumeur, que celle-ci soit formée par des fausses membranes péricystiques ou par la vésicule elle-même, distendue et parfois augmentée de volume dans des proportions extraordinaires.

Il est de toute évidence que des phénomènes fébriles venant se greffer sur une affection hépatique préexistante, et coïncidant avec une tuméfaction au niveau de la vésicule biliaire, devra faire immédiatement songer à une infection vésiculaire, à une cholécystite. Dans certains cas, d'ailleurs exceptionnels, le *diagnostic* sera plus facile encore. L'inflammation de la vésicule se complique souvent, je l'ai dit plus haut, de suppurations péricystiques, rapidement circonscrites en général par des adhérences péritonéales qui soudent entre elles toutes les parties voisines. La paroi abdominale ne tarde pas à participer elle-même à l'inflammation et on assiste alors à ces phénomènes de *phlegmon biliaire* qui, envahissant progressivement la paroi abdominale, l'infiltrant d'une large induration qui rougit peu à peu et peut même s'ouvrir au dehors, en donnant parfois issue à des flots de bile mêlée de pus et même de calculs.

La cholécystite peut même prendre le masque de la *péritonite aiguë*, et tout récemment Gérard-Marchant (1) a observé un cas de cette nature. Mais ce sont là les cas rares, les cas exceptionnels. L'infection et même les suppurations des voies biliaires principales ou accessoires ne se montrent pas toujours avec cette clarté, et fréquentes sont les erreurs de diagnostic. Elles passent souvent inaperçues, et ne sont reconnues qu'à l'autopsie ou au cours d'une opération chirurgicale dirigée contre la lithiase et qui, après ouverture des voies biliaires, permet de constater qu'elles sont en proie à l'infection.

Ces suppurations biliaires sont donc méconnues, plutôt que confondues avec d'autres affections fébriles, et, ici comme dans bien d'autres cas, la meilleure façon de les reconnaître sera encore d'y songer. Lorsque, ayant l'attention attirée sur elles, on recherchera avec soin les signes que j'ai indiqués au cours de ce chapitre déjà trop long, on aura, je crois, bien des chances de reconnaître l'angiocholite et surtout la cholécystite infectieuses, lors, toutefois, que le diagnostic de cette affection est matériellement possible.

Lorsqu'une infection biliaire est reconnue, il est très important de remonter à sa cause. Il est des circonstances où elle saute aux yeux, comme dans les cas médicaux où elle fait suite à quelque

(1) GÉRARD-MARCHANT, *Soc. de chir.*, 21 avril 1897.

infection générale, la fièvre typhoïde par exemple, ou encore lorsqu'elle se développe au cours d'une lithiase dès longtemps reconnue. Mais, en dehors de ces cas, la cause première de l'infection peut être des plus difficiles à déterminer. Cela revient presque toujours à déterminer la cause de l'obstruction biliaire, puisque c'est quelque obstruction qui est, en règle générale, la cause première de l'infection. Il est évidemment de toute impossibilité de reconnaître l'infection par un parasite intestinal, d'ailleurs exceptionnelle. A peine est-il permis, si l'on ne trouve rien, de la soupçonner vaguement. Il n'y a vraiment qu'un signe qui ait quelque valeur, c'est celui de Courvoisier-Terrier, qui n'est évidemment pas absolu, mais que de nouvelles observations viennent confirmer chaque jour. Il a trait au volume de la vésicule biliaire.

Lorsqu'elle est distendue, *augmentée de volume*, il est presque certain que l'obstruction du cholédoque est due à une cause autre que la lithiase. Celle-ci provoque en effet du côté de la vésicule des phénomènes de *rétraction* qui la rendent inaccessible.

Quant au diagnostic de la nature de l'infection, j'entends par là l'espèce microbienne qui l'a provoquée, il ne saurait s'appuyer que sur les phénomènes qui ont précédé l'apparition de l'infection hépatique. Si le malade est en puissance de fièvre typhoïde, il est bien évident qu'il faudra rapporter au bacille d'Eberth ses troubles du côté du foie. De même on pourra incriminer le pneumocoque, s'il relève de pneumonié. Mais, en l'absence d'infection générale originelle, c'est presque toujours le *Bacterium coli commune* qu'il faudra mettre en cause. Il va sans dire que cette question, qui peut avoir quelque intérêt au point de vue pathogénique, n'a qu'une très médiocre importance au point de vue du traitement. Il semble cependant démontré que les cas aigus sont le plus souvent provoqués par le *Bacterium coli*, tandis que les suppurations chroniques seraient plutôt dues aux microbes pyogènes ordinaires.

