

la lithiase biliaire et de ses accidents comporte, suivant les cas, des indications variées, des *moments* très différents. Et ici il faut tout d'abord distinguer la *lithiase maladie*, et la *lithiase lésion*.

Par ses antécédents familiaux ou personnels, par son passé même, si une crise de colique hépatique s'est déjà montrée, un sujet nous est suspect de cholélithiase; nous le croyons ou nous le savons apte à faire des calculs biliaires; par cela même, nous avons à lui prescrire le régime et le traitement qui nous paraissent le plus propres à empêcher la formation ou la récurrence des calculs; c'est une *thérapeutique préventive* qu'il convient d'instituer.

Les calculs sont-ils, au contraire, déjà formés, trahissent-ils leur présence par des crises douloureuses à répétition, par des accidents fébriles d'infection, par une occlusion du cholédoque avec ictère persistant, par une migration anormale, des indications tout autres se présentent; ce n'est plus la *maladie lithogène* seulement qu'il nous faut traiter, c'est aussi toute la série des accidents locaux et généraux qui peuvent dépendre de la présence, de la migration, de l'enclavement des cholélithes.

Nous devons donc étudier successivement le traitement: de la *maladie lithogène*; de la *migration normale des cholélithes*, ou *colique hépatique*; de leurs *migrations anormales*; des accidents secondaires *d'infection biliaire*, ou *d'enclavement calculeux*.

### III

#### Traitement de la maladie lithogène.

##### A. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Le traitement *préventif* ou *curatif* de la maladie lithogène est nécessairement dicté par l'idée que l'on se fait de la nature même et de la pathogénie du processus lithiasique. Toute autre règle de conduite ne serait que pur empirisme.

Deux théories, aujourd'hui, se partagent, et, on pourrait presque dire, se disputent la pathogénie de la lithiase biliaire.

L'une d'elles est essentiellement traditionnelle, et rattache la prédisposition lithogène à des troubles de la nutrition organique, définis par leur évolution, leurs affinités morbides, leurs mutations familiales. Les travaux de Bouchard ont donné à cette théorie son expression la plus complète.

Au point de vue chimique, la lithiase biliaire relève des dyscrasies acides, avec excès permanent d'acides organiques dans les humeurs. Dans la bile devenue acide, la cholestérine, le pigment, les sels de chaux se précipitent formant ainsi les divers éléments constitutifs des cholélithes.

Au point de vue étiologique, la lithiase biliaire est avant tout une maladie de la femme, de l'âge adulte. Toutes les causes de stagnation biliaire, telles que les grossesses répétées, l'étranglement de la taille par des corsets trop serrés, les prolapsus abdominaux, et en particulier l'hépatoptose avec coudure brusque du cholédoque, tiennent dans le déterminisme de la maladie une place importante.

Mais, surtout, la lithiase biliaire relève de conditions spéciales, acquises ou héréditaires, de la nutrition. Maladie des citadins, des sédentaires, des gros mangeurs, des obèses, elle appartient au groupe morbide des affections arthritiques, se relie par les affinités les plus étroites au diabète sucré, à la polysarcie, à la goutte, aux hémorroïdes, à la migraine, à la gravelle urique.

Ces notions étiologiques sont confirmées chaque jour par l'observation clinique. Elles sont irrécusables, et conservent toute leur valeur malgré la vogue récente de la *théorie infectieuse* de la cholélithiase.

C'est qu'en effet les recherches de Galippe, de Dupré, de Gilbert, de Girode, de Hanot et Létienne, de Dominici, de L. Fournier, et, en Allemagne, de Naunyn, ont édifié une théorie microbienne de la lithiase, ont attribué un rôle pathogénique majeur aux infections biliaires, et, en outre, à la fièvre typhoïde.

Nous ne pouvons entrer ici dans la discussion de cette

grosse question, sur laquelle il y aurait beaucoup à dire. Mais nous devons faire, au moins au point de vue pratique et thérapeutique, une réserve.

