

au milieu; les gencives sont sensibles et enflées; vomissements fréquents, qui font rendre et les aliments et les médicaments; intestins très-relâchés, environ douze garde-robes par jour. Pouls à 96, régulier et faible; respiration thoracique; poumons et cœur normaux. Température 36°8. L'urine contient des urates en abondance, mais pas d'albumine, ni de pigment biliaire.

Prescription: glace, fer et digitale, charbon végétal et stimulants. La diarrhée s'est calmée, mais l'enflure a rapidement augmenté, et le 4 septembre, on retire près de quatre litres de liquide trouble et brun rougeâtre, densité 1017; ce liquide ne contenait pas de flocons de lymphe, mais de nombreux corpuscules sanguins et quelques grosses cellules à contenu granuleux, exactement semblables à celles trouvées dans la matière colloïde après la mort. Après que le liquide eût été retiré, on ne put encore pas sentir la tumeur, et le foie ne parut pas grossi. L'opération fut suivie d'un soulagement considérable, mais temporaire. Le liquide se reproduisit, les vomissements persistèrent et la prostration augmenta jusqu'à la mort, le 8 décembre.

Autopsie. — Plusieurs pintes de sérum sanguinolent dans l'abdomen. Dépôt énorme de matière colloïde dans le grand épiploon, formant une large masse qui couvrait les intestins. Dépôts semblables à la surface interne des parois abdominales apposés contre la masse morbide de l'épiploon, à la face inférieure du diaphragme et sur le foie. Une large masse, s'étendant le long du petit épiploon dans la scissure porte, entourait et comprimait la veine porte, mais l'intérieur du vaisseau ne renfermait pas de coagulum. La production morbide ne pénétrait nulle part dans la substance du foie. A l'œil nu, elle paraissait consister en une agglomération de petits nodules de matière gélatineuse translucide et elle avait la structure habituelle du cancer colloïde. A l'extrémité pylorique de l'estomac, et s'étendant jusqu'à 5 pouces de la valvule, se trouvait un vaste dépôt colloïde englobant toutes les tuniques. Au-dessus de lui, la muqueuse avait complètement disparu, laissant le tissu morbide à nu. La rate était recouverte par le dépôt colloïde, mais elle était normale et ne pesait que 150 grammes environ.

TREIZIÈME LEÇON

A. HÉPATALGIE. — B. CALCULS BILIAIRES.

C. AUGMENTATION DE VOLUME DE LA VÉSICULE BILIAIRE.

A. Hépatalgie simulée par : 1° la pleurodynie. — 2° la névralgie intercostale. — 3° la pleurésie. — 4° la dyspepsie gastrique. — 5° la colique intestinale. — 6° la colique néphrétique. — Variétés et causes de l'hépatalgie vraie.

B. Calculs biliaires : leurs diverses conséquences et leurs symptômes.

C. Augmentation de volume de la vésicule biliaire : ses causes, ses caractères cliniques et son traitement.

A. — HÉPATALGIE.

MESSIEURS,

La douleur est quelquefois le symptôme le plus saillant dans une affection hépatique, et souvent c'est un aide précieux pour le diagnostic. Prenez garde cependant d'être induits en erreur par des malades qui rapportent constamment au foie une douleur qui n'a rien de commun avec lui. Quand vous avez à faire un diagnostic à ce sujet, ne perdez pas de vue les diverses conditions qui peuvent simuler une douleur hépatique. Ce sont principalement :

- 1° La *pleurodynie*,
- 2° La *névralgie intercostale*,
- 3° La *pleurésie*,
- 4° La *dyspepsie gastrique*,
- 5° La *colique intestinale*,
- 6° La *colique néphrétique*.

1° La **pleurodynie**, ou rhumatisme des muscles intercostaux, peut siéger dans l'hypochondre droit et dès lors cette douleur aiguë, augmentée par la pression, par le mouvement, par une profonde inspiration ou par la toux, et accompagnée de respirations courtes et saccadées, peut être prise pour la douleur observée dans la péri-hépatite; mais elle en diffère :

a. En ce que la douleur est plus localisée : elle est souvent limitée à un point entre deux côtes et il n'y a pas de sensibilité à la pression sur l'épigastre ou ailleurs dans la région hépatique, sauf le point que le malade indique comme siège de la douleur.

b. Par l'absence de symptômes fébriles ou de troubles généraux.

c. Par l'absence de tout autre symptôme ou signe d'affection hépatique.

d. Parfois par la coexistence de rhumatisme musculaire dans d'autres parties du corps.

