

coloration ictérique de l'urine ou des téguments, on mettra le sujet au repos, au moins relatif. On interdira tout long voyage en chemin de fer, toute course fatigante en voiture, l'usage de la bicyclette ou du cheval, la danse, le lawn-tennis, bref tout ce qui pourrait mobiliser un calcul et éveiller la contractilité réflexe des voies biliaires.

Dans le même but préventif, tout écart de régime sera interdit, et l'on évitera de donner des purgatifs.

Si cependant la crise douloureuse éclate, que devons-nous faire ?

A. — Pour une colique hépatique *de faible ou moyenne intensité*, mettre le malade au repos absolu ; ne l'alimenter que si l'estomac n'est pas intolérant, et de préférence avec du lait froid coupé d'eau de *Vichy*, des crèmes froides, de la gelée de viande. Faire prendre un ou plusieurs *bains* un peu chauds, de 35° environ, et prolongés pendant près d'une heure. Appliquer sur la région de l'hypochondre droit un cachet de caoutchouc rempli d'eau très chaude, c'est un excellent moyen, et qui soulage toujours les malades ; prescrire des applications d'un *liniment calmant chloroformé* ou d'*huile d'amandes douces* chaude et *gaiacolée* au tiers, ou de *salicylate de méthyle*.

Si ces moyens ne suffisent pas à calmer les douleurs, on devra recourir aux analgésiques internes. Les *perles d'éther*, l'eau *chloroformée* non seulement diminueront les souffrances, mais feront cesser également les vomissements. Les pilules *opiacées* et *belladonnées*, le *chloral* à la dose de 1 à 2 grammes, l'*exalgine* à la dose de deux à trois cachets de 20 centigrammes, un petit quart de lavement additionné de 2 grammes d'*antipyrine*, tels sont les agents médicamenteux le plus souvent employés et avec le meilleur succès.

B. — Les *grandes formes* de la colique hépatique, avec les douleurs si intenses et les vomissements qu'elles provoquent, exigent une intervention plus décisive. Le repos et la diète absolue s'imposent ; on donnera à sucer des fragments de

glace, du grog glacé en boisson, un peu de lait ou de consommé froids s'ils sont supportés, et surtout on fera une injection sous-cutanée de 1 à 2 centigrammes de *chlorhydrate de morphine*. C'est là le moyen héroïque, le seul qui donne aux malades soulagement et détente. Il est d'autant plus indiqué ici que, tout en supprimant la douleur, il n'enraye pas la migration du calcul, c'est-à-dire le procédé naturel de la guérison spontanée.

La principale contre-indication à l'emploi de la morphine serait tirée de l'état du cœur, dans ces cas, assez rares du reste, où la colique hépatique s'accompagne de symptômes de collapsus cardiaque, avec pouls fréquent, petit, irrégulier, hypotension artérielle, et menaces de syncope.

Une fois la crise de colique hépatique terminée, même sans ictère, il faut encore surveiller de très près le lithiasique comme régime et comme hygiène, se rappeler que les paroxysmes procèdent souvent par réitérations successives. Le *régime lacté* sera, si possible, continué pendant encore plusieurs jours.

V

Traitement de l'obstruction et de l'infection biliaires.

Tout ce qui précède ne vise que le traitement de la lithiasie biliaire sous ses formes cliniques les plus simples, alors que n'interviennent pas ces deux complications si fréquentes, l'*obstruction biliaire*, et l'*infection biliaire*.

Dès que ces deux processus entrent en jeu, ensemble ou isolément, la situation change du tout au tout, et de nouvelles indications apparaissent, relevant, suivant les cas de la *thérapeutique médicale*, ou de la *thérapeutique chirurgicale*.

Nous allons trouver ici bien des questions irrésolues, car la chirurgie des voies biliaires est encore en pleine période d'étude. Mais de magnifiques résultats sont déjà acquis, et

bien des malades guérissent aujourd'hui devant lesquels, il y a peu d'années, nous serions restés impuissants.

