

## VI

## Traitement des complications.

L'évolution clinique de la lithiase biliaire peut être modifiée par de nombreuses complications, résultant soit de l'enclavement calculeux, soit de propagations infectieuses de voisinage, soit de migrations anormales des cholélithes. De nouvelles indications thérapeutiques en sont la conséquence.

## A. — CIRRHOSE CALCULEUSE

La cirrhose calculeuse est une cirrhose porto-biliaire, à foie lisse, ferme, un peu augmenté de volume; accompagnée d'ictère chronique, de paroxysmes douloureux et souvent fébriles, parfois de péri-hépatite et de petite ascite.

La médication lactée, l'antisepsie intestinale, constituent à peu près toute la thérapeutique interne. Mais le vrai traitement doit avant tout, ici, être *préventif*. Nous ne devons pas laisser une obstruction calculeuse du cholédoque durer assez longtemps pour provoquer une cirrhose secondaire. Le traitement médical d'abord, l'intervention opératoire, s'il y a lieu, doivent rétablir à temps la perméabilité du tractus biliaire.

## B. — PYLÉPHLÉBITE

La pyléphlébite, soit adhésive, soit, le plus souvent, suppurée, peut succéder à une péri-angiocholite débutant au niveau du point d'arrêt du calcul. C'est là une complication des plus graves, peu accessible à nos moyens d'action, et que l'on arrive mieux aussi à prévenir qu'à guérir.

L'intervention chirurgicale sera, au contraire, indiquée pour les *abcès sous-phréniques* droits, les *pyo-périhépatites*, dus au rayonnement du processus suppuratif autour des canaux biliaires enflammés, ou des cholécystites phlegmoneuses,

## C. — MIGRATIONS ANORMALES

Restent les migrations anormales des cholélithes; elles peuvent nécessiter des interventions opératoires d'urgence.

La *rupture*, traumatique ou spontanée, de la vésicule ou des voies biliaires entraîne, pour peu que la bile soit infectée, une péritonite diffuse suraiguë, plus rarement une péritonite circonscrite. La laparotomie, avec établissement d'un drainage externe, devient ici la ressource suprême.

Les *fistules biliaires cutanées* constituent un mauvais mode de guérison naturelle, en ce sens que la déhiscence externe se fait par un trajet presque toujours étroit, irrégulier, sinueux, qui permet difficilement l'élimination complète des cholélithes, et expose aux infections secondaires par le canal fistuleux.

Si nous savons ou pouvons intervenir convenablement et en temps voulu, nous ne devons plus observer de faits de ce genre.

Les *fistules gastro-intestinales* ne créent pas, par elles-mêmes, d'indications opératoires. Elles ne comportent que la surveillance très attentive du sujet, et la pratique méthodique de l'antisepsie intestinale.

Mais la présence du calcul dans l'intestin, pour peu qu'il soit volumineux, devient une cause relativement fréquente d'*obstruction intestinale*. Courvoisier, puis Dagron, en ont réuni 140 cas, auxquels d'autres sont venus s'ajouter depuis. L. Galliard<sup>1</sup>, en 1895, en évaluait le nombre total à 225.

Les cholélithes peuvent s'arrêter même assez près du duodénum, mais le plus souvent ils se fixent dans la dernière portion de l'iléon, près ou au niveau de la valvule de Bauhin, ou dans l'iliaque ou même dans le rectum.

Le volume du calcul est, naturellement, la principale cause de l'obstruction intestinale. Mais elle n'est pas la seule; des

1. L. GALLIARD. — De l'iléus par calculs biliaires. *Presse médicale*, 1895, p. 185.



cholélithes peu volumineux, insuffisants par eux-mêmes à obstruer la lumière de l'intestin, peuvent, par leur action de contact, provoquer un spasme réflexe oblitérant. L'intestin se contracte sur le calcul, forme au-dessus et au-dessous comme un véritable sphincter, qui empêche le corps étranger d'avancer ou de reculer (Thiriar).

Il n'y a donc pas de rapport direct entre la gravité des accidents et le volume du calcul enclavé.

Sans pouvoir entrer ici dans l'histoire clinique détaillée des obstructions intestinales calculeuses, signalons l'allure en général lente des accidents, l'importance des antécédents lithiasiques, la nécessité, la plupart du temps, de la laparotomie exploratrice pour établir ou confirmer un diagnostic toujours incertain, et que l'on ne saurait cependant trop hâter; le succès de l'intervention chirurgicale est à ce prix.

Si l'on a quelque raison de soupçonner une obstruction calculeuse de l'intestin, il faut s'abstenir de tout ce qui pourrait provoquer ou exagérer le spasme de l'iléon; ne pas purger le malade (Galliard), éviter tout massage de l'abdomen. Si les douleurs sont intenses, les calmer par une piqûre de *morphine*; gagner du temps, tout en surveillant de très près les accidents: intervenir dès que les symptômes de l'obstruction se confirment et tendent à s'aggraver.

Les premiers résultats opératoires obtenus ont été mauvais, mais, comme le fait très justement remarquer L. Galliard, ils s'améliorent chaque jour, et la mortalité depuis 1891 n'est plus que de 33 p. 100 environ. C'est là un chiffre encore trop élevé, et qu'abaisseront certainement les progrès de la chirurgie intestinale et la pratique plus hâtive des interventions.

Il ne faut donc pas perdre de vue que nombreuses et urgentes sont les indications opératoires au cours des accidents si variés, si complexes, souvent si graves, de la lithiase biliaire. Encore sommes-nous loin de les avoir tous passés en revue; bien d'autres plus exceptionnels ont été observés, tels

les sténoses du pylore adhérent à la vésicule calculeuse<sup>1</sup>.

Le rôle et la part d'action du médecin n'en restent pas moins prépondérants; à lui de prévenir, par l'hygiène et le régime, l'apparition de la cholélithiase; d'en traiter les formes régulières et non compliquées; d'empêcher ou d'enrayer les accidents d'infection ou de rétention biliaire à leur début; à lui, enfin, de savoir, s'il le faut, préciser le moment de l'acte opératoire, et faire intervenir le chirurgien à temps et dans des conditions favorables.

1. BOUVERET. — *Revue de Médecine*, janvier 1896.