2° La **névralgie intercostale** peut présenter, sauf que la douleur est plus intermittente, bon nombre des caractères de la pleurodynie, et comme elle, être localisée dans la région hépatique; mais en somme on la rencontre principalement entre le sixième et le neuvième espaces intercostaux du côté gauche et chez les femmes. Quand elle se présente dans la région hépatique, elle diffère de l'hépatalgie vraie :

a. En ce que la douleur est rapportée principalement à trois points sur le trajet du nerf, savoir dans la rainure vertébrale, dans la région axillaire et à la terminaison du nerf en avant.

b. Par la coexistence fréquente de la névralgie de la glande mammaire, la sensibilité sur une des apophyses épineuses dorsales ou l'hyperesthésie cutanée.

c. Par l'absence de tout autre symptôme ou signe d'affection hépatique.

Vous ne devez pas oublier cependant ce que je vous ai dit dans une leçon précédente, que la névralgie intercostale peut avoir une origine hépatique et peut être consécutive à une douleur existant réellement dans le foie (p. 346.)

3° La **pleurésie** peut donner lieu à une douleur qui, pareille à celle de la pleurodynie, augmente par la pression, le mouvement, la toux ou l'inspiration, mais qui en diffère en ce qu'elle est accompagnée de symptômes fébriles plus ou moins marqués. Si l'inflammation siège à la base de la plèvre droite, il peut se faire qu'on ne distingue pas cette douleur de celle de la péri-hépatite. Il est probable que dans quelques-uns de ces cas désignés sous le nom de *pleurésie diaphragmatique*, l'inflammation occupe la face inférieure du diaphragme plutôt que la face supérieure; d'un autre côté, les observations faites dans les salles d'autopsie ne permettent guère de douter que dans bien des cas l'inflammation ne siège des deux côtés. La matité à la percussion, ou le frottement à la base du poumon, ou la concomitance de pneumonie faciliteront souvent le diagnostic de la pleurésie. Mais dans les cas légers de pleurésie diaphragmatique, il peut n'y avoir ni matité, ni frottement, et la péri-hépatite donnera parfois lieu à un bruit de frottement pendant les mouvements respiratoires. (V. obs. XVII, p. 90).

4° **Dyspepsie gastrique.** Les malades rapportent très-communément la douleur résultant de divers troubles de l'estomac à une affection hépatique. Ils prétendent que le foie est dérangé, alors que l'estomac ou le duodénum est le seul organe en cause. D'un autre côté, nous avons vu que des crises de douleur sont souvent mises sur le compte de la gas-

tralgie, qui ne sont en réalité que de légères attaques de colique hépatique (v. p. 347.)

a. La douleur qui survient après les repas peut être due à un trouble de l'estomac ou du duodénum, ou plus rarement à une congestion du foie; mais il n'est pas probable que le foie en soit le siège, à moins qu'il y ait sensibilité à la pression dans l'hypochondre droit et ces autres signes de la congestion du foie que je vous ai déjà exposés (p. 134.)

b. Des crises de douleur intense (*gastrodynie*) surviennent dans l'estomac en dehors de l'influence des repas et peuvent simuler les coliques hépatiques ou l'hépatalgie. On les distinguera des coliques biliaires par leur siège, par le pyrosis qui les accompagne souvent et par l'absence d'ictère ou de pigment biliaire dans l'urine, ou de sensibilité à la pression sur la vésicule biliaire (v. p. 347). La névralgie de l'estomac peut différer seulement de la névralgie hépatique par le siège de la douleur.

5° Les **coliques intestinales** ressemblent aux coliques hépatiques en ce qu'il y a dans les deux cas des paroxysmes de douleur abdominale intense accompagnés de vomissements et de frissons, mais sans que la pression éveille une vive sensibilité. Elles en diffèrent par :

a. Le siège de la douleur qui est rapportée à l'ombilic plutôt qu'à l'épigastre et à l'épaule droite.

b. L'absence d'ictère ou de pigment biliaire dans l'urine.

c. L'absence de toute sensibilité quand on presse sur le fond de la vésicule biliaire.

d. Les circonstances dans lesquelles elles se produisent, savoir : la constipation, quelque écart évident de régime; la présence de plomb dans l'organisme, indiquée par le liseré bleu des gencives, par des antécédents de coliques ou de paralysie saturnine, ou par la profession du malade. Elles peuvent coexister les unes et les autres chez des individus de constitution goutteuse.

6° Dans la **colique néphrétique** il y a aussi de violents paroxysmes de douleur abdominale avec vomissements et frissons, mais

a. La douleur est rapportée principalement à un rein et de là elle descend dans la cuisse du même côté et dans le testicule également, qui se rétracte.

b. Il n'y a pas d'ictère.

c. Il y a de la sensibilité sur le rein, mais non sur le fond de la vésicule biliaire.

d. L'urine contient du sang et des cristaux que montre le microscope ou bien il y a déjà eu quelque hématurie ou le passage d'un calcul par l'urèthre.

En ayant bien présentes à l'esprit ces sources d'erreur, nous pouvons

examiner les variétés et les causes de la douleur qu'on peut rapporter au foie. Il suffira, dans la plupart des cas, de mentionner simplement les maladies dans lesquelles il se produit de la douleur, d'autant plus que je vous ai déjà décrit leurs principaux caractères dans les précédentes leçons. Je dois vous rappeler cependant que certaines maladies du foie sont caractérisées par une immunité remarquable du côté de la douleur, ainsi et surtout la dégénérescence cirreuse, la dégénérescence graisseuse, l'hypertrophie simple et l'atrophie, et la tumeur hydatique.

La douleur d'origine hépatique peut présenter trois variétés :

I. Il y a une douleur qui est très-intense, qui a une marche paroxystique avec des intermittences distinctes et est accompagnée de peu ou pas de sensibilité, sauf dans la région de la vésicule et avec peu ou pas de fièvre, mais souvent accompagnée ou suivie d'ictère. La douleur répondant à cette description résulte de :

1° La présence de calculs ou autres corps étrangers dans les voies biliaires (v. pp. 345, 352 et 353.)

2° L'obstruction du canal cholédoque par un ulcère duodénal (v. p. 358.)

3° Un anévrysme de l'artère hépatique (v. p. 364.)

4° Névralgie hépatique. La *névralgie hépatique* a été décrite par Andral, Frerichs (1), Budd (2), Anstie (3) et autres auteurs, et bien qu'il soit probable que dans la plupart des exemples rapportés, et surtout dans ceux où il y a eu ictère, la douleur a été causée par des calculs qui n'ont pas franchi les voies biliaires ou qui les ont traversées sans qu'on s'en soit aperçu, il y en a d'autres qui, survenant chez des personnes nerveuses ou des femmes hystériques, souvent à des intervalles assez réguliers d'environ un mois, associés avec d'autres symptômes nerveux et sans ictère, semblent être réellement des cas de névralgie des plexus nerveux hépatiques. Je dois ajouter cependant que je ne me rappelle pas avoir rencontré un seul cas incontestable de névralgie hépatique, et comme exemple des risques d'erreurs dans le diagnostic de cet état morbide, je puis renvoyer à un cas que j'ai cru être un exemple de névralgie hépatique et à propos duquel j'ai fait, il y a quelques années, une leçon clinique (4). Le malade était sujet à de violents paroxysmes de douleur dans l'hypochondre droit, traversant jusqu'en arrière et remontant à l'épaule, survenant à peu près tous les mois subitement et durant un jour entier, parfois accompagnés de vomissement, mais jamais suivis d'ictère ni de

(1) Frerichs, *op. cit.*, p. 848.

(2) Budd, *Dis. of Liver*, 3^e éd., p. 380.

(3) *On Neuralgia*, London 1871, p. 62.

(4) Ce fait a été rapporté comme un cas de névralgie hépatique dans la 1^{re} édition de cet ouvrage, Obs. XC, p. 497.

sensibilité au niveau de la vésicule biliaire. Ces paroxysmes continuèrent à reparaitre pendant plusieurs années jusqu'à ce qu'à la fin leur nature réelle fût révélée par une hématurie concomitante et le passage d'oxalates dans l'urine. Malgré le siège anormal et l'irradiation de la douleur, les paroxysmes étaient probablement d'origine néphrétique (1).

II. Il y a une seconde variété de douleur au foie qui n'est pas violente et est souvent décrite plutôt comme une sensation de pesanteur ou de distension, qui est fréquemment associée à la douleur dans l'épaule droite, qui n'est point intermittente et qui augmente légèrement à la pression, ou par le décubitus sur le côté gauche (2), ou après les repas. Cette douleur est souvent accompagnée d'un léger trouble fébrile et d'un ictère plus ou moins marqué. On observe cette variété dans :

1° Les diverses formes de congestion du foie (p. 134.)