La *rétenion biliaire* est un accident normal de la migration calculeuse, et correspond au cheminement du cholélithe dans le cholédoque. Dans les cas non compliqués, ce cheminement s'effectue pendant une durée qui peut varier de quelques heures à quelques jours; l'ictère par rétenion n'est que passager, et ne fait pas indication thérapeutique.

Mais trop souvent il n'en va pas de même; soit que le calcul soit trop volumineux, ou que la surface en soit irrégulière et rugueuse, ou que, par une sorte d'inertie, la contraction réflexe d'expulsion manque d'une énergie suffisante, le cholélithe s'arrête et s'enclave en un point du cholédoque, et la circulation biliaire est interrompue.

Dès lors, apparaît le syndrome de la rétenion biliaire prolongée ou chronique par obstruction calculeuse, et la situation clinique devient pleine d'incertitudes.

Aucun signe, en effet, ne nous permet de savoir en quel point du cholédoque est arrêté le calcul, ni s'il reste immobile ou continue à lentement progresser. Tout ce que nous savons, de par les constatations chirurgicales, c'est que le plus souvent l'enclavement calculeux se fait à l'origine ou dans la partie sus-duodénale du cholédoque; d'après Jourdan¹, dans 32 cholédocotomies sur 44, les calculs trouvés siégeaient au-dessus du duodénum.

Pronostiquer la durée probable d'une obstruction calculeuse du cholédoque est donc presque toujours impossible, d'où une grande difficulté également à préciser le moment où doit être conseillée l'*intervention chirurgicale*.

Celle-ci, à mon avis, ne doit être ni précoce, ni trop tardive, c'est-à-dire qu'on ne doit pas laisser aux accidents secondaires graves le temps de se produire, et qu'on ne doit d'autre part ouvrir le ventre que quand l'improbabilité de la guérison spontanée est démontrée.

1. M. JOURDAN. — De la cholédocotomie. *Thèse de Paris*, 1893.

A. — TRAITEMENT MÉDICAL

Un malade est atteint depuis un mois d'ictère calculeux; il souffre peu ou point; son état général n'est pas touché, il n'a pas maigri, s'alimente bien, n'a jamais eu ni fièvre, ni frissons; on ne sent pas de vésicule dilatée. Dans ces conditions, rien ne presse; on peut attendre, espérer encore une guérison naturelle. On prescrira le *repos*, les *bains* prolongés, le *régime lacté* intégral ou tout au moins partiel; une *cure thermique* si la saison le comporte, sinon l'administration alternée d'eau minérale à domicile, et du *benzoate* ou *salicylate de soude*.

En même temps, on prescrira l'antisepsie intestinale par le *bétol* ou le *benzo-naphtol*; on donnera, de temps en temps, un *purgatif* léger. Il faut savoir à ce propos que, d'après les recherches récentes de E. Stadelmann¹, tous les purgatifs n'agissent pas de même chez les sujets en état de rétenion biliaire complète. Le *podophyllin*, les résines de *jalap* et de *scammonée*, la *convolvuline*, la *rhubarbe*, n'agissent que peu ou pas. Le *calomel*, l'*aloès*, la *gomme-gutte*, le *séné*, conservent leur action.

Ces recherches de Stadelmann ont, du reste, plus d'intérêt théorique que pratique. Elles ont été faites chez des chiens à fistule biliaire externe avec résection du cholédoque, dans des conditions très différentes, par conséquent, de celles de l'obstruction calculeuse du cholédoque. Elles ne nous renseignent que sur l'effet *purgatif*, alors que l'effet *cholagogue* concomitant ne peut être négligé. Enfin, les substances expérimentées ne sont guère celles que l'on doit employer dans les ictères lithiasiques, sauf le calomel. Les *sels purgatifs neutres*, que n'a pas expérimentés Stadelmann, conservent dans l'ictère calculeux toute leur efficacité, et me paraissent devoir être employés de préférence.

