

H. — CIRRHOSE DES DIABÉTIQUES

Les cirrhoses pigmentaires des diabétiques sont essentiellement d'ordre cachectique. Elles sont en rapport avec des dégénérescences profondes des cellules hépatiques, et par cela même, elles ne réclament pas de traitement spécial. Il y aurait même quelque danger à soumettre les malades, en pareil cas, à une médication débilitante quelconque.

Les mêmes réflexions s'appliquent aux cirrhoses des tuberculeux, pour lesquelles la thérapeutique n'est pas moins illusoire.

Les unes comme les autres réclament, avant tout, un *traitement tonique* destiné à relever les forces des malades : l'usage du thé, du café à petites doses ajoutés au lait, et d'une alimentation modérée, sans négliger l'antisepsie intestinale.

CHAPITRE XXVI

TRAITEMENT DE LA LITHIASE BILIAIRE

PAR

A. CHAUFFARD

Agrégé, médecin de l'hôpital Cochin.

I

Considérations générales.

Les accidents très nombreux que peut déterminer la lithiase biliaire, ainsi que les indications thérapeutiques qui en dérivent, sont en grande partie subordonnés au siège anatomique et au mode de migration des calculs. Aussi les progrès tout récents de la chirurgie des voies biliaires ont-ils nécessité une étude précise et approfondie de l'anatomie normale de l'appareil biliaire intra-hépatique. Les travaux du professeur Terrier, de ses élèves Dally, Hartmann, de J.-L. Faure, sont indispensables à connaître, pour le médecin aussi bien que pour le chirurgien.

On sait que, sur le tractus direct du canal hépatique et cholédoque vient s'insérer, sous un angle très variable, le canal cystique, ou canal d'excrétion de la vésicule biliaire. Vésicule et canal cystique constituent ainsi des parties surajoutées, un véritable appareil de perfectionnement physiologique, dont on peut concevoir la suppression sans trouble irrémédiable des fonctions biliaires. Et, de fait, nous verrons que la *cholécystectomie*, ou ablation de la vésicule, trouve sou-

vent ses indications, et a pu dans bien des cas constituer une opération de choix.

Normalement, chez le sujet sain, la vésicule biliaire est *inexplorable par la palpation*. Cachée sous la face inférieure du foie, elle déborde à peine par son fond une encoche que la main peut sentir au niveau du bord hépatique tranchant, près du bord interne du muscle droit du côté droit.

Par cela seul que la vésicule biliaire est devenue perceptible à la main qui l'explore, on peut donc affirmer qu'elle est *notablement dilatée*. Elle donne alors la sensation d'une tumeur lisse, rénitente, fortement tendue, plus ou moins douloureuse, ovoïde, à grand diamètre vertical, limitée en bas par une courbe à convexité inférieure.

La palpation bimanuelle, la main postérieure étant placée dans l'espace costo-iliaque, projette la vésicule en avant, et donne une sensation très nette de *ballotement*, qu'il ne faudrait pas confondre avec le ballotement rénal.

Dans la position verticale, le fond de la vésicule regarde en bas, en arrière, et un peu à gauche; dans le décubitus horizontal, il devient la partie la plus élevée de la vésicule, et regarde en haut et en avant. Ce changement d'attitude a une véritable importance clinique, et me paraît expliquer ce fait d'observation traditionnelle que *c'est pendant la nuit* que débutent la plupart des crises de colique hépatique; par le fait seul du décubitus dorsal, le calcul, s'il est non enclavé, quitte le fond de la vésicule et tombe dans la région devenue déclive, c'est-à-dire dans cette partie qui se continue avec le canal cystique, en formant une sorte d'ampoule saillante à droite, le *bassinnet de la vésicule*.

Le col de la vésicule, d'après Terrier et Dally, « s'infléchit successivement en haut et à gauche, puis directement en arrière et un peu à gauche, décrivant ainsi deux coudes à peu près à angle droit ». Au sommet de l'angle formé par ces deux coudures, la paroi est épaissie, et forme une sorte de *promontoire* plus ou moins saillant.

Quand une vésicule contient des calculs, et surtout de

gros calculs, elle présente souvent de profondes modifications dans sa forme et dans son aspect, qui ont été bien décrites par Hartmann. Le calcul s'isole, s'enchatonne dans une sorte de loge, devient immobile et comme encapsulé, inapte, par cela même, à toute migration spontanée. Plusieurs calculs peuvent ainsi se superposer dans une même vésicule, isolés chacun dans leur logette, et séparés par des rétrécissements comme valvulaires de la paroi. Dans d'autres cas, le calcul déprime le bassinet au-dessous de l'abouchement du canal cystique, et le creuse en cul-de-sac. On comprend toute l'importance de ces dispositions topographiques, puisqu'elles rendent souvent à peu près impossible la migration normale du calcul, et constituent la meilleure justification pour le traitement chirurgical de la cholélithiase.

Le *canal cystique* est extraordinairement variable suivant les sujets, comme le montrent les nombreux moulages de J.-L. Faure. Mais toujours il est tortueux, spiroïde, déformé par une série de sinuosités, d'ampoules, de rétrécissements successifs. Sa longueur est non moins variable, et oscille entre 40 et 70 millim.

Quant au *canal cholédoque*, sa direction plus rectiligne, l'absence de valvule, en font une étape plus facile à parcourir pour les calculs. Mais son extrémité intestinale, à cause de l'étroitesse de l'orifice duodénal de l'ampoule de Vater, constitue un défilé, et comme un barrage difficile à franchir.

Ajoutons, à tout ce qui précède, que la muqueuse biliaire est douée, à l'état pathologique, d'une sensibilité très nette, que les parois membraneuses qui la doublent sont musculueuses et contractiles, et nous comprendrons quels obstacles de tout genre viennent s'opposer à la migration éliminatrice des cholélithes.

II

Indications thérapeutiques.

On conçoit, dès lors, combien peut devenir difficile et complexe la tâche du médecin, d'autant que le traitement de