La notion des conditions pathogéniques humorales et nutritives de la lithiase nous donne des indications prophylactiques et curatives des plus nettes, et dont l'expérience clinique démontre la justesse.

La notion de l'origine microbienne des calculs ne dépasse guère le laboratoire, elle est dépourvue de toute sanction thérapeutique. Ces infections biliaires lithogènes sont latentes, n'ont pas d'expression symptomatique; elles n'affectent en rien les allures des infections biliaires *secondaires à la lithiase*, dont la fièvre bilio-septique constitue le type le plus accusé. Rien le plus souvent dans le passé des malades qui permette de dire à quel moment le tractus biliaire s'est infecté; les accidents ne se montrent qu'une fois les calculs développés.

Bien plus, les sujets atteints antérieurement d'ictère catarrhal, c'est-à-dire d'une des seules infections biliaires proto-pathiques à autonomie incontestable, ne deviennent qu'exceptionnellement des lithiasiques. C'est une remarque que j'ai eu, depuis bien longtemps, l'occasion de faire.

Même en admettant l'origine microbienne de la cholélithiase, il faut donc ajouter le double correctif nécessaire: *l'infection biliaire lithogène, sauf pour quelques cas consécutifs à la fièvre typhoïde, n'a pas d'histoire clinique; elle ne produit ses effets que chez des sujets prédisposés par les conditions héréditaires ou acquises de leur nutrition générale*<sup>1</sup>.

1. Je ne puis que renvoyer, pour cette grosse question de *la valeur clinique de l'infection comme cause de lithiase biliaire*, à un mémoire que j'ai publié sur ce sujet dans la *Revue de médecine*, février 1897.

Après avoir fait l'examen critique des données bactériologiques actuelles et de la théorie pathogénique que l'on en a déduite, je donne le résultat d'une statistique personnelle portant sur 241 sujets atteints isolément ou successivement de fièvre typhoïde, d'ictère catarrhal, de lithiase biliaire. En voici les principaux résultats :

Sur 171 anciens typhiques, 18 ont été atteints ultérieurement de lithiase, soit 10,5 p. 100. Dans un seul de ces cas, l'intervalle entre les deux maladies a été très court, la première colique hépatique survenant quinze jours après la

Elle ne fait donc pas indication thérapeutique, et l'étiologie microbienne est ici singulièrement primée par l'étiologie humorale.

#### B. — HYGIÈNE GÉNÉRALE

Que devons-nous donc prescrire comme hygiène générale, comme régime alimentaire, aux sujets que nous considérerons comme des prédisposés, ou comme déjà des lithiasiques avérés?

Le lithiasique ne doit pas être un sédentaire: il faut lui conseiller un *exercice* régulier, la marche, la bicyclette, la gymnastique suédoise, l'escrime.

Le fonctionnement de la peau sera activé par les *frictions* sèches ou alcooliques, les *bains alcalins*.

La constipation sera évitée par l'usage méthodique de petites doses de *sels neutres purgatifs*, ou de laxatifs végétaux peu irritants tels que les préparations de *casarea* ou de *rhubarbe*.

L'obésité, si elle coexiste, nécessitera la cure de réduction et le massage.

Enfin, le *régime alimentaire* aura pour bases : les viandes grillées ou rôties (pas plus d'un plat par repas), les légumes verts, crus ou cuits, les fruits à volonté, entre autres le raisin.

Ne seront permis qu'en très petite quantité les aliments féculents, les sucreries, les pâtisseries, les graisses, les œufs. Certains légumes, les petits pois, par exemple, contiennent

convalescence terminée. Dans tous les autres cas, intervalle d'au moins quatre ans.

Sur 86 lithiasiques, 18 anciens typhiques, soit 20,9 p. 100. Mais sur 86 malades quelconques, entrés à la suite dans mon service, 13 anciens typhiques, soit 17,4 p. 100.

L'écart entre les deux proportions, soit 3,5 p. 100, exprime le degré plus grand de fréquence que présente la fièvre typhoïde dans les antécédents de ces lithiasiques.

