

côlon. Dans six de ces neuf cas il y avait un cancer de la vésicule (1). Un de ces six cas s'est présenté dans ma pratique (obs. CLXXVI). Des trois restants l'un, dans lequel la fistule résultait probablement du passage d'un calcul biliaire, est rapporté p. 515 (obs. CLXVIII). Un second est rapporté par le docteur Ogle (2). Le troisième est une pièce du musée de Saint-Bartholomew's hospital (3) : il y avait deux fistules, une dans l'intestin grêle, l'autre dans le côlon; un gros calcul avait passé par la première dans l'iléum, et un autre aussi gros dans le côlon, et avait été retrouvé dans le cæcum. Sur un malade mort il y a quelques années à l'hôpital Middlesex, j'ai constaté un fait qui était probablement de même nature, mais à une période plus avancée : la vésicule communiquait avec le duodénum, le côlon et la surface extérieure; il n'y avait pas de cancer, mais l'origine de la maladie était probablement un calcul biliaire (obs. CLXXI) (4). Mais, même quand la fistule est cancéreuse, il est probable que le travail ulcératif qui conduit à sa production est déterminé par des calculs biliaires. Dans le cas que j'ai observé, il y avait eu antérieurement des coliques hépatiques et de l'ictère, et dans quatre des cas restants, on trouva des calculs biliaires. Dans un cas dont la pièce est conservée au musée de Boston, le malade, à la suite de symptômes d'obstruction intestinale, évacua par l'anus, trois mois avant sa mort, un calcul biliaire mesurant $3\frac{3}{4}$ pouces sur 3 de circonférence, et les signes de cancer ne se montrèrent que deux mois plus tard. Sur 11 cas de cancer de la vésicule réunis par Frerichs, on a constaté dans 9 des calculs biliaires. Les symptômes de fistule cystico-colique seront principalement ceux de l'affection cancéreuse à laquelle elle paraît ordinairement liée. On peut compter qu'une fistule cystico-colique simple produira moins de troubles qu'une fistule cystico-duodénale, parce qu'il y aura moins de risques qu'un gros calcul se fixe dans le gros intestin que dans l'intestin grêle. Son existence pourra être si peu soupçonnée pendant la vie que plus d'une fois elle a passé inaperçue à l'autopsie; aussi se produit-elle peut-être plus fréquemment qu'on ne le suppose (v. obs. CLXIX).

d. Fistules s'ouvrant dans les voies urinaires. — Il existe au moins deux cas bien authentiques où des calculs biliaires ont été évacués par

(1) Deux cas par Fauconneau-Dufresne, *op. cit.*, p. 338; un par Durand-Fardel, in Frerichs, *loc. cit.*; un par Cruveilhier, *Traité d'anat. path.*, t. II, p. 543; un par Murchison (v. obs. CLXXVI, p. 532); une pièce du Musée de la *Med. Soc. of Boston U. S.*, n° 565. Je n'ai trouvé qu'un exemple de fistule cancéreuse entre la vésicule biliaire et le duodénum et là aussi l'orifice était fermé par un calcul : Cruveilhier, *op. cit.*, t. II, p. 543.

(2) *Saint George's Hosp. Rep.*, t. III, p. 178.

(3) Ser. XVI, n° 84.

(4) Le docteur Bristowe a rapporté un cas assez semblable où le canal cholédoque se trouvant obstrué par des calculs biliaires, il s'était établi une communication fistuleuse entre ce canal et le duodénum, le côlon et la veine porte (*Path. Trans.*, IX, p. 285).

l'urine pendant la vie, probablement par la formation d'une fistule entre la vésicule et le bassinnet du rein droit (1). Un des malades évacua neuf petits calculs et quatre gros, l'autre évacua deux cents petits calculs dans l'espace d'une semaine; chez les deux malades, il fallut une opération pour extraire un des calculs de l'urèthre. Dans les deux cas les calculs furent analysés et on trouva qu'ils étaient formés de cholestérine et de pigment biliaire; une de ces analyses fut faite par Gmelin qui trouva aussi du pigment biliaire dans l'urine. Aucun des deux malades n'avait été affecté d'ictère et ils présentèrent les symptômes d'une affection plutôt urinaire qu'hépatique. Ils guérirent l'un et l'autre. A propos de ce sujet, je vous rappellerai le cas d'un homme mort récemment à l'Hôpital, dans mon service, d'une pyélite calculeuse et dont l'urine contenait toujours une grande quantité de cholestérine et de pus, bien qu'il n'existât pas de communication entre les voies biliaires et les voies urinaires (2).

