

## Pathologie chirurgicale des voies Biliaires

Par E. St-Jacques, Prof. adjoint de Clinique Chirurgicale  
à l'Hôtel-Dieu.

Les affections des voies biliaires qui sont du ressort de la chirurgie, ont en ces derniers temps fait le sujet de nombreuses communications. Kehr, au Congrès de la Société Internationale de Chirurgie, à Bruxelles, et Delage-rière et Gosset, au Congrès français de Chirurgie nous ont présenté des aspects intéressants de ce problème varié, que nous allons résumer.

Les indications opératoires sont nombreuses. Ce sont d'abord les plaies et ruptures du cholédoque, de l'hépatique; ce sont là, sans doute, des complications rares, mais tous les avis sont unanimes: il est nécessaire d'intervenir le plus tôt possible. En éliminant encore les rétrécissements congénitaux des voies biliaires, on reste donc en présence de deux indications: d'une part, la lithiase biliaire; d'autre part, les tumeurs des voies biliaires.

10. Dans la lithiase, étant donné que la notion de l'infection tient la place prépondérante, à quel moment doit-on opérer? Kehr pose en principe que l'opération ne doit pas être précoce; sa statistique est suffisamment démonstrative, puisque sur 4,000 lithiasiques, 1,309 seulement ont été soumis au traitement chirurgical; c'est-à-dire que la cholélithiase est susceptible d'être améliorée, guérie par la thérapeutique médicale. Lorsqu'après les troubles du début: fièvre, frissons, ictère, les phénomènes s'amendent, il y a "latence du calcul", il n'y a pas "indication vitale", l'opération doit être écartée. Cette règle de conduite s'applique aux cas simples; mais lorsque le traitement médical devient insuffisant, les crises douloureuses se multiplient, les malades présentent de l'élévation thermique indiquant souvent une cholestite phlegmoneuse; on peut avoir en plus de la dilatation ou empyème vésiculaire; il ne faut plus hésiter: on doit opérer.

Telle est l'opinion de Kehr et de Hartmann. D'autres chirurgiens, Monahan (de Leeds), Bruning (de Giessen), Alessandri (de Rome) pensent, au contraire, que la présence de calculs dans la vésicule est plus fréquente qu'on ne le croit généralement; souvent même la cholélithiase serait prise pour une affection gastrique, une appendicite ou même une affection rénale.

Lorsque la lithiase entraîne des complications, il n'y a plus à hésiter, qu'il s'agisse d'angiocholécystite suppurée, d'abcès du foie et surtout de sténose du pylore, d'accidents d'occlusion intestinale aiguë, la vie est en danger, l'opération s'impose. Telles sont les indications. Il y a les contre-indications: le diabète, les affections cardio-pulmonaires, la néphrite chronique; enfin, il faut se souvenir que les hommes gras supportent moins bien que les femmes ces opérations.

Les interventions types sont: a) la cholédocotomie sus pancréatique, rétro et transpancréatique ou transduodénale; b) l'hépatotomie est une opération d'exception: elle ne doit être faite que lorsque le calcul siège dans le canal hépatique, près de l'abouchement du cholédoque, ou au niveau du hile du foie; c) la cholécystectomie supprimerait théoriquement la formation des calculs; mais elle aggrave l'acte opératoire. Enfin, pour terminer, on fera le drainage du canal hépatique; d) l'épiplooplastie sous-hépatique consiste à relever le tablier épiploïque flottant, à le fixer, de manière à isoler la région sous-hépatique de la grande cavité péritonéale. Ces opérations sont particulièrement graves; le malade est souvent exposé à l'infection, aux hémorragies, d'où l'indication de combattre énergiquement le choc opératoire.

20 Les opérations sur le cholédoque et sur l'hépatique, pour tumeurs, ont été étudiées par M. Gosset qui énumère les différentes formes sous lesquelles on trouve le cancer de l'hépatique, du confluent des canaux hépatique et cystique, le cancer du cholédoque, le cancer de l'ampoule avec les opérations palliatives et curatives. Il est évident que les résultats obtenus pour les tumeurs ne peuvent être mis en parallèle avec ceux obtenus chez les lithiasiques. En effet, M. Gosset, sur 1,124 interventions trouve, pour calculs une mortalité globale de 12,55 p.c. Outre les complications immédiates, il en est de tardives: éventrations, fistules biliaires et intestinales et souvent récidive de calculs. Ceux-ci auraient pu passer inaperçus au cours de l'intervention ou auraient pris naissance secondairement dans des cryptes existant sur les parois des canaux biliaires, même à l'état normal. Il est certain que par l'ablation, de parti pris, de la vésicule biliaire, on diminue les chances de récidive.

Cependant cette question de l'ablation de la vésicule n'est pas définitivement décidée. Si dans nos mains elle n'a donné que des résultats parfaitement satisfaisants,— il ne faut pas oublier que malgré une thérapeutique médicale post-opératoire la mieux appropriée, il est impossible de toujours empêcher la réformation de calculs hépatiques. Dès lors, s'il faut à nouveau intervenir plus tard, ce qui n'est pas un fait rare, ne l'oublions pas, nous sommes du fait de l'absence de la vésicule privés d'un précieux canal conducteur vers l'hépatique ou le cholédoque. Erdman, de New York, mettait bien ces faits en lumière dans un récent travail qu'il publiait dans le Medical Record et indiquait combien plus difficile est une seconde intervention, après que la vésicule a été antérieurement enlevée.

### L'HYDROPSISIE INTERMITTENTE DE LA VÉSICULE BILIAIRE

Farmi les accidents de la lithiase biliaire, certains résultent de l'infection biliaire, d'autres au contraire relèvent de l'action mécanique. Malgré toutes les discussions récentes, cette première classification de M. Chauffard persiste dans toute son intégrité. Certaines complications ne peuvent être expliquées que par un processus mécanique: