

la vésicule biliaire, qui, après avoir été mis accidentellement en mouvement, avaient repris la place qu'ils occupaient auparavant, sans s'arrêter dans les canaux où ils s'étaient momentanément engagés. J'ai connu un malade qui, pendant plus de quatre ans, a eu des coliques hépatiques qui n'ont jamais été suivies d'ictère. Dans le cours de la cinquième année, les accidents sont devenus plus graves, l'ictère est apparu, et la maladie s'est terminée par l'expulsion d'un calcul unique, olivaire, dont le plus grand diamètre avait deux centimètres.

L'absence des douleurs et de l'ictère n'implique donc pas nécessairement la non-existence des calculs; j'ai dit, de plus, que ces accidents pouvaient, en quelques cas, survenir comme les manifestations d'affections toutes différentes de la colique hépatique calculeuse.

De véritables accès de coliques hépatiques ont été provoqués par des *hydatides* du foie qui venaient de s'engager dans les canaux biliaires. Ainsi, il n'y a pas longtemps, mouraient dans le service de mon ami M. le docteur Lasègue, à l'hôpital Saint-Antoine, un individu affecté d'un ictère des plus foncés, et à l'autopsie duquel on trouvait des hydatides obstruant les conduits excréteurs de la bile. Il en était de même chez une jeune femme qui, vous vous le rappelez, succomba dans notre service, le 20 septembre 1863; quand nous nous occuperons des kystes hydatiques du foie, j'aurai à revenir sur cette observation. Le kyste hydatique du foie dont cette malade était affectée, s'ouvrit successivement dans les voies biliaires, puis au-dessus du diaphragme et dans la cavité pleurale, et les premiers symptômes qui se manifestèrent furent des coliques hépatiques qui revinrent à diverses reprises et à des intervalles très-éloignés, coliques violentes accompagnées de jaunisse très-foncée. Ces exemples donneraient un démenti à l'opinion, beaucoup trop absolue, soutenue par certains médecins, que l'affection hydatique du foie n'est jamais accompagnée de jaunisse.

Bonfils<sup>1</sup> a rassemblé un assez bon nombre de faits relatifs aux accidents que peut déterminer la présence des *vers ascarides lombricoïdes* dans les canaux biliaires. Ces accidents, qui apparaissent brusquement, sont caractérisés par des douleurs violentes, accompagnées de vomissements, d'ictère, et simulent, à s'y méprendre, ceux qui caractérisent les coliques hépatiques causées par les calculs.

M. Andral<sup>2</sup> a rapporté des observations qui sembleraient établir que l'hépatalgie elle-même, excessivement rare, je le redis encore, en tant que névralgie essentielle, simule aussi, en quelques cas, les coliques hépatiques, lorsque l'ictère vient à la compliquer.

Si j'ajoute enfin que l'hépatite aiguë, qui cause des douleurs vives re-

1. Bonfils, *Archives générales de médecine*, juin 1858.

2. Andral, *Clinique médicale*.

venant par accès, et donne lieu à l'ictère, peut aussi en imposer, vous comprendrez combien seront grandes nos chances d'erreur, et pourquoi, je le répète, le seul élément vraiment positif de diagnostic que nous possédions est la présence de concrétions biliaires dans les matières des garde-robes. Jusque-là, quelque bien fondées que soient nos présomptions, ce ne sont que des présomptions.

Vous ne serez donc pas surpris, messieurs, que je ne cherche pas à préciser davantage ce diagnostic, comme l'ont prétendu faire quelques auteurs, qui décrivent un certain nombre de signes à l'aide desquels on reconnaîtrait, suivant eux, le siège des calculs dans les différentes parties de l'appareil biliaire.

Il peut arriver, cependant, que des calculs un peu volumineux, accumulés dans la vésicule qui ferait saillie sous les rebords des fausses côtes, soient reconnus et sentis à travers les parois abdominales chez des individus maigres. Je vous ai montré qu'il en était ainsi chez une de nos jeunes femmes de la salle Saint-Bernard. En explorant la région du foie, et lorsque nous recommandions à la malade de faire de larges inspirations, nos doigts, en déprimant fortement les parois du ventre que des grossesses répétées avaient rendues fort souples, arrivaient sur une poche dure où l'on percevait une sorte de crépitation très-évidente. Mais les cas analogues doivent se présenter exceptionnellement; pour ma part, celui-ci est le second seulement qui se soit offert à mon observation.

Le retour fréquent des accidents, leur persistance, leur intensité, la production ou l'absence de vomissements pendant la crise, ne sauraient avoir non plus toute la signification qu'on a voulu leur attribuer.