e. Fistule s'ouvrant dans le vagin. — Le seul cas que je connaisse de fistule formée entre les voies biliaires et le vagin est cité d'après Frank par Fauconneau-Dufresne : dans ce cas, la vésicule, augmentée de volume et grosse, contracta des adhérences avec l'utérus gravide et s'ouvrit dans le vagin pendant la parturition (3).

f. Fistule s'ouvrant dans la veine porte. — Il est de tradition que Real-dus Columbus trouva dans la veine porte d'Ignace de Loyola, le fondateur de l'ordre des Jésuites, trois calculs biliaires qui étaient sortis de la vésicule par une ulcération (4). On peut se demander si dans ce cas les concrétions n'étaient pas des phlébolithes (5); on connaît cependant quelques cas bien authentiques de communications fistuleuses entre les voies biliaires et la veine porte, avec présence de concrétions biliaires dans cette dernière. Deux cas de ce genre sont rapportés par Fauconneau-Dufresne (6) et Frerichs; le docteur Bristowe en rapporte un troisième (7), où l'on a vu le canal cholédoque s'ouvrir aussi dans une cavité qui communiquait avec le duodénum et le côlon. Un quatrième cas s'est présenté à mon observation (obs. CLXXIV). Dans ces cas, le canal cholédoque est ordinairement obstrué par une concrétion et les symptômes sont ceux de l'obstruction porte, — ascite ou augmentation de volume de la rate, ou tous les deux, — ou de la pyohémie, qui peuvent survenir quand l'ictère est persistant.

g. Fistules s'ouvrant dans la plèvre. — On connaît un cas de commu-

(1) Fauconneau-Dufresne, *op. cit.*, p. 341 et *Gaz. méd. de Paris*, 18 avril 1840.

(2) Ce cas est rapporté dans les *Pathol. Trans.*, t. XIX, p. 278.

(3) Fauconneau-Dufresne, *op. cit.*, p. 159.

(4) Frerichs, *op. cit.*, p. 832.

(5) Thudichum, *On Gall-Stones*, 1863, pp. 11, 268.

(6) *Op. cit.*, p. 340.

(7) *Pathol. Transact.*, t. IX, p. 285.

nication fistuleuse entre les voies biliaires et la plèvre. Cette lésion fut découverte par le docteur Cayley sur un sujet mort à l'hôpital Middlesex le 2 mars 1866 dans le service du docteur Thompson, et dont le cas a été rapporté dans les *Pathological Transactions* (t. XVII, p. 161). Tous les conduits biliaires étaient énormément dilatés, probablement par l'effet d'un calcul qui s'était arrêté dans le canal cholédoque, mais qui était passé dans l'intestin avant la mort. Le canal cholédoque aurait pu admettre par l'orifice duodénal l'extrémité du doigt. La cavité de la plèvre gauche contenait plus d'un demi-litre de bile mêlée de pus, et sur la moitié gauche du diaphragme se trouvait une perforation, assez large pour admettre le cathéter n° 4, qui conduisait dans une cavité irrégulière entre le lobe gauche du foie et la face inférieure du diaphragme, qui à son tour communiquait avec une dilatation d'un des conduits biliaires intra-hépatiques. Ce cas présenta encore cette particularité qu'il n'y eut pas de signes manifestes d'obstruction du canal cholédoque jusque quinze jours avant la mort et qu'il y eut et les symptômes et les lésions anatomiques de l'atrophie aiguë ou atrophie jaune du foie.

12° — Les calculs biliaires peuvent être évacués des voies biliaires à travers une fistule des parois abdominales.

J'ai donné pendant plusieurs années mes soins à une dame qui se débarrassa de dix calculs biliaires à travers la paroi abdominale (obs. CLXX), et je trouve, soit dans la littérature médicale, soit dans les Musées pathologiques, les relations ou les pièces d'au moins 86 cas semblables (1) qui, à peu d'exceptions près, se sont présentés chez des

(1) Six cas observés ou réunis par J. L. Petit, *Mém. de l'Acad. roy. de chir.*, 1743, t. I, p. 255; un par Haller, *Physiologia*, Berne, 1764, t. VI, p. 605; onze cas par Scemmering, *De Concrementis biliaris corporis humani*, 1795, p. 20; un par Saunders, *Trans. of Coll. of Physic.*; dix-sept par Fauconneau-Dufresne, *op. cit.*, pp. 320 et 167; trois cas par Oppolzer, *Zeitschr. der Gesellsch. d. Aertze in Wien*, novembre 1860, p. 747; trois cas par Walter in Frerichs, *op. cit.*, p. 831; trois cas par Budd, *Diseas. of Liver*, 3^e ed., p. 373; trois cas dans la *Gazette des Hôpitaux*, 1846, 8 octobre et 1847, p. 212; deux par Cruveilhier, *Traité d'anat. path.*, t. II, pp. 567, 570; deux par Trousseau, *Cliniq. med.* t. III, p. 225; un par Duplay, *Archiv. de médéc.*, 2^e sér., t. I, p. 381; un par Frétilin, *ibid.*, 1^{re} série, t. IV, p. 86; un par Obre, *Pathol. Transact. of Lond.*, t. I, p. 272; un par Simon, *ibid.*, t. V, p. 156; un par Robinson, *ibid.*, t. V, p. 158; un par Everet, *ibid.*, t. XVIII, p. 120; un par Taylor, *ibid.*, t. XVIII, p. 147; un par Duckworth, *ibid.*, t. XXII, p. 157; un par Heberden, *Comment.*, 4^e ed., p. 210; un par Santo-Nobili, *Schmid's Jahrb.*, LVIII, p. 62, 1848; un par Schröder, *Prag. Vierteljahr.* XLIV, sup. p. 70, 1854; un par Callaway, *The Lancet*, 1827-8, t. II, p. 296; un par H. C. Stewart, *ibid.*, 1849, t. II, p. 294; un par Nesfield, *ibid.*, 1870, t. I, p. 157; un par W. R. Barlow, *Med. Chir. Transact.*, t. XXVII; un par G. Robinson, *ibid.*, t. XXXV, 1852, p. 471; un par Mackinder, *Brit. Med. Journ.*, 26 décembre 1857; un par Hinton, *ibid.*, 4 août 1860; un par le docteur G. H. Phillipson, *ibid.*, 1870, t. II, p. 382; un par Alexander *ibid.*, 1876, t. II, p. 397; un par Cockle, *Med. Times and Gazette*, 10 mai 1862; un par le docteur H. Baillie, *Indian Annals of med. scien.*, t. XII, p. 295; un par Hertz, *Berlin. Klin. Wochensh.*, 7 avril 1873; un par Krumpmann, *Lond. Med. Record*, 30 avril 1873; cinq