1. E. STADELMANN. — *Archiv f. experim. Path. und Pharm.*, 1896, 37^e volume, p. 332.

Mais, pour en revenir au cas supposé de notre malade, si, après deux mois environ d'occlusion du cholédoque, il reste toujours aussi ictérique, s'il maigrit, perd ses forces, se cachectise, les indications thérapeutiques se modifient, l'heure de l'intervention chirurgicale est bien près de sonner.

Bien qu'il soit difficile et toujours un peu artificiel de formuler une règle générale, c'est donc, il me semble, du deuxième au troisième mois de l'ictère calculeux que l'intervention chirurgicale doit être conseillée. Passé le troisième mois, il n'y aurait que danger à attendre, il faut opérer.

L'infection biliaire, de même que la rétention, relève, suivant les cas, du traitement médical ou de l'intervention opératoire.

Pour certaines formes atténuées, qui ne se traduisent que par quelques rares accès fébriles accompagnant ou suivant les coliques hépatiques, on pourra se contenter de prescrire régime lacté et antisepsie intestinale. Le *salol*, à la dose de 2 à 3 grammes par jour, donne souvent de bons résultats, mais il n'est pas toujours bien toléré, et donne souvent lieu, comme chez les hépatiques en général, à la production d'urines noires.

Dans des cas plus rares, l'infection biliaire des lithiasiques peut amener des accidents fébriles et toxiques aigus, analogues à ceux de l'ictère grave. Dans de telles conditions, où une grande opération serait des plus dangereuses, la médication par les bains froids a donné de beaux succès à H. Mollière, et peut constituer une précieuse ressource.

Restent enfin les cas où l'opération devient nécessaire; nous allons les comprendre dans une étude d'ensemble sur les indications chirurgicales dans le traitement de la lithiase biliaire.

B. — DES INDICATIONS CHIRURGICALES DANS LE TRAITEMENT DE LA LITHIASÉ BILIAIRE

Les indications opératoires dans le traitement de la cholélithiase peuvent être tirées de trois symptômes principaux : la douleur, la rétention biliaire, l'infection biliaire.

1° Certains malades, quoi que l'on fasse, sont en proie à des crises si répétées de colique hépatique que l'existence leur devient intolérable, que leur santé générale en est sérieusement atteinte. Il ne faut pas hésiter, en pareil cas, à conseiller une laparotomie exploratrice. La vésicule, le canal cystique seront explorés, débarrassés des calculs si l'on en trouve; la vésicule incisée sera suturée, ou réséquée, ou mieux suturée à la paroi, suivant les indications individuelles dans chaque cas¹.

Si la bile est aseptique, la fistule biliaire externe guérit en général assez facilement, parfois après évacuation ultérieure de nouveaux calculs.

On peut, du reste, ne pas trouver, pendant l'opération, les calculs que l'on attendait, les douleurs reconnaissant pour cause des adhérences inflammatoires péri-cystiques. La libération de la vésicule, par rupture prudente de ces adhérences, peut amener la guérison.

Les interventions sur la vésicule sont relativement peu graves; Kehr sur 23 cysticotomies faites depuis six ans n'a pas eu de décès, et n'a perdu qu'un malade sur 21 cystectomies.

2° L'oblitération calculeuse du cholédoque comporte, nous l'avons vu, une intervention, dès que l'ictère dure, malgré le traitement médical, depuis deux à trois mois, que la nutrition générale est atteinte, ou que des accidents infectieux apparaissent.

La cholédocotomie devient ici l'opération de choix, mais il ne faut pas se dissimuler sa réelle gravité. D'après Kehr, sur 82 cas publiés, et en défalquant de la statistique les cas de mort dont l'opération n'est pas responsable, la mortalité s'élève à 25 p. 100.

