

contenu séreux, hématique, puriforme est infecté. Il faudrait même faire rentrer dans cette catégorie les cholécystites chroniques, parce que les cholécystites, reliquat d'une infection ancienne, sont en état de microbisme latent ou même susceptibles de s'infecter à nouveau, ainsi que le prouvent les poussées inflammatoires dont elles sont souvent le siège.

Ces cholécystites sont déterminées par des microbes de moyenne virulence; ce sont celles qui surviennent seulement dans la convalescence des maladies infectieuses ou même plusieurs mois après. Elles sont fonctions de microbes divers, pyogènes ou spécifiques comme le bacille d'Eberth. Dans un cas relaté par Dupré, la cholécystite s'était produite huit mois après la guérison de la fièvre typhoïde, elle fut traitée par la cholécystentérostomie par M. Monod; chez un malade de MM. Gilbert et Girode cholécystectomisé par M. Terrier, la fièvre typhoïde était guérie depuis trois mois. Il existe d'ailleurs des cholécystites éberthiennes, sans fièvre typhoïde antécédente.

Plus fréquemment que le bacille d'Eberth, le coli-bacille, ce grand parasite des infections biliaires, est la cause des accidents. Peu importe d'ailleurs la nature de l'agent microbien, au point de vue du traitement; peu importe également la nature du contenu du cholécyste, séreux, purulent, hématique ou de l'inflammation de ses parois (cholécystite fibreuse); un lien commun les unit et constitue l'indication de l'intervention, c'est l'infection, bien que dans quelque cas des collections, même suppurées, soient bactériologiquement aseptiques.

On distingue des paracholécystites, dont le foyer principal est éloigné de la vésicule, suppurées ou fibreuses; des péricholécystites de même nature; ces dernières, qui diffèrent des paracholécystites en ce que la lésion reste cantonnée au pourtour de la vésicule et en étroite connexion avec elle, doivent être traitées comme toute collection enkystée du péritoine, par l'incision de la paroi abdominale avec évacuation du pus et drainage, quand elles sont suppurées; par la laparotomie suivie de la destruction des adhérences (opération de Fränkel-Sendler), sans ouverture des voies biliaires, quand elles sont fibreuses; dans ce dernier cas elles revêtent le masque de la colique hépatique, traduisent leur existence par des crises douloureuses apyrétiques intermittentes avec ou sans subictère. La guérison a toujours suivi l'opération.

Les paracholécystites comprennent les cas où l'infection a largement dépassé la limite du cholécyste. On les traite par l'ouverture des foyers purulents; quant au foyer originel, le cholécyste, vu la difficulté de le rechercher, les chirurgiens conseillent de n'y pas toucher. L'indication d'une opération ultérieure, d'une *cholécystectomie secondaire*, faite à froid, comme la résection de l'appendice, après ouverture de l'abcès péri-appendiculaire, cette indication ne se poserait que s'il survenait des récidives, si les symptômes locaux persistaient.

Les cholécystites s'accompagnent toujours d'un certain degré de péricystite; c'est-à-dire qu'il est exceptionnel de les trouver libres de toutes adhérences; néanmoins dans les cas où la lésion péricystique est accessoire, où la lésion maxima porte sur le cholécyste lui-même, il faut s'attaquer à lui, c'est-à-dire ouvrir les voies biliaires. Tandis que dans la cholécystite calculeuse les lésions aboutissent à la rétraction de la vésicule, dans les cholécystites non calculeuses, avec épanchement, la vésicule est au contraire très dilatée.

Il est inutile de chercher à établir les bases du diagnostic, car dans tous les cas opérés on n'est intervenu que par suite d'erreurs de diagnostic. « De même que Spencer Wells croyait opérer un kyste de l'ovaire, lorsqu'il réalisa sa première intervention pour péritonite tuberculeuse, de même Langenbuch, Rieder, Lindler et presque tous les autres pensaient traiter une complication de la lithiase biliaire lorsqu'ils fistulisèrent leurs premières vésicules atteintes en réalité de cholécystite non calculeuse. » (Longuet.)

La *cholécystostomie* est la seule opération qui convienne aux cholécystites

suppurées, car la cholécystectomie, qui, théoriquement est l'opération idéale, ne peut guère entrer dans le domaine pratique, en raison des adhérences.

La cholécystostomie a l'inconvénient de donner lieu souvent à des fistules biliaires persistantes; mais d'autre part, la cholécystentérostomie, le drainage interne, présentent de graves inconvénients; elle laisse une poche purulente s'ouvrir dans l'intestin, ce qui l'expose à ne guérir jamais; le malade peut « faire de la suppuration » pendant de longues années et dès lors devient sujet à toutes les complications des vieux suppurés. La *cholécystentérostomie* ne devient indiquée que quand il existe une cause d'obstruction (bride, torsion) qui ne peut être levée et qu'il devient nécessaire de donner accès à la bile dans l'intestin, pour lui permettre de jouer son rôle dans le processus digestif.

Sur 55 cholécystites non calculeuses avec épanchement, 29 fois la fistulation externe a été pratiquée.

Dans les cholécystites fibreuses, où les parois de la vésicule sont considérablement épaissies, c'est la douleur qui constitue l'indication de l'intervention; les accès douloureux sont intermittents et simulent la colique hépatique. Outre la douleur, les malades peuvent être atteints de troubles gastriques incessants qui cessent après l'opération (Quénu). La *cholécystectomie* est l'opération de choix (Langenbuch); on ne doit intervenir que quand les douleurs deviennent intolérables ou quand les troubles gastriques amènent un véritable état de cachexie.

C. Abcès froid biliaire. — Nous ne faisons que signaler la tuberculose des voies biliaires, dont le traitement est encore loin d'être établi. Lorsqu'une tumeur biliaire se développe à froid lentement, chez un tuberculeux ou un sujet suspect de tuberculose, sans relation apparente avec la lithiase, on doit penser à la tuberculose de la vésicule. Suivant les cas, la cholécystostomie ou la cholécystectomie seraient à employer.

C. — Hépatites infectieuses.

Les hépatites infectieuses nettement délimitées sont la cirrhose hypertrophique biliaire ou maladie de Hanot et la cirrhose biliaire consécutive à l'oblitération des grosses voies d'excrétion, par une tumeur dans quelques cas, par un calcul le plus souvent.

La maladie de Hanot est caractérisée par un ictère chronique, avec hypertrophie du foie et de la rate, par des poussées fébriles intermittentes et sa longue durée (de 5 à 10 ans).

On admet communément aujourd'hui que cette maladie est la résultante d'une infection, ce que démontrent l'hypertrophie de la rate, l'existence des poussées fébriles, de la périhépatite, de la leucocytose.

L'infection des voies biliaires est due aux microbes intestinaux et non à un agent spécifique que l'on n'a jamais trouvé; ces germes déterminent l'angiocholite ascendante, catarrhale, oblitérante et ultérieurement la cirrhose.

Le traitement médical consiste dans l'emploi d'un régime mixte où le lait tient la place principale, dans l'emploi intermittent du *calomel*, du *salicylate de soude*.