femmes d'âge moyen ou avancé. J'ai observé pas moins de cinq cas de ce genre. Ces communications fistuleuses se forment de deux façons. Dans quelques cas, le travail ulcératif, qui commence dans la vésicule ou dans un conduit dilaté, creuse une route graduellement à travers la paroi abdominale adhérente jusqu'au niveau de la surface extérieure, tandis que dans d'autres la vésicule biliaire, ou un des conduits biliaires, commence tout d'abord par augmenter considérablement de volume par suite de l'accumulation des produits inflammatoires et s'ouvre ensuite à l'extérieur, ou bien c'est le chirurgien qui l'ouvre croyant avoir affaire à un abcès du foie. L'orifice extérieur se trouve souvent au niveau du fond de la vésicule, mais très-souvent il est à l'ombilic, vers lequel il peut être conduit par le ligament suspenseur du foie; parfois c'est à gauche de la ligne médiane, ou dans la région inguinale ou sur le pubis, comme dans un cas observé à Paris, il y a un certain nombre d'années (1), où l'on pratiqua l'ablation de deux calculs biliaires qui étaient parvenus au-dessus du clitoris où ils s'étaient enkystés dans le tissu sous-cutané. Dans des cas rares, il y a deux orifices ou un plus grand nombre. Le nombre de calculs évacués par cette voie varie de 1 jusqu'à plus de 600. Quand il n'y en a qu'un, il peut être aussi gros qu'un œuf de poule. Fauconneau-Dufresne en cite un qui mesurait 3 pouces 15 de long sur 1 pouce 1 de large. Les calculs peuvent être évacués presque aussitôt que la fistule est établie ou attendre pendant des années après. On a vu la fistule continuer à rester libre après que tous les calculs ont été évacués; mais ordinairement elle se ferme immédiatement après, à moins qu'il n'y ait de la bile évacuée en même temps. Le liquide qui s'écoule par la fistule peut être de la bile pure, dont la quantité ainsi éliminée journallement peut varier de 8 onces à 1 litre (2). Le plus ordinairement, c'est du pus pur ou un mucus glaireux mêlé de temps en temps d'un peu de sang. Dans la plupart des cas le canal cystique est obstrué et alors il ne peut s'écouler de bile par la fistule; dans quelques cas, il n'y a que le cholédoque qui soit obstrué et alors l'ictère causé par cette obstruction disparaît en grande partie quand la fistule est établie, bien qu'il n'y ait pas du tout de bile dans les garde-robes; dans des cas rares les voies biliaires sont libres et la bile s'écoule à la fois par la fistule et par l'intestin. Après l'évacuation d'un calcul biliaire, l'orifice externe de la fistule se contracte rapidement et rentre à l'intérieur; d'autre part le

par Murchison (voyez obs. CLXX à CLXXIV); trois pièces au Musée du *Royal College of Surgeons*. Catal. des Calculs, pp. 172, 176, 178; une au Musée de la *Med. Soc. of Boston U. S.*, n° 566; un par Mac Pherson, *Amer. Journ. of med. sc.*, t. LXI, p. 409.

(1) *Gaz. des Hôp.*, 8 octobre 1846.

(2) Fauconneau-Dufresne, *op. cit.*, p. 323; et autres cas par Haller, Heberden, Saunders, Barlow, Robinson, Hertz et Krumpmann. — Comme indication, voyez la note de la p. 506 et aussi obs. CLXXII.

trajet fistuleux qui le relie à la vésicule peut avoir plusieurs pouces de longueur et être également très-tortueux et entouré d'indurations. Il n'est pas rare que des calculs se logent dans un cul-de-sac de la fistule, ou bien l'obstruent complètement, produisent l'accumulation de matière et déterminent la formation de nouveaux abcès. Les adhérences entre la vésicule biliaire et les parois abdominales peuvent être très-étendues, mais sont souvent très-limitées. Ces communications fistuleuses sont surtout sérieuses par les inconvénients qu'elles entraînent. Une grande partie des malades survivent pendant des années à leur formation et jouissent d'une bonne santé; chez un grand nombre la fistule guérit complètement (1). On peut prédire cette issue avec le plus de confiance lorsqu'il n'y a qu'un gros calcul, lorsque l'orifice externe est directement au-dessus de la vésicule, lorsqu'il ne s'en écoule pas de la bile et qu'il n'y a pas ictère. Il y a peu d'espoir de voir la fistule se fermer d'une façon permanente tant qu'il reste des calculs dans la vésicule, ou si le canal cystique est libre tandis que le cholédoque est oblitéré. Dans les cas où la quantité de bile qui se perd est considérable, ce qui heureusement est rare, le malade maigrit rapidement et perd ses forces et succombe au marasme. Lorsque les calculs sont nombreux et que la fistule est d'une certaine longueur, tortueuse et entourée de callosités, les orifices, quoique petits, peuvent persister pendant des années, manifestant de temps en temps quelque tendance à la cicatrisation, mais s'agrandissant de nouveau pour laisser passer un autre calcul dont l'issue provoque souvent de vives souffrances, quoique dans les intervalles le malade jouisse d'une bonne santé.

Après cette longue énumération des conséquences qu'entraînent les calculs biliaires, vous ne tomberez pas dans l'erreur de ceux qui les considèrent comme une maladie peut-être douloureuse, mais nullement dangereuse, et vous comprendrez la nécessité d'être dans tous les cas réservés sur le pronostic.

