

Avant que d'énumérer les indications du traitement chirurgical applicable à chacune de ces variétés, il convient d'indiquer les principaux symptômes qui déterminent l'intervention.

Tantôt c'est la répétition d'accidents douloureux rappelant de tous points les coliques hépatiques; la douleur est extrême, revient par accès et se localise réellement au point cystique; pour ces raisons elle est toujours confondue avec la colique calculeuse, bien qu'elle soit due habituellement à des adhérences péritonéales.

Tantôt c'est l'ictère chronique avec toutes ses conséquences: troubles digestifs, amaigrissement, puis fièvre, phénomènes généraux d'infection.

Ici l'ictère n'est pas dû à l'obstruction par un calcul, mais par des bouchons muqueux résultant de l'agglomération des cellules épithéliales desquamées; il peut encore résulter d'une sténose du cholédoque ou de la compression par des brides péritonitiques. Il est bien évident que seule la laparotomie exploratrice permet le diagnostic de ces différentes causes de la souffrance de l'appareil hépatique. Tous les malades opérés avaient été pris pour des calculeux et traités comme tels, envoyés aux stations thermales sans aucun résultat, comme bien l'on pense. Il est bien certain encore que le traitement médical offre des ressources bien limitées en semblable occurrence, alors même qu'il n'existe pas de cause de compression des voies biliaires; certaines angiocholites infectieuses guérissent, il est vrai, sans le secours du chirurgien; mais c'est le petit nombre, et il faut peut-être attribuer ce résultat heureux autant à la virulence atténuée des germes pathogènes qu'au traitement. Lorsque le médecin a prescrit le régime lacté, qu'il lui a joint l'emploi du calomel, du salicylate de soude, qui s'élimine par la bile, la rend plus fluide, plus abondante et l'aseptise dans une certaine mesure, il a épuisé toutes ses ressources.

Abordons maintenant l'étude thérapeutique de chacune des subdivisions indiquées plus haut, subdivisions nécessaires, nous le répétons, parce que la conduite à tenir varie avec chaque cas. Avec Descartes, dont Longuet rappelle heureusement les expressions, « il faut fractionner la difficulté en autant de parcelles qu'il convient pour la mieux résoudre ».

I. — Infections de l'arbre biliaire principal.

A. **Infections radiculaires.** — Si dans certains cas l'infection est exclusivement biliaire dans son expression clinique, dans d'autres elle cesse de bonne heure d'être biliaire pour devenir hépatique; en d'autres termes, l'élément hépatique est profondément touché dès le début, il semble que les agents infectieux ont brûlé les étapes pour se localiser primitivement sur le foie. Il sera question plus loin de ces hépatites infectieuses.

B. **Infections ramusculaires (angiocholites).** — Les infections ramusculaires peuvent être suppurées ou non; suppurées elles correspondent aux anciens abcès aréolaires qui ne sont autres que des canaux biliaires dilatés et remplis de pus.

Étant donnée l'impuissance absolue du traitement médical dans le cas d'abcès biliaires, l'intervention paraît des plus légitimes; cependant jusqu'ici le nombre des opérations pratiquées est des plus restreints, parce que le diagnostic est le plus souvent impossible. Le traitement est celui de tous les abcès, c'est-à-dire, en l'espèce, l'ouverture des canaux biliaires suppurés, l'*angioctomie*, pratiquée à travers le tissu hépatique. Il est certain d'ailleurs qu'on ne peut se flatter de

guérir toujours les malades, étant donnée la multiplicité des foyers purulents que l'on ne peut ouvrir tous.

Plus efficace serait le traitement chirurgical précoce, avant la période de supuration, c'est-à-dire la *cholécystostomie précoce*. « Les médecins, a dit M. Terrier, au Congrès de chirurgie de 1895, admettent actuellement que dans une angiocholite suppurée l'intervention chirurgicale soit autorisée, mais je crois qu'il faut aller plus loin, et qu'il existe un certain nombre d'angiocholites et de cholécystites qui ne sont pas suppurées et dans lesquelles cependant l'intervention chirurgicale est nécessaire, attendu que l'affection abandonnée à elle-même se termine par la mort. Je pense que lorsqu'on se trouve en présence d'accidents d'angiocholite et de cholécystite infectieuse, même non suppurée, la laparotomie est absolument indiquée. »

D'assez nombreuses observations ont confirmé la justesse de cette opinion. M. Michaux, M. Routier, d'autres encore, par la simple laparotomie exploratrice, avec ou sans massage, des voies biliaires qui permet de détacher des bouchons de mucus obstruant le cholédoque, ont obtenu la guérison (*Société de Chirurgie*, 21 novembre 1900); mais le plus souvent on a ouvert la vésicule et pratiqué le drainage des voies biliaires (Arrou, Lejars, etc., *Société de chirurgie*, 1904), en créant une fistule cutanée temporaire.

C. **Infections tronculaires (cholédocites).** — Constatons que la cholédocite non calculeuse a été traitée jusqu'ici par la *cholédocostomie*, sans que les opérateurs aient su à quelle affection ils avaient affaire.

II. — Infections de l'arbre biliaire accessoire.

Les cholécystites forment trois grandes classes suivant le degré de virulence du microbe, le degré de réaction locale, le degré de réaction générale.

A. **Septicémies biliaires.** — Sous ce titre on comprend les infections biliaires qui compliquent les grandes infections intestinales (cholécystites des typhiques, des cholériques, etc.). Elles sont d'une extrême gravité, du moins quand elles surviennent au cours ou au déclin de la maladie causale.

Elles sont déterminées par le coli-bacille, le bacille d'Éberth, le vibron cholérique portés au maximum de leur virulence. S'il n'existe pas de collection purulente, très rapidement la vésicule s'ulcère et se perforé et une péritonite septique éclate. A ce moment on ne peut que tenter, sans grand succès, il faut le constater, la laparotomie avec drainage et lavage de la séreuse.

Une intervention ne pourrait être efficace que si elle était pratiquée à la première période, avant l'ulcération. Il faudrait alors faire un *cholécystostomie précoce*, créer une fistule cutanée pour assurer le drainage des voies biliaires.

Malheureusement le grand obstacle à cette intervention est la difficulté de faire le diagnostic, dès le début, des déterminations cholécystiques qui sont souvent insidieuses et dont les symptômes sont masqués par la gravité de l'état général.

B. **Pyémies biliaires.** — Suivant Longuet, il faut entendre sous ce nom, non seulement toutes les cholécystites suppurées, mais même les cholécystites dont le