Les antécédents du malade, l'irrégularité des accès fébriles, leur apparition plutôt vespérale, l'absence d'action du sulfate de quinine, au besoin la recherche des hématozoaires de Laveran permettront le plus souvent de distinguer la fièvre biliaire de la *fièvre palustre*. Mais l'erreur pourra cependant parfois être commise, étant donné surtout que l'une peut se greffer sur l'autre.

La *pyléphlébite*, d'ailleurs rare, est difficile à distinguer des infections des canaux biliaires.

Il y a, dans l'un et l'autre cas, des accès de fièvre à peu près semblables, des phénomènes de tuméfaction et de sensibilité hépatique presque identiques, de l'ictère, etc. Mais dans la pyléphlébite, il y a souvent des signes d'obstruction de la veine porte, de l'ascite, et souvent aussi des phénomènes de pyohémie qui font rapidement leur apparition.

Mais tout cela est un peu théorique, et de l'ensemble des considérations que je viens d'exposer, ce qu'il faut avant tout retenir, c'est que l'infection biliaire n'est pas rare, c'est que les angiocholites et les cholécystites suppurées se montrent souvent, surtout au cours de la lithiase, mais que les phénomènes qui les accompagnent et les révèlent sont souvent obscurs, incertains et précaires, qu'elles passent souvent inaperçues et que si l'on veut ne pas méconnaître la plupart des infections biliaires il est nécessaire de les rechercher.

Complications. — Pronostic. — Les complications qui accompagnent parfois les suppurations biliaires et cystiques sont nécessairement d'ordre infectieux. En même temps que le canal cholédoque, les agents pyogènes peuvent envahir le canal de Wirsung et donner lieu à une infection du *pancréas*. La *pyléphlébite*, et par suite la *pyohémie* peut aussi s'observer, et l'*endocardite* n'est pas rare. Netter et Martha l'ont démontrée les premiers, divers auteurs l'ont vue, Gilbert et Dominici l'ont expérimentalement reproduite. Mais les seules complications qui intéressent le chirurgien sont celles qui surviennent du côté du péritoine. Ces *péritonites* succèdent surtout aux cholécystites et peuvent être, suivant l'intensité de l'infection et le mode d'inoculation du péritoine, *circonscrites* ou *diffuses*.

Si l'on peut rencontrer dans les infections primitives des voies biliaires des affections parfois sans gravité, telles que ces ictères infectieux bénins si bien étudiés par Chauffard, il n'en est pas moins vrai que l'angiocholite et la cholécystite infectieuses sont des affections graves, surtout lorsqu'elles viennent se greffer sur une maladie primitive, sur la lithiase biliaire en particulier. Elles viennent alors en assombrir le pronostic d'une singulière façon, et si le traitement qu'on peut leur appliquer aujourd'hui permet d'en guérir un certain nombre, il n'en est pas moins vrai qu'en présence d'une des suppurations biliaires d'ordre chirurgical que j'ai étudiées dans ce chapitre, il faut toujours réserver l'avenir.

Traitement. — Avant de combattre l'infection du foie, il faut tâcher de l'éviter. On luttera contre la lithiase par un régime approprié, on luttera contre le pouvoir infectant du contenu intestinal en réduisant à son minimum la quantité de microbes qu'il contient normalement. Le *régime lacté intégral* est, sous ce rapport, des plus efficaces, et Gilbert et Dominici ont constaté (1) qu'il réduisait le microbisme normal des matières intestinales dans l'incroyable proportion de 71 à 1. On se gardera donc de négliger un moyen aussi précieux, surtout chez des malades ayant déjà présenté des phénomènes de lithiase et en imminence d'infection. A défaut du lait, supérieur à tous les médicaments, ou même au cours du régime lacté, on pourra prescrire divers antiseptiques intestinaux et en par-

(1) GILBERT et DOMINICI, Action du régime lacté sur le microbisme du tube digestif (*Soc. de biol.*, mars 1894).

ticulier le naptol-β à la dose de 1 à 2 grammes. Il est aussi tout naturel de réaliser autant que possible l'antisepsie des voies biliaires. Bien que, surtout lorsque l'angiocholite et la cholécystite sont quelque peu avancées, lorsque les voies biliaires sont en suppuration, il puisse paraître téméraire d'attendre de cette méthode des résultats bien efficaces, il est de toute évidence qu'elle ne peut qu'être utile, et qu'elle doit rendre des services.