TRAITEMENT DES ACCIDENTS DÉTERMINÉS PAR LES CALCULS BILIAIRES.

1° Quand il y a des symptômes de calculs biliaires dans la vésicule, il faut employer les moyens généraux que je vous ai déjà indiqués comme efficaces pour le traitement de la lithiase biliaire (p. 370), ainsi que les médicaments qui peuvent combattre les symptômes de mauvaise digestion. On prévient en même temps le malade qu'un effort muscu-

(1) Le docteur James Taylor, de Chester, m'a communiqué un cas dans lequel la fistule se ferma d'une façon permanente au bout de dix semaines. La malade, âgée de cinquante-trois ans, avait eu plusieurs crises typiques de colique biliaire avant qu'il se formât dans la vésicule un abcès qui fut ouvert artificiellement.

laire soudain ou violent, ou le cahotement en voiture sur une mauvaise route, surtout après les repas, peuvent pousser un calcul dans les canaux biliaires.

2° Je vous ai déjà exposé en détail (p. 368) les moyens à employer quand les calculs se trouvent dans les voies biliaires. Lorsqu'il y a lieu de croire que le calcul est entré dans l'intestin, il est bon d'administrer un léger purgatif, tel que de l'huile de ricin, dans le but de faciliter son expulsion par l'anus.

3° Quand des symptômes d'inflammation de la vésicule, — fièvre, douleur, sensibilité et souvent tumeur distincte — viennent s'ajouter à ceux des calculs dans les voies biliaires, le traitement peut se résumer en trois choses que j'indique par ordre d'importance : repos, opium et sangsues. Le repos est le plus important, pour provoquer la formation d'adhérences et empêcher l'inflammation de s'étendre à la grande cavité péritonéale. Un mouvement brusque peut amener la rupture de la vésicule quand elle est enflammée et ramollie, et il s'ensuit une péritonite mortelle. On peut donner l'opium à doses fortes et répétées; souvent aussi quelques sangsues appliquées au-dessous des côtes droites apaisent très-bien la douleur. Quant à la ponction de la vésicule quand elle est considérablement augmentée de volume, j'en discuterai tout à l'heure l'opportunité.

4° Quand les symptômes de calculs dans la vésicule ou les voies biliaires, ou d'inflammation de la vésicule, sont suivis de ceux d'iléus, bien que la mort en soit trop souvent le résultat, on a vu assez fréquemment la guérison survenir après l'expulsion d'un gros calcul par l'anus, pour que nous n'épargnions pas nos efforts à l'effet d'obtenir cette issue désirable. Les bains chauds et les fomentations, l'opium et la belladone à doses fortes et répétées, des lavements copieux d'eau chaude et d'huile, sont les moyens sur lesquels on peut le plus compter. Une pression douce et une certaine manipulation de l'abdomen ont paru dans certains cas avoir opéré le déplacement du calcul. Sir Thomas Watson raconte qu'une dame souffrant d'un iléus éprouva dans son ventre une certaine sensation coïncidant avec l'examen qu'elle venait de subir de trois médecins successivement : pendant que les médecins étaient encore à discuter entre eux leur consultation, elle eut une selle liquide dont les matières ressemblaient précisément à ce qu'elle avait vomi en dernier lieu, et le lendemain elle évacua un calcul biliaire gros comme une noix (1). Enfin, dans tous les cas où il y a lieu de croire que l'obstruction intestinale est due à une concrétion biliaire, il sera bon d'examiner le rectum. L'obstruction est parfois située immédiatement au-dessus du sphincter et on peut la déblayer avec le doigt ou avec la curette.

(1) *Lectures on pract. of physic.*, 5th ed., t. II, p. 549.

5° Les fistules biliaires internes sont au-dessus des ressources de l'art; mais celles qui affectent les intestins et qui sont les plus communes sont à peine dangereuses, sauf qu'elles donnent quelquefois issue à des calculs assez gros pour obstruer l'intestin.

6° Quand une fistule biliaire externe donne issue à un gros calcul arrondi, sans facettes, et que l'orifice externe est au-dessus du fond de la vésicule, elle guérit d'habitude assez rapidement et sans qu'il soit nécessaire d'intervenir. Mais quand la vésicule contient de nombreux petits calculs et surtout quand la communication fistuleuse est longue, étroite, sinueuse et entourée de callosités, cette voie anormale pourra persister pendant des années et même ne jamais se fermer, et de temps en temps elle est susceptible d'être obstruée par un calcul dont le passage détermine beaucoup de douleur et amène l'accumulation de matière. Dans ces circonstances se présentera la question de savoir s'il faut dilater ou inciser la fistule pour faciliter l'extraction des calculs : on a dans bien des cas tenté cette opération et avec succès (1); mais d'un autre côté on a publié quelques cas où la plus légère intervention, telle que l'introduction d'une pince à pansement, a déterminé une péritonite mortelle. Il n'y a pas de règle générale susceptible de s'appliquer à tous ces cas, mais la question d'opération doit être décidée par les particularités de chaque cas. Si, en sondant, on sent qu'un calcul est proche de l'orifice externe et s'il y est depuis longtemps, il faut procéder à son extraction; mais si l'on ne sent aucun calcul et surtout si la fistule prend une direction intérieure vers le péritoine, les risques de l'intervention doivent contre-balancer les inconvénients de la fistule et dès lors il vaut mieux attendre. Lorsque de la bile pure s'écoule en grande quantité par la fistule et qu'il n'en passe pas du tout par l'intestin, il y a peu de chance que la fistule se ferme, et il ne faudrait pas le désirer, à moins que, comme dans l'observation CLXXII, l'obstruction du canal cholédoque ne fût en même temps levée; mais si le cholédoque est libre et que le malade s'épuise par l'issue anormale de la bile au dehors, on peut songer sérieusement à l'occlusion de la fistule.

Comme exemples de quelques-unes des fâcheuses conséquences des calculs biliaires, je vais vous rapporter maintenant les cas qui suivent :

OBS. CLXV. — *Calculs biliaires dans une dilatation sacciforme du canal cholédoque et dans la vésicule. — Ulcération et perforation de la vésicule biliaire. — Péritonite mortelle.*

Madame C..., âgée de cinquante-cinq ans, m'avait consulté à diverses reprises pendant trois ans pour des bruits dans la tête et autres symptômes nerveux

(1) Voyez, par exemple, un cas rapporté par le docteur H. Baillie, où l'on enleva, par opération, 15 calculs biliaires. *Indian Annals of Med. Sc.*, t. XII, p. 295.

qui l'inquiétaient, qui parurent pour la première fois à la suite de grands tourments moraux et que je ne pus m'expliquer que par un affaiblissement de la circulation, avec probablement un cœur gras. Elle ne prenait, à cause de ces troubles, que très-peu d'exercice et passait presque tout son temps au lit. Vers la fin de mai 1867, elle me fit appeler et je lui trouvai la peau et les conjonctives manifestement ictériques, et l'urine contenait beaucoup de pigment biliaire. Le volume du foie était un peu gros. Elle se plaignait, depuis deux ou trois jours, de paroxysmes de douleur intense dans l'hypochondre droit, avec vomissements. Dans les intervalles, il restait une certaine sensation douloureuse, et il y avait un peu de sensibilité au-dessous des côtes droites. Le pouls n'était cependant qu'à 72 et la peau était fraîche. Grâce aux fomentations chaudes, à des doses répétées de morphine et aux laxatifs, les symptômes aigus se dissipèrent en peu de jours; au bout d'une quinzaine, l'ictère avait disparu et la malade était en état d'aller et de venir.

Le 24 juin, elle eut un retour de sa douleur dans l'abdomen. Quand je la vis le 26, elle était de nouveau ictérique et ses symptômes différaient de ceux de la première attaque en ce que le pouls était à 96, la peau légèrement chaude; il y avait un peu plus de sensibilité au-dessous des côtes droites avec tendance au hoquet. La douleur était encore en grande partie paroxystique et la morphine amena encore le calme. Pendant deux jours elle parut aller mieux, mais dans la nuit du 28 elle empira assez subitement et à ma visite du lendemain elle avait tous les symptômes d'une péritonite aiguë : pouls à 136, petit et faible; respiration courte, rapide et thoracique; vomissements et hoquets incessants; abdomen considérablement distendu et tympanique, douleur aiguë et sensibilité — surtout dans le côté gauche — constantes et exaltées par le moindre mouvement. A partir de ce moment, la malade continua à décliner jusqu'à la mort, qui eut lieu dans la nuit du 12 juillet.

