

de cholécystite non calculeuse, a repris 26 livres quatre mois après l'intervention. Ainsi nous avons 85% des résultats parfaits d'emblée.

Hartman et Petit - Detaillis indiquent un pourcentage de 92% de bons résultats des cholécystectomie pour cholécystite calculeuse et sans calcul. Nous pouvons dire que peu d'interventions chirurgicales donnent des résultats tellement encourageants.

Ces bons résultats doivent donc conduire à étendre les indications de la cholécystectomie "trop limitée encore en France" (Hartman et Petit - Detaillis), beaucoup trop limitée au Canada. Quelle intervention doit-on pratiquer? La cholécystostomie idéale, l'opération de Meredith n'a plus d'adeptes aujourd'hui. La cholécystostomie (opération de Lawson Tait) est une opération facile rapide, dont la mortalité opératoire ne dépasse pas deux à trois pour cent (Gosset) mais elle ne met pas à l'abri des récides vraies, elle expose à la persistance de fistules interminables. Aussi Balfour et Ross de la Clinique Mayo observe 90% des cas des fistules après une cholécystostomie et seulement 10% après une cholécystectomie.

Il y a peu de temps encore, l'opérateur qui intervenait pour une cholécystite ne se croyait pas en droit de pratiquer l'exérèse de la vésicule quand l'exploration directe ne révélait pas la présence des calculs. Il se contentait de la cholécystostomie, opération inutile et même mauvaise dans le cas présent. Ainsi Chiray et Semelaigne dans leurs articles sur la "cholécystite chronique non calculeuse" sont très affirmatifs. La seule opération normale est ici comme dans la lithiase, la cholécystectomie. C'est la ligne de conduite que suivent de plus en plus les médecins et chirurgiens avertis, tant en France qu'à l'étranger. Elle nous a donné dans notre pratique personnelle des résultats satisfaisants et durables." L'opération de choix est donc la cholécystectomie, c'est elle seule que nous envisagerons ici, simple ou complémentaire d'une opération sur le cholédoque.

Un point de technique opératoire sur lequel nous voulons attirer l'attention, et qui est devenu classique depuis les travaux de Gosset et Desmaret (1911) c'est la ligature de l'artère cystique au cours de la cholécystectomie. L'artère cystique est sujette à de nombreuses anomalies; elle peut naître du tronc même de l'artère hépatique, soit de la gastro-duodénale et présente un assez long trajet: on l'appelle alors l'artère cystique longue par opposition à la cystique normale dite artère cystique courte. Mais quelque soient ses variations elle aborde toujours la vésicule à l'union du corps avec le col (de Rio-Brancho). C'est donc là, à ce point fixe qu'il faut découvrir l'artère pour la lier au cours de la cholécystectomie. Il suffit, pour cela, après avoir dans un premier temps détaché la vésicule de son lit