Il est divers médicaments qui agissent, soit en s'éliminant par la bile et en portant directement sur les parois des canaux biliaires leur action microbicide, soit en provoquant une abondante sécrétion biliaire qui lave pour ainsi dire toutes les voies d'excrétion et les désinfecte d'une façon toute mécanique.

Au premier rang, il faut citer le *salicylate de soude*, qui agit de l'une et l'autre façon, et comme cholagogue en lavant les canaux biliaires, et comme antiseptique en se dédoublant et en s'éliminant par la bile à l'état d'acide salicylique. A la dose de 2 à 5 grammes par jour, divers auteurs en auraient obtenu les meilleurs résultats.

Le *salol* à la dose de 2 à 5 grammes, le benzonaptol à la dose de 1 à 3 grammes, jouissent de propriétés analogues et méritent d'être recommandés à la fois comme antiseptiques intestinaux et antiseptiques biliaires.

Mais ce sont là, lorsque l'infection biliaire s'est déclarée, des moyens accessoires, infidèles et problématiques. Il y a mieux à faire aujourd'hui, et lorsque les voies biliaires et la vésicule sont manifestement infectées, l'intervention chirurgicale, est non seulement autorisée, mais reste encore la seule et suprême ressource.

Le professeur Terrier (1) a très nettement posé en principe l'opportunité de l'intervention chirurgicale, non seulement dans les cholécystites, mais encore dans les angiocholites. La laparotomie suivie d'abouchement de la vésicule à la peau, la *cholécystostomie*, permet en effet: « de se rendre un compte exact de l'état des voies biliaires accessoires (canal cystique et vésicule); d'explorer les voies biliaires principales (cholédoque); de donner une issue facile à la bile septique que renferment les voies biliaires et qui intoxique l'économie.

« De plus, l'issue facile de cette bile toxique détermine, d'une façon en quelque sorte indirecte et mécanique, la désinfection des voies biliaires, et cela beaucoup mieux que les prétendus traitements médicaux, trop souvent nuisibles (2). »

Terrier cite à l'appui trois cas d'angiocholites graves qu'il a guéries par ce traitement. Il s'agit, il est vrai, d'infections venant compliquer la lithiase, et il y a ici un terrain commun au point de vue clinique, comme au point de vue thérapeutique, à la lithiase et aux angiocho-

(1) TERRIER, *Congrès de chir.*, 1895, et *Revue de chir.*, déc. 1895.

(2) TERRIER, *Revue de chir.*, 1895, p. 986.

lites. Mais quelle que soit la cause première de l'envahissement des voies biliaires par les éléments pyogènes, il n'en est pas moins vrai que les accidents septiques ont disparu et que la désinfection de l'arbre biliaire a suivi l'ouverture de la vésicule et son abouchement au dehors.

Il est évident que lorsque les voies biliaires sont infectées, surtout lorsqu'elles sont en même temps infectées et obstruées, ce qui est le cas le plus commun, la bile retenue dans les vaisseaux intra ou extrahépatiques forme comme un lac septique où pullulent et foisonnent les agents infectieux. Donner issue à la bile, c'est permettre aux microbes et aux toxines qu'ils élaborent de s'écouler au dehors, c'est en réalité ouvrir un abcès dont la cavité est formée par les mille branches des canaux et canalicules biliaires. C'est donc là une opération qu'approuve la raison et que commande même le simple bon sens.

Malheureusement, les indications de l'opération ne sont pas toujours faciles à préciser, parce que le diagnostic lui-même n'est pas toujours net, parce que la clinique n'est pas la pathologie.

Dans la thèse très documentée de Longuet, à laquelle je renvoie pour bien des détails qu'il m'est impossible de donner ici, et où il ne s'agit, il est vrai, que d'infections non calculeuses, d'un diagnostic plus épineux, il est facile de voir que, lors des nombreuses interventions qu'il signale, le diagnostic était la plupart du temps très incertain et l'est parfois resté après l'opération.