A l'autopsie, on trouva deux ouvertures dans le fond de la vésicule, toutes les deux avec des bords déchiquetés et l'une assez large pour admettre le doigt. A travers ces ouvertures, la bile avait fait irruption dans le péritoine. De solides adhérences du grand épiploon à la paroi abdominale avaient conduit la bile entièrement du côté gauche de l'abdomen où l'on constatait les signes de péritonite récente, — injection vasculaire intense et lymphes colorées de bile. — La muqueuse de la vésicule autour des orifices était ulcérée sur une grande étendue, probablement par suite de la pression d'un calcul biliaire gros comme une cerise, qui était juste apposé dessus et n'était pas encore tombé dans le péritoine. Le canal cholédoque communiquait avec une poche aussi volumineuse qu'un œuf de poule, contenant de la bile et plus d'une douzaine de calculs polyédriques, chacun gros comme la moitié d'une cerise; mais on ne trouva aucune concrétion obstruant le canal entre la poche et le duodénum. Pas d'abcès dans le foie. Cœur, reins et foie en voie de dégénérescence graisseuse.

OBS. CLXVI. — *Communication fistuleuse entre la vésicule biliaire et le duodénum. — Obstruction fatale de l'intestin grêle par un gros calcul biliaire.*

A. M. D..., âgée de quarante-six ans, fut admise à l'Hôpital Middlesex,

dans le service du docteur Stewart, le 29 janvier 1856. Sa santé avait généralement été bonne, sauf que depuis de nombreuses années elle était habituellement constipée; elle n'allait guère sans prendre quelque pilule laxative. Elle avait été sujette à des crises bilieuses avec vomissement de matière verte, amère, à de l'inappétence avec flatulence excessive après les repas, mais jamais d'ictère.

Douze jours avant son entrée, elle prit deux pilules anti-bilieuses qui opérèrent très-bien, le lendemain. En même temps reparurent les vomissements qui persistèrent ensuite presque sans relâche. Les matières évacuées par le haut et par le bas avaient une couleur verte. Sommeil agité. Deux jours après, elle fut prise subitement d'une douleur intense, aiguë, dans la région iliaque droite où il y avait aussi une vive sensibilité à la pression. Cette douleur continua avec des rémissions jusqu'au moment de son admission. Elle n'eut pas de garde-robe pendant dix jours, c'est-à-dire du 19 au 29 janvier.

A son entrée, on lui administre un lavement consistant en un demi litre d'eau de gruau avec un peu d'huile de ricin. Tout y passa, mais non sans quelque douleur, et fut rendu bientôt après avec quelques gros amas de scybales durcis. L'abdomen devint alors souple: il y avait un peu de matité à droite de l'ombilic, mais partout ailleurs résonnance parfaite: la malade avait les traits un peu pincés et l'air anxieux, les joues rouges. Langue sèche et couverte d'un enduit jaune épais, sur le milieu, humide et nette sur les bords; soif ardente. Pouls à 80, très-petit; quelques ronchus sonores au côté droit de la poitrine; respiration normale à gauche; bruits du cœur normaux. On prescrivit un bain chaud, suivi de fomentations de tête de pavot sur l'abdomen et une pilule d'opium.

30 janvier. — Nuit assez bonne. La malade n'a pas vomi depuis son arrivée bien qu'elle éprouve continuellement des nausées. Lavement d'un litre, qui passe sans difficulté ni douleur, est gardé une demi-heure et rendu sans trace de matière fécale. Tension abdominale et météorisme beaucoup plus marqués; douleur à la pression sur l'abdomen.

10 heures du soir. — Facies moins anxieux; soif très-vive; les nausées persistent et il n'y avait pas eu jusqu'à présent de vomissement, lorsque tout à coup elle se redresse sur le coude et vomit plus d'un quart de litre de liquide fécaloïde très-foncé et très-fétide; les efforts de vomissement continuèrent pendant plusieurs minutes, jusqu'à ce que la malade eût rendu à peu près 1 litre et demi de ce liquide fétide. Pouls à 78.

