

l'ictère et de coliques hépatiques, qui manquent dans la plupart des cas. Je crois que la cholécystectomie sera l'opération de choix chez les sujets jeunes, bien portants et quand la tumeur est libre d'adhérences et bien circonscrite. La cholécystostomie est, au contraire, indiquée dans les circonstances opposées.

Dr ROUTIER.—Le Dr Routier a opéré sept femmes et un homme. Tous ont présenté, en général, le syndrome : colique hépatique. La douleur n'a jamais manqué ; elle siégeait au niveau du foie, plus particulièrement au niveau de la vésicule, et la simple pression à cette endroit l'exaspérait. La perception de la tumeur biliaire n'a été nette que dans deux cas.

S'il n'y a pas de signes absolus et toujours constants de la tumeur biliaire, il y a toujours une réunion de symptômes qui permettent d'arriver au diagnostic. Quand la tumeur n'est pas appréciable à la palpation, les crises antérieures de coliques hépatiques avec ou sans ictère, la douleur, surtout augmentée par la pression de la région, l'état adynamique déprimé spécial, différant de la cachexie cancéreuse, sont des signes très importants.

Le Dr Routier admet que le diagnostic n'est pas toujours facile. Il est tombé deux fois, après laparatomie, sur un cancer du foie. Il a fait trois cholécystectomies avec une mort et cinq cholécystotomies sans mort aucune. Il ne croit pas à la possibilité d'établir une règle absolue dans le choix de l'opération. Lui-même s'est toujours laissé guider par les circonstances.

Il est fort inutile d'établir par les statistiques des divers opérateurs, par conséquent avec des facteurs de nature différente, une sorte de comparaison entre la cholécystectomie et la cholécystostomie au point de vue de leur gravité. Il a été frappé, pour sa part, de la bénignité des interventions sur le foie, quelles que soient les lésions qu'on attaque.

Voici comment le Dr Routier a pratiqué la cholécystotomie. Après avoir cherché la vésicule cachée par le colon, un lipome ou des adhérences, et constaté l'impossibilité de fixer les vésicules à l'ouverture abdominale à cause de la friabilité de leurs parois et de leur rétraction, il a tout simplement ouvert ces vésicules, mis un drain dans leur cavité nettoyée, puis, étalant au-dessous une mèche de gaze iodoformée, il a refermé la plaie du ventre sauf le point par où sortaient les drains et la mèche. Celle-ci était le plus souvent enlevée le quatrième jour, et le drain au bout de huit à dix jours.

On a beaucoup reproché à la cholécystotomie la fistule biliaire consécutive. La bile coule, en effet, en grande quantité le ou les premiers jours par l'orifice fait à la vésicule, mais cette quantité diminue bien vite, et presque aussitôt, les malades, d'abord très amaigris, reprennent rapidement de l'embonpoint, et bientôt la fistule se ferme. Chez les opérées du Dr Routiers les fistules se sont taries entre 13 et 28 jours.

“ Dans le cas de calcul de la vésicule, dit le Dr Routier en concluant, la conduite du chirurgien doit être dictée par les circonstances ; il enlèvera la vésicule s'il le peut sans compliquer son opération ; dans le cas contraire, il pourra se contenter de la cholécystotomie, avec la ferme conviction de voir ses malades guérir souvent aussi bien et presque aussi vite, sans avoir fait une opération ni plus ni moins grave.”

Dr MONOD.—Lorsque je me trouve en présence d'une tumeur vésiculaire, je commence par ponctionner le liquide, puis j'incise la vésicule et j'en extrais les calculs, et j'ai recours à la cholécystectomie s'il n'y a eu ni ictère, ni coliques hépatiques. s'il n'y a pas d'écoulement de bile et si le canal cholédoque est libre. Dans les autres cas, je pratique la cholécystostomie.

Dr REGNIER.—Il y a lieu de distinguer, dans les cas de tumeurs biliaires, celles qui résultent de la présence d'un cancer et celles qui sont dues à une obstruction des canaux par calculs. Au point de vue des suites opératoires, il y a peut-être un rapport à établir entre la suppression de la vésicule et les infections ultérieures possibles.