On a dit que lorsque les calculs étaient engagés dans le canal cholédoque, il n'y avait pas de vomissements bilieux; le fait est vrai, et s'explique par l'obstacle que le calcul met au passage de la bile, tandis que ces vomissements indiquent que le canal est libre, et que les corps étrangers sont arrêtés, soit au col de la vésicule, soit dans le canal cystique.

On conçoit toutefois que des concrétions assez peu volumineuses traversent le canal cholédoque en provoquant des coliques, sans empêcher la bile d'arriver dans le duodénum et dans l'estomac. D'un autre côté, on conçoit que les vomissements bilieux ne soient pas un phénomène obligé dans la colique hépatique, alors même que celle-ci est occasionnée par des calculs qui ne sont pas allés au delà du conduit cystique.

La durée des accidents, leur intensité, leur persistance, leur retour plus ou moins fréquent, phénomènes excessivement variables, dépendent d'une foule de circonstances dont la plus puissante est assurément le volume des concrétions qui les ont causés.

Ces concrétions franchiront d'autant moins rapidement les canaux qu'elles seront plus volumineuses; elles pourront s'arrêter dans un point de leur trajet, pour revenir en arrière, et prendre leur place dans la vé-



sicule d'où elles étaient parties; puis, sous l'influence de nouvelles causes occasionnelles, elles s'engageront de nouveau dans les conduits biliaires et ramèneront de nouvelles crises. Ou bien, elles resteront enchâssées, pour ainsi dire, soit dans le canal cystique, soit dans le cholédoque, et si elles ne provoquent pas des coliques, elles donneront lieu aux accidents qui peuvent résulter de la distension de la vésicule ou de l'accumulation de la bile dans les canaux hépatiques.

Vous vous rappelez sans doute une autopsie que nous faisons dans le cours de l'année 1861. Rien ne nous avait fait soupçonner pendant la vie l'existence des calculs hépatiques. En examinant le foie, nous en trouvions deux engagés dans le conduit cystique, l'un ayant le volume d'une grosse olive, l'autre un peu plus petit. Le plus volumineux avait cela de particulier, qu'il adhérait intimement à la paroi du canal: la membrane muqueuse envoyait des prolongements dans l'intérieur de la concrétion biliaire, et il fallut les rompre pour détacher celle-ci. Je ne suppose pas que ces prolongements se soient formés alors que le calcul avait toute sa grosseur; il est plus vraisemblable qu'à une époque assez éloignée ce calcul avait déterminé une irritation vive de la membrane muqueuse, peut-être des productions fibrineuses qui se sont en partie organisées; puis de nouvelles couches de cholestérine et de matière colorante sont venues grossir le noyau central, enveloppant les tractus du tissu cellulaire accidentel. Je ne puis guère comprendre autrement, en effet, l'enchatonnement dont je parle.

Lorsque des coliques hépatiques ont duré longtemps, ou lorsqu'elles se sont répétées à d'assez courts intervalles, deux symptômes que je vous ai indiqués s'ajoutent au mouvement fébrile, qui trouve sa raison d'être dans l'inflammation dont le foie devient le siège. Cette inflammation qui s'est développée sous l'influence de l'irritation qui a retenti jusqu'à la glande, sous l'influence aussi de ce que, les canaux excréteurs étant plus ou moins obstrués, la bile, momentanément gênée dans sa circulation, a été retenue dans les conduits qu'elle traverse, cette inflammation, dis-je, se traduit par l'augmentation du volume de l'organe qui est en même temps le siège de douleurs que la pression exagère. Cette augmentation de volume est en quelques cas assez considérable pour que le foie déborde les fausses côtes de plus d'un travers de main, que même il descende jusque dans la fosse iliaque droite. Cette *hépatite*, l'espèce la plus commune de celles que nous observons dans nos climats tempérés, persiste souvent après que les coliques qui ont été l'occasion de son développement sont complètement guéries, et qu'il n'existe plus de concrétions biliaires. Elle passe à l'état chronique: le foie reste gros; il est le siège de douleurs sourdes, avec des exacerbations qui se produisent à des intervalles plus ou moins rapprochés; la sécrétion biliaire est troublée, et ces troubles de la sécrétion de la bile se traduisent par la dys-

pepsie, quelquefois par une anémie profonde. Cette inflammation chronique devient fréquemment aussi la cause d'altérations organiques, de la cirrhose, par exemple, qui tôt ou tard amèneront fatalement la mort.

