

qui légitime l'intervention, quelle que soit la cause de ces douleurs (lithiase intra-hépatique, vésiculaire, cholédocienne, péricholécystite, etc.). Une seconde indication est l'existence d'une **tumeur vésiculaire** (cholécystite, cholécystite suppurée ou sup-puration péricholécystique, péricholécystite fibreuse) ou d'une **hypertrophie hépa-tique** (cirrhose).

La **réten-tion biliaire** est une indication non moins légitime, par sa durée même, en l'absence d'accidents infectieux immédiatement menaçants; en effet, l'intervention doit surtout être préventive et tendre à conjurer la cholémie autant que des accidents infectieux menaçants. A partir de quel moment doit-on intervenir, quand il existe des signes d'obstruction biliaire? Il est évidemment difficile d'indiquer une date précise, puisque des accidents peuvent survenir rapidement ou qu'inversement l'obstruction peut persister pendant plusieurs mois (six mois et plus) sans entraîner de graves complications. Il est néanmoins admis qu'il faut intervenir assez rapidement. « Lorsque des phénomènes de rétention biliaire, par lithiase cholédocienne, durent plus de trois mois, dit M. Quénu, les chances de désobstruction sont si minimes qu'il est permis d'affirmer que, dans la généralité des cas, la chirurgie est l'ultime ressource; il y a tout avantage à ne pas attendre cette date de désespérance; avant que l'état général n'incline à baisser, il faut agir. »

Les **symptômes toxi-infectieux**, c'est-à-dire d'une part ceux de l'insuffisance hépatique (dénutrition, déchéance du taux de l'urée, trouble profond de la digestion intestinale) et d'autre part la fièvre (accès répétés et prolongés), l'hyperleucocytose avec polymucléose (Pic), telles sont les indications les plus fréquentes de l'intervention chirurgicale, indépendamment de la nature et de l'étendue des lésions.

L'angiocholite infectieuse constitue donc une indication capitale; comme elle survient d'ordinaire à la phase cholédocienne, ce fait milite en faveur d'une intervention précoce, c'est-à-dire à la phase vésiculaire de l'affection.

Dans toutes les formes de cholécystite calculeuse, l'action chirurgicale est bienfaisante, et son efficacité se manifeste, non seulement par ses résultats immédiats, mais par des guérisons durables (Lejars, *Congrès français de chirurgie*, 1899).

Le choix de l'intervention est du ressort exclusif du chirurgien et ce choix, nous le répétons, n'est le plus souvent possible qu'après laparotomie exploratrice.

Les opérations portent sur la vésicule ou sur les canaux d'excrétion. Elles comprennent la cholécystostomie (c'est-à-dire l'ouverture de la vésicule et sa fixation de la paroi) qui répond le mieux aux indications habituelles, puisqu'elle pare aux accidents d'ordre infectieux, en assurant le drainage de la vésicule, l'écoulement au dehors de la bile septique; la cholécystectomie ou résection de la vésicule (Bobbs), possible seulement dans un certain nombre de cas; la cholécystentérostomie (ou abouchement de la vésicule à l'intestin); la cholédocotomie (Langenbuch, Kümmel), le cathétérisme des voies biliaires précédé de la cholécystostomie, enfin la libération des adhérences. Quant à la *cholécystotomie*, qui consiste à ouvrir la vésicule, à la vider de son contenu, puis à la suturer, si elle n'est pas altérée, c'est une opération d'exception, car l'altération de la vésicule est la règle.

La *cholécystostomie* est certainement l'opération de choix, celle qui permet de parer aux accidents immédiatement menaçants dans le cas d'angiocholite calculeuse et de cholécystite aiguë suppurée.

D'ailleurs la cholécystostomie permet souvent la désobstruction spontanée du canal cystique ou même du cholédoque, sous l'influence de la poussée biliaire.

Si l'obstruction cholédocienne persiste, ce qu'annonce la prolongation de l'écoulement biliaire, on peut être conduit à pratiquer la cholédocotomie secondaire.

La *cholécystectomie*, pratiquée pour la première fois par Langenbuch en 1882, a pour indication essentielle la lithiase vésiculaire, l'hydropisie de la vésicule, la cholécystite fibreuse, etc...; toutefois les difficultés d'exécution de l'opération ne permettent pas toujours d'y avoir recours, de sorte que beaucoup de chirurgiens n'admettent la cholécystectomie que si elle est facile.

Ajoutons cependant que la cholécystectomie précoce, opération radicale comparable à l'appendicectomie, emporte aujourd'hui les préférences de nombreux chirurgiens. Elle n'expose pas les malades aux fistules biliaires interminables qui suivent la cholécystostomie; elle met les malades complètement à l'abri des récidives, puisqu'elle supprime du même coup le mal et son siège de production.

M. Kehr considère le drainage du canal hépatique combiné avec la cholécystectomie comme la méthode normale de traitement chirurgical de la cholélithiase chronique récidivante. Riedel, qui avait été un des principaux promoteurs de la cholécystostomie, conseille aujourd'hui d'enlever la vésicule dans les cas bénins, où elle ne contient que du liquide séreux et de la bile épaissie, avec un calcul au col ou dans le cystique. Le pronostic de cette opération est relativement bon, puisque sur 112 cas M. Milhiet (*Thèse de Paris*, 1902) a relevé 14 morts dont 5 seulement imputables à l'opération, ce qui donne une mortalité de 4,46 pour 100.

La cholécystectomie n'est d'ailleurs praticable que si les deux conditions suivantes sont réalisées: 1° Le canal cholédoque doit être libre (on s'en assure par le cathétérisme et le palper); 2° l'infection des voies biliaires ne doit pas être trop avancée. (On s'abstiendra de la cholécystectomie si le contenu vésiculaire est purulent.)

La *cholédocotomie* est le procédé de choix pour le traitement de l'obstruction calculeuse du cholédoque; mais, ainsi qu'il a été dit, la gravité de l'état général nécessite parfois la cholécystostomie préliminaire qui permet la désinfection des voies biliaires et mettra le malade dans de meilleures conditions pour la réussite de la cholédocotomie ultérieure. La cholédocotomie est d'ailleurs une opération qu'on ne peut considérer comme bénigne, puisque la mortalité s'élève à 25 pour 100 des cas.

Dans les cas où la désobstruction du cholédoque est impossible, on peut être conduit à pratiquer la *cholécystentérostomie*, mais cette opération expose à l'infection hépatique ascendante. On ne la pratique plus guère que dans les cas où l'obstruction des voies biliaires est déterminée par un néoplasme de la tête du pancréas.

La *libération des adhérences* déterminées par une péricholécystite fibreuse permet de mettre un terme à des souffrances intolérables. Lorsque la douleur est la conséquence de la lithiase intra-hépatique ou vésiculaire, elle disparaît habituellement après la cholécystostomie.

2° L'arrêt des calculs dans l'intestin peut donner lieu à des phénomènes d'obstruction intestinale, dont la fréquence est assez grande, puisqu'en 1895 M. Galliard pouvait en réunir 225 cas (*Presse médicale*).