Mais ces infections biliaires non calculeuses sont évidemment exceptionnelles, et dans l'immense majorité des cas le chirurgien se trouvera en présence d'angiocholécystites venant compliquer la lithiase. Dans ces conditions, il me semble qu'à moins de contre-indications particulières tirées de l'état du malade, il faut imiter l'exemple et suivre le conseil de Terrier :

« Dans les cas, dit-il (1), où les voies biliaires directes ou indirectes, renfermant ou non des calculs, sont le siège d'inflammation déterminant des accidents fébriles intenses, continus ou avec des exacerbations, il est absolument indiqué d'intervenir chirurgicalement, de pratiquer une laparotomie.

« Celle-ci doit avoir pour but final d'ouvrir la vésicule biliaire et de tenir cette ouverture béante, en un mot de pratiquer une *cholécystostomie*. »

L'exemple de Terrier a été suivi : Lejars (2), dans un cas d'angiocholite non calculeuse avec infection par le colibacille, a eu un succès remarquable. Michaux (3) a également eu une guérison complète dans une angiocholite à pneumocoque, et une très grande

(1) TERRIER, *Revue de chir.*, 1895, p. 986.

(2) LEJARS, *Soc. de chir.*, 17 mars 1897.

(3) MICHAUX, *Ibid.*, 21 avril 1897.

amélioration dans un second cas où le colibacille était associé au streptocoque. Moi-même ai pu enrayer des accidents d'infection et d'obstruction biliaire grave chez une malade cachectique dont l'état général s'est transformé par ce simple drainage biliaire. Tous ces cas ont été traités par la cholécystostomie simple qui a donc donné, somme toute, d'excellents résultats, malgré un insuccès de Gérard-Marchant (1) dans lequel des accidents d'infection grave n'ont pu être enrayerés. Kehr (2) a même, pour faciliter l'écoulement de la bile, drainé le canal hépatique. Ces interventions deviennent aujourd'hui de plus en plus fréquentes.

Quelquefois, on se trouve en présence de suppurations péri-cystiques limitées par des adhérences, et la vésicule, perdue dans la paroi de la poche purulente, peut être absolument invisible. Dans ces conditions, l'opération peut parfois se réduire à l'ouverture simple de la collection périvésiculaire. D'ailleurs, toutes les dispositions peuvent se voir et l'abcès péri-cystique peut communiquer par une perforation de la paroi avec la collection intracystique. L'ouverture de la collection extérieure suffit alors à assurer l'évacuation de la collection vésiculaire et la désinfection de l'arbre biliaire entier. Dans certains cas, la vésicule épaissie, désorganisée, est trop malade pour pouvoir être conservée ou même simplement fixée à la paroi abdominale. Si l'opération ne semble pas devoir être trop difficile, on pourra l'enlever. Mais cette *cholécystectomie* n'est passans inconvénients. Si la cholécystite est en effet accompagnée d'angiocholite et que l'écoulement de la bile au dehors soit nécessaire, par suite des raisons invoquées plus haut, l'opération devient grave. Il est en effet indispensable, dans ces conditions, de laisser la bile faire librement issue au dehors. Or, si la vésicule a été enlevée, la bile infectée, malgré les artifices opératoires sur lesquels j'insisterai plus loin, au chapitre de la cholécystectomie, malgré le drainage le plus soigné, et même le drainage du canal hépatique, peut s'écouler dans le péritoine et déterminer des accidents mortels. C'est pourquoi, si le diagnostic d'angiocholite est porté avant l'opération, si l'on croit pouvoir affirmer qu'il n'y a pas seulement de la cholécystite, mais que la bile intrahépatique elle-même est septique, il faudra tout mettre en œuvre pour conserver la vésicule qui permettra de conduire cette bile au dehors.

La cholécystostomie doit être en un mot l'opération de règle et la cholécystectomie ne peut être qu'une opération d'exception.

On pourrait, il est vrai, songer à conduire la bile infectée dans l'intestin, au lieu de la conduire au dehors, en pratiquant une *cholécystentérostomie*. Cette opération n'a point encore, que je sache, été faite dans un cas semblable. Mais outre qu'elle est plus longue,

(1) GÉRARD-MARCHANT, *Ibid.*, 21 avril 1897.

(2) KEHR, *München med. Woch.*, 17 oct. 1897, et *Presse méd.*, 1897, p. 368.