1. Consulter, pour tout ce qui a trait à la chirurgie des voies biliaires, les travaux classiques de M. TERRIER, la discussion récente à la Société de Chirurgie, juin et juillet 1896, les comptes rendus du 25^e Congrès de la Société Allemande de chirurgie, mai 1896.

Une laparotomie exploratrice permettra d'abord d'explorer l'ensemble des voies biliaires et en particulier le cholédoque. La suture du cholédoque se rompant souvent au bout de deux à trois jours, on fera bien, suivant le précepte de Quénu, d'établir un drainage externe préventif. La fistule biliaire cutanée, en l'absence de processus infectieux, guérit assez vite, une fois que les voies biliaires sont redevenues perméables.

Sans pouvoir signaler ici toutes les difficultés techniques de la cholédocotomie, rappelons que l'on n'est jamais sûr d'avoir pu enlever la totalité des cholélithes. Souvent, les jours qui suivent l'opération, de nouveaux calculs s'éliminent par la fistule, parfois après réocclusion transitoire du cholédoque.

3° *L'infection biliaire*, au point de vue chirurgical, est localisée aux voies extra-hépatiques, ou plus ou moins généralisée, sans que, souvent, nous puissions par l'examen clinique décider du plus ou moins d'extension du processus infectieux.

Si les symptômes locaux permettent de diagnostiquer une cholécystite suppurée d'origine calculeuse, l'indication est formelle; il faut ouvrir la vésicule, et la suturer à la paroi, après évacuation aussi complète que possible des cholélithes.

Mais même en l'absence de cholécystite appréciable, si l'on constate des accidents infectieux d'origine lithiasique, si ceux-ci résistent au traitement médical ou s'aggravent, l'indication reste la même, et la cholécystotomie reste l'opération de choix.

Outre l'avantage de l'extraction possible de calculs, cette intervention supprime toute rétention biliaire, élimine au dehors la bile infectée, agit, pour ainsi dire, comme une soupape de sûreté sur le processus pyogène.

Toute bile infectée n'est pas, du reste, mélangée de pus, d'où la nécessité absolue, formulée par Terrier, de l'examen bactériologique dans toute intervention chirurgicale sur les voies biliaires.

Le même auteur a démontré qu'une bile infectée reste longtemps telle, et qu'un malade, bien portant tant que sa fistule biliaire reste conservée, est souvent repris d'accidents infectieux quand on procède à la suppression de sa fistule.

L'évolution des fistules biliaires cutanées semble donc différente dans ces deux cas; si la bile est aseptique, la fistule tend d'elle-même à la guérison, et se ferme en général assez vite et sans accidents; son occlusion est lente, au contraire, et souvent accompagnée d'accidents angiocholithiques, si la bile est infectée.

Dans cette seconde alternative, une nouvelle intervention pourra devenir indiquée si la déperdition biliaire excessive devient cachectisante pour le malade; le chirurgien établira une anastomose secondaire de la vésicule avec le duodénum ou le côlon transverse.

Rappelons de nouveau que, en tout état de cause, il n'y a jamais inconvénient à pratiquer une laparotomie exploratrice. Souvent elle permettra seule un diagnostic exact du siège et du degré des lésions. Des exemples bien curieux ont même montré que parfois la disparition d'un ictère chronique ou d'accidents bilio-septiques pouvait être la suite bien inespérée d'une simple laparotomie, alors que, le ventre une fois ouvert, on n'avait pas trouvé le calcul attendu. Chez un de mes malades, opéré par P. Delbet, pour des accidents d'infection biliaire des plus graves, le foie était très volumineux, rouge violacé, criblé à sa surface d'abcès angiocholithiques miliaires. Après simple laparotomie, et contre toute attente, une guérison complète et rapide n'en fut pas moins obtenue.

Je dois ajouter que la guérison opératoire de la cholélithiase ne met pas à l'abri d'une récurrence parfois rapide des accidents. Chez un malade opéré par Ricard, j'ai vu au bout de 6 à 8 mois se reproduire des coliques hépatiques graves avec infection biliaire.