2° Les premières périodes de l'hépatite (pp. 143, 188.)

3° Le catarrhe des voies biliaires (p. 159.)

4° L'obstruction du canal cholédoque suivie d'une grande accumulation de bile dans le foie (p. 166.)

5° La douleur de l'atrophie aiguë (p. 269) a un peu ce caractère.

(1) Le diagnostic différentiel de l'hépatalgie d'origine calculeuse avec l'hépatalgie provenant d'autres sources et notamment la névralgie hépatique, n'est pas toujours — il s'en faut — des plus aisés. A Vichy, notamment, où l'on a occasion d'observer des affections du foie en si grand nombre et si diverses, il n'est pas rare de voir des malades présenter le cortège symptomatique habituel des coliques hépatiques calculeuses et chez lesquels néanmoins on n'a jamais pu trouver de concrétions, quelque soin qu'on ait mis à les rechercher. Faudrait-il pour cela repousser le diagnostic de lithiase biliaire et croire qu'on n'a affaire dans ces cas qu'à de la gastralgie ou à de l'hépatalgie névralgique, ou à ces deux névralgies combinées?

Quand on sait combien de temps des calculs peuvent séjourner dans les voies biliaires sans donner lieu à d'autres accidents qu'à des crises douloureuses, on est bien forcé d'admettre, dans un cas douteux, l'étiologie la plus probable. C'est contre cette idée que Beau s'est élevé, et il a défendu la cause de la névralgie hépatique avec l'ardeur convaincue et l'érudition solide qu'il apportait dans tous ses travaux.

Pour Beau (*Recherches de physiologie et de pathologie sur l'appareil spléno-hépatique*, *Archives Génér. de Médecine*, 1851, t. I et II), comme du reste pour tout le monde, les calculs hépatiques sont chose très-commune. Mais où cet auteur diffère complètement d'opinion avec la majorité des praticiens, c'est dans le rapport entre la fréquence des calculs et celle des coliques. A la Salpêtrière, où il a passé quatre ans comme élève ou médecin, il a peu fait d'autopsies où il n'ait rencontré de calculs biliaires et il n'a pas observé un seul cas de colique hépatique. Mais les faits négatifs, sujets à discussion d'ailleurs, ne peuvent infirmer les faits positifs et infiniment plus nombreux de Murchison, de Wolff, de Charcot, de Trousseau et tant d'autres. Je rappellerai que Wolff notamment, en suivant ses cas avec une patience infatigable, est arrivé chez tous ses malades à retrouver les calculs. Aussi n'est-il que juste de supposer que si, dans bien des cas, on a échoué dans cette recherche, c'est, ainsi que le remarque Murchison, parce que les investigations n'ont pas été assez longtemps poursuivies; par suite, on serait mal fondé à vouloir établir là-dessus la fréquence des coliques hépatiques non calculeuses. (N. D. T.)

(2) Une augmentation considérable du volume du foie, de quelque nature qu'elle soit, donnera lieu aussi à une douleur avec tiraillements quand le malade est couché sur le côté gauche.

III. Dans la troisième forme, la douleur est constante et intense, elle est considérablement aggravée par la pression, le mouvement ou la toux, s'accompagne de plus ou moins de fièvre, mais pas souvent d'ictère. Avec cette douleur, on peut observer un bruit de frottement pareil au frottement pleurétique, et une toux sèche; mais le cas se distingue par la sensibilité marquée qu'on constate sur toute la surface du foie, et par ce fait que la douleur augmente considérablement quand le malade est couché sur le côté gauche aussi bien que sur le côté droit. C'est la douleur de la péri-hépatite qui, comme je vous l'ai déjà dit, bien que parfois elle soit une affection primitive, et dans ce cas ordinairement d'origine syphilitique, est plus fréquemment consécutive à d'autres affections du foie. La péri-hépatite explique la douleur aiguë qu'on observe dans des maladies telles que la cirrhose (p. 289), la dégénérescence cirreuse (p. 31), ou l'hydatide du foie (p. 57), dont le cours normal est exempt de douleur, ou bien elle peut aggraver la douleur déjà existante de l'abcès (pp. 171, 189) ou du cancer (p. 215). Quelle que soit l'affection primitive du foie, la douleur qui présente les caractères que je viens de décrire indique toujours une inflammation de la capsule et, quand on la constate, c'est parfois un indice d'une certaine importance. Ainsi, si elle survient, par exemple, dans un cas d'hydatide du foie, elle indiquerait que le kyste est sur le point de se rompre ou de contracter des adhérences avec quelque viscère voisin.