Sur 46 ictères catarrhaux, 2 lithiases ultérieures, soit un pourcentage de 17,5 p. 100.

Sur 86 lithiasiques, 2 cas antécédents d'ictère catarrhal, soit 2,3 p. 100.

une cholestérine végétale qui doit les faire particulièrement exclure.

Le pain sera pris en petite quantité, et plutôt à l'état de *pain de ménage* qu'à l'état de pain riche, trop blanc, et purement amylicé.

En somme, alimentation mixte, modérée comme substance azotées, riche en végétaux, pauvre en hydrocarbures, amylicés et sucrés, et en matières grasses.

Boissons plutôt abondantes, peu alcooliques, sans vin pur, ni liqueurs; usage habituel des eaux alcalines légères comme certaines sources de *Vals*, des eaux bicarbonatées calciques, telles que l'eau de *Pougues*, des eaux diurétiques et faiblement salines comme la source salée de *Vittel*.

#### C. — TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

Tel doit être le traitement hygiénique et préventif des prédisposés à la lithiase biliaire, comme aussi des lithiasiques avérés. Mais dans ce dernier cas, observer le régime précédent ne suffit pas, il y faut joindre un traitement interne qui éloigne ou supprime les accidents aigus de la lithiase, c'est-à-dire les coliques hépatiques.

Ce *traitement intercalaire*, interposé entre les crises douloureuses, comporte, suivant les cas, des indications différentes, et il faut bien distinguer, à cet égard, les lithiasiques à crises répétées, parfois presque subintrantes, de ceux dont les accès sont séparés par de longs intervalles. Ne nous occupons pour le moment que de ceux-ci.

Voici un lithiasique à crises espacées, qui, par exemple, n'a pas dans l'année plus de trois ou quatre coliques hépatiques. Que pouvons-nous attendre du traitement interne, et que faut-il lui prescrire?

Une première difficulté, c'est que nous ne savons jamais, sauf exception, si notre malade retient encore dans sa vésicule un ou plusieurs calculs, s'il est en imminence ou non de crise aiguë, ou s'il n'y a qu'à prévenir une récurrence de formation

calculuse. Le traitement pourra évidemment, dans le second cas, donner des résultats bien plus assurés.

Rien de plus problématique, en effet, que l'action dissolvante ou réductrice d'un traitement médicamenteux sur des calculs biliaires déjà formés, tandis que le catarrhe lithogène est certainement accessible à nos moyens d'action.

Ce qui est prouvé, c'est que, souvent, sous l'influence d'un traitement approprié, le lithiasique voit ses crises s'espacer notablement, ou même disparaître pour faire place à une véritable guérison clinique.

Au premier rang des agents médicamenteux auxquels il convient de recourir, se placent les *traitements thermaux*, et certaines stations revendiquent ici, et à bon droit, une traditionnelle spécialisation.

#### 1° Traitement hydro-minéral.

Trois types principaux d'eaux minérales trouvent suivant les cas leur indication, et peuvent s'individualiser dans les stations de *Vichy*, de *Carlsbad*, de *Vittel*. Voyons dans quels cas et comment on doit recourir à ces eaux, et quels résultats cliniques on en peut attendre.

A. — *Vichy*, parmi les eaux *bicarbonatées sodiques*, est la station classique des cholélithiasiques, celle qui peut convenir au plus grand nombre de malades.

Très peu de contre-indications s'opposent à son emploi. On peut admettre comme telles : l'*ictère calculeux chronique*, avec dénutrition progressive, et état cachectique; la *cirrhose calculeuse*, la *cirrhose alcoolique* avec ascite; l'*infection biliaire*, avec ses grands accès fébriles et la septicémie qu'elle entraîne.

L'âge avancé n'est pas à lui seul une contre-indication, si les artères sont restées souples et le cœur normal.

Le calculeux envoyé à *Vichy* devra y faire un traitement à la fois *externe* et *interne*. On lui prescrira des bains minéraux tièdes de 15 à 30 minutes de durée, des douches tièdes,