31 janvier. — Les vomissements n'ont pas reparu jusqu'à 11 heures du matin, où elle vomit encore environ un demi-litre de liquide ayant la même couleur, mais sans l'odeur fécaloïde qu'il avait la veille. L'abdomen est de plus en plus distendu; la douleur a augmenté, pas de garde-robe; il y avait de fréquents efforts de vomissement; enfin l'épuisement survint et la malade succomba assez subitement dans la soirée.

Autopsie. — Intestins très-distendus et en quelques endroits adhérents les uns aux autres par de la lymphe récente; le grand épiploon est plissé et adhérent aux intestins. En séparant ces derniers, on trouva un corps solide ayant à peu près la forme et le volume d'un bouchon qui obturait l'intestin grêle vers le milieu de l'iléum, à la manière d'une bonde. Au niveau de l'obstruction,

l'intestin était replié sur lui-même, les surfaces péritonéales adjacentes étant légèrement adhérentes par de la lymphe récente. L'intestin semblait devenir brusquement plus petit immédiatement au-dessous de l'obstruction, mais au-dessus de ce point il était considérablement distendu et rempli d'une matière fécale foncée, verdâtre, dans laquelle on trouva dix petits calculs biliaires, anguleux, gros à peu près comme la moitié d'une noisette. La portion dilatée de l'intestin était sombre et en incisant la muqueuse on la trouva très-congestionnée et en quelques points couverte d'une fausse membrane adhérente; un certain nombre de petites ulcérations se trouvaient répandues à sa surface. Le corps obstruant n'était autre chose qu'un gros calcul biliaire: il était parfaitement cylindrique, mesurait près de quatre pouces de circonférence et 1 pouce $\frac{1}{4}$ de diamètre. Sa surface externe était uniformément nodulée, les extrémités étaient assez lisses. Il présentait à la coupe une texture cristalline.

Au-dessous de l'obstruction, l'intestin était très-rétracté et partout pâle; il ne contenait qu'un peu de mucus assez épais. Le côlon était presque vide. L'estomac contenait un peu de matière fécale verdâtre et un petit calcul biliaire anguleux. La vésicule biliaire était solidement adhérente au duodénum au point où elle descend pour devenir perpendiculaire, et il existait une communication bien distincte entre ces deux parties, assez large pour admettre aisément le doigt. La vésicule était rétractée et convertie en une petite poche fibreuse. Il n'y avait pas de doute possible, les calculs avaient passé par cette perforation, bien que l'orifice fût en ce moment plus petit que le calcul cause de l'obstruction. Le canal cholédoque était libre mais non dilaté; le canal cystique était obturé. Le foie pesait environ 1640 grammes et paraissait assez sain, bien qu'un peu foncé. Cœur, poumons et reins normaux.

Dans le cas suivant, il est assez clair que l'intestin grêle a été obstrué pendant dix jours par un gros calcul biliaire qui a passé de la vésicule dans le duodénum par une perforation, mais que l'obstruction a été levée et que le malade a survécu plus de sept ans. Ce diagnostic posé pendant la vie, et bien qu'on n'ait pas recherché de calcul dans les garde-robes, a été vérifié par l'autopsie. Relativement à ce sujet, je puis citer le cas d'une dame qui m'apporta, il y a quelques années, un calcul mesurant près de 2 pouces sur 1 et demi, qu'elle avait rendu par l'anus après avoir éprouvé des symptômes d'obstruction et d'inflammation intestinale. Mais sous le rapport du diagnostic, le cas que je vais vous rapporter a eu encore un plus grand intérêt parce qu'il nous a présenté réunis un ictère par obstruction du canal cholédoque due à des calculs biliaires et une ascite par hépatite interstitielle, cette dernière résultant de l'irritation due aux calculs. Si on avait vu le malade pour la première fois dans une période avancée de la maladie, sans avoir une connaissance très-exacte de la marche des accidents, l'existence d'une tumeur eût été le diagnostic le plus légitime qu'on pût tirer d'une pareille combinaison de symptômes (voy. p. 431, 432). La formation de calculs biliaires à l'intérieur des