Dans les leçons précédentes je vous ai présenté une foule d'exemples d'affections du foie dans lesquelles la douleur était un symptôme saillant; je vous prie de reporter encore votre attention sur ces cas.

B. — CONSÉQUENCES PATHOLOGIQUES DES CALCULS BILIAIRES.

Dans la seconde partie de cette leçon, je désire vous entretenir un peu des calculs biliaires et des maladies de la vésicule. Dans une leçon précédente, en vous parlant des causes de l'ictère, je vous ai décrit avec quelques détails les phénomènes déterminés par le passage des calculs à travers les voies biliaires, ou leur arrêt dans le canal cholédoque. Alors je n'ai nullement épuisé la matière. Je me propose en ce moment de combler quelques lacunes en attirant votre attention sur les différents points où l'on rencontre les calculs, sur leurs courses errantes dans leurs tentatives pour s'échapper de l'organisme, et sur les symptômes et dangers variables qui peuvent en résulter. J'engage ceux d'entre vous qui désireront avoir une plus ample information sur ce sujet des calculs biliaires, de s'en référer au mémoire consciencieux de M. Fauconneau Dufresne (1) auquel l'Académie de médecine a décerné un prix de 1500 fr.

(1) La Bile et ses maladies, *Mémoires de l'Acad. de Méd.*, 1847, t. XIII, p. 36.

1°. Les calculs peuvent être retenus dans la vésicule.

La vésicule est la partie des voies biliaires dans laquelle on trouve des calculs le plus fréquemment et en plus grande quantité; il est parfaitement évident qu'ils peuvent y rester longtemps sans donner lieu à aucune espèce de symptôme. Vous trouverez constamment des concrétions dans la vésicule, après la mort, chez des personnes qui, pendant la vie, n'ont offert aucun symptôme de leur présence. Mais parfois, quand les concrétions sont nombreuses et grosses, elles déterminent une sensation de malaise, de pesanteur, de tension ou de tiraillement dans la région de la vésicule, sensation qui devient plus prononcée après les repas, après quelque violent effort musculaire ou après avoir été cahoté en voiture sur de mauvaises routes. Je donne en ce moment des soins à une dame qui a souffert de calculs biliaires et qui se plaint souvent d'éprouver comme la sensation d'un poids lourd qui roulerait d'un côté à l'autre dans la place occupée par la vésicule, quand elle se retourne dans son lit. Fauconneau-Dufresne cite précisément un cas semblable rapporté par Fabrice de Hilden (1).

Les calculs siégeant dans la vésicule causent aussi de temps en temps des vomissements et autres troubles de l'estomac, et on a vu leur pression sur l'estomac déterminer tous les symptômes d'un rétrécissement du pylore. Il est très-possible aussi que chez les personnes d'un tempérament nerveux, ils puissent devenir un centre d'irritation, point de départ des sensations de malaise et des symptômes de la maladie actuelle dans des points du corps assez éloignés, avec grande dépression morale et hypochondrie. Quelques cas de ce genre que j'ai eu l'occasion d'observer m'ont fortement confirmé dans cette opinion.

Lorsque la vésicule est pleine de concrétions, elle forme quelquefois une tumeur qui est appréciable à travers les parois abdominales et dont on peut reconnaître la nature réelle par sa dureté et sa résistance. A la palpation aussi on peut, dans des cas rares, sentir un craquement particulier, un bruit comparable à celui qu'on produit en remuant des noisettes dans un sachet ou en roulant de petits cailloux dans la bouche. Le stéthoscope peut dans ces cas aider matériellement le diagnostic.

Les calculs biliaires retenus dans la vésicule peuvent aussi déterminer l'inflammation et l'ulcération de la muqueuse et les autres conséquences dont je vous entretiendrai tout à l'heure.

2°. Les calculs peuvent être arrêtés au col de la vésicule ou dans le canal cystique.

Quand un calcul biliaire passe de la vésicule dans le canal cystique,

(1) Fauconneau-Dufresne. *op. cit.*, p. 274.