

jeu ; c'est le traitement de l'obstruction intestinale qui s'impose.

(d) *Complications septiques.*—L'infection des voies biliaires se traduit par l'angiocholite. A moins de contre-indication, on doit essayer le traitement médical. On prescrira les antiphlogistiques locaux, tels que les *pansements humides*, les révulsifs tels que les *sinapismes*, les cholagogues et antiseptiques : *salicylate de soude*, *benzoate de soude* (ou les deux associés), *calomel*, *collargol*. Quand les symptômes sont atténués, une *cure hydro-minérale* complète la guérison.

B.—TRAITEMENT CHIRURGICAL

Le rapport médical de MM. Gilbert, Carnot et Jonnier, que nous venons d'analyser, met bien en évidence le rôle important de la thérapeutique dans le traitement de la lithiase biliaire. La tolérance remarquable des voies biliaires, les bons effets d'une thérapeutique bien appliquée permettent souvent d'éviter toute intervention chirurgicale. Le chirurgien rapporteur du congrès, M. Mongour, de Bordeaux, abonde dans le même sens lorsqu'il dit : "L'intervention chirurgicale dans le traitement de la lithiase biliaire doit être admise comme une thérapeutique d'exception." Et il en donne les raisons, après avoir énuméré celles des interventionnistes

Ceux qui préconisent l'intervention précoce dès la première crise de colique se justifient par les arguments suivants :

(a). La lithiase hépatique est exclusivement un accident local ; il y a donc tout avantage à débarrasser le malade de son calcul, comme il y a tout avantage à supprimer un appendice altéré ;

(b). Le calcul expose le sujet qui en est porteur aux pires accidents, parmi lesquels l'infection et la rétention biliaire sont les plus redoutables.

(c). Les risques opératoires sont minimes si l'on intervient dès la première manifestation.

Il faut avouer que cette argumentation ne manque pas d'une certaine force. Théoriquement, elle paraît très juste. Ce qui en fait la faiblesse, c'est qu'elle n'est pas justifiée par les faits, ni par les résultats. Et voici les objections qu'on peut soulever ;

(a) La lithiase biliaire n'est pas exclusivement un accident local ; la diathèse, l'état constitutionnel échappent au traitement chirurgical.

(b) Malgré les complications possibles, la lithiase doit être considérée comme une affection bénigne ; ce fait est démontré par les statistiques recueillies à Vichy et

celles rendues publiques au Congrès International des Compagnies d'Assurances (1903).

(c) La mortalité opératoire, même dans les cas les plus favorables, est encore de 2 pour 100 ; elle s'élève bien au-delà si l'on tient compte des accidents tardifs post-opératoires ; enfin l'opération ne met pas à l'abri des récidives.

Avant de conseiller une intervention opératoire, le médecin praticien doit donc être sûr que l'opération est indiquée. M. Mongour, dans son rapport, qui a été adopté par le Congrès, formule les indications opératoires de la manière suivante :

(A) *Lithiase vésiculaire.*—L'opération chirurgicale peut être commandée :

(1) Par la répétition ou par l'intensité des coliques hépatiques (crises exceptionnellement douloureuses ou fréquentes), ou par la condition sociale du sujet, qui se trouve dans l'impossibilité de suivre un traitement médical suffisamment prolongé pour être efficace ;

(2). Par l'infection de la vésicule, surtout si elle est chronique. Il semble qu'il y ait alors tout avantage à opérer de bonne heure, aussitôt le diagnostic établi. Dans les cas aigus, l'opération peut être retardée pour tenter un essai consciencieux de thérapeutique médicale ;

(3). Par les symptômes d'une infection générale à point de départ supposé vésiculaire.

Il n'y a pas lieu d'intervenir dans l'hydropisie simple de la vésicule,

(B). *Lithiase canaliculaire.*—Le moment de l'intervention est sub-ordonné :

(1). A la qualité de la sécrétion biliaire. L'opération s'impose au moment où l'ictère devient hémaphérique (urobilène dans l'urine) ; elle peut être différée tant que l'ictère demeure simple (bilirubine) ;

(2). A la nature et à l'intensité des complications infectieuses locales ou générales. L'étude des variations du volume du foie rendra de grands services pour fixer le moment favorable de l'intervention. L'hypertrophie du foie et l'hypotermie ne sont pas une contre-indication opératoire.

On ne peut pas se régler sur la persistance de la rétention biliaire. Les limites de trois mois, six mois, un an sont arbitraires. Il faut tenir compte de la résistance individuelle.

E. P. BENOIT.