La rétention de la bile dans le foie, due à un obstacle siégeant dans un des conduits excréteurs de la glande, entraîne, elle aussi, l'augmentation du volume de la glande, la dilatation des racines et des radicules du conduit hépatique, qui peuvent acquérir le calibre d'une plume d'oie. Ces dilatations, quelquefois partielles, comme anévrysmatiques, forment de petites tumeurs fluctuantes qui ont l'apparence d'abcès; mais c'est seulement à l'ouverture du cadavre qu'il nous est possible de reconnaître ces lésions, car la rétention de la bile dans le foie ne se traduit pas par des symptômes différents de ceux de l'hépatite qui l'accompagne et qu'elle a d'ailleurs occasionnée. Il n'en est plus de même de la *distension de la vésicule*.

Quand cette distension est portée à un degré suffisant, la vésicule, augmentée de volume, vient faire saillie à la région hypochondriaque. A la palpation, on découvre la tumeur qu'elle forme, tumeur fluctuante, qui, suivant ses dimensions, occupe des places différentes. Ou bien elle se rencontre sous le rebord des fausses côtes, ou bien, encore plus distendue, elle s'étend dans la région épigastrique au delà de la ligne médiane du corps, jusque vers le côté gauche, quelquefois elle descend jusqu'à l'ombilic, jusqu'à la crête de l'os des îles, dans la fosse iliaque droite, et l'on a cité des cas dans lesquels elle occupait tout l'abdomen.

Cette distension de la vésicule biliaire est généralement accompagnée d'un degré plus ou moins considérable d'inflammation, et cette inflammation amène un épaissement des diverses tuniques, principalement de la tunique musculeuse; ce qui explique comment les ruptures de la vésicule sont relativement aussi peu fréquentes.

A l'ouverture du cadavre, on ne trouve pas de bile dans cette poche; mais le plus souvent on y rencontre un mucus filant ressemblant à du blanc d'œuf, d'autres fois un liquide rappelant l'aspect de l'urine, ou bien encore un liquide limpide, incolore. Il y a alors ce qu'on a appelé l'*hydropisie de la vésicule biliaire*.

Cette cystite, qui peut se terminer par suppuration, et qui produit aussi des ulcérations plus ou moins profondes des parois de la vésicule, peut survenir, indépendamment de tout obstacle au passage de la bile à travers les canaux cystique ou cholédoque, par le seul fait de la présence des calculs, qui sont une cause permanente d'irritation. Peut-être même est-ce là la cause la plus ordinaire de cette cystite, laquelle rend compte de la persistance des douleurs éprouvées plusieurs années de suite, par des malades sujets à des retours plus ou moins fréquents de coliques hépatiques.



Le canal cystique et le canal cholédoque sont quelquefois le siège d'une accumulation considérable de la bile, et les conduits peuvent acquérir des dimensions exagérées. On a vu le canal cholédoque ainsi distendu, du volume d'un petit intestin, et même Morgagni cite, d'après Schenck, une observation de Traffelmann, « dans laquelle l'auteur avait trouvé le canal cholédoque large, enflé comme un estomac, et rempli de toutes parts de calculs de différentes grosseurs<sup>1</sup>. »

Bien que plus rare que la distension, l'atrophie de la vésicule est une altération qui a encore été notée comme une des conséquences de la présence des calculs biliaires. La poche se contracte sur les concrétions qu'elle renferme, ses parois s'épaississent et adhèrent si bien au corps étranger, qu'à l'autopsie on a de la peine à les en séparer. D'autres fois, le calcul s'est ainsi enchatonné dans un point de la vésicule, qui forme deux poches, dont l'une contient le corps étranger, dont l'autre est remplie de bile ou de mucus.

L'inflammation de la vésicule biliaire se propage assez souvent par contiguïté de tissus, au péritoine; il en résulte des péritonites plus ou moins étendues.

Le plus habituellement partielles, ces péritonites donnent lieu à des adhérences qui s'établissent entre la vésicule et les parties voisines, les épiploons, le rein droit, l'estomac, le duodénum, le côlon, les parois abdominales. Les fausses membranes qui les constituent sont, en certains cas, tellement épaisses, que, perdue au milieu de la masse qu'elles forment, la vésicule peut en être difficilement séparée lorsqu'on fait la dissection sur le cadavre. Ces péritonites peuvent aussi se généraliser très-brusquement, et revêtir une forme suraiguë qui entraîne rapidement la mort.

Toutefois ce n'est point là la façon dont surviennent le plus habituellement ces péritonites générales promptement mortelles. Ordinairement elles sont la conséquence d'une rupture ou d'une perforation de la vésicule ou des canaux biliaires.

Nous avons vu que lorsque, par suite d'un obstacle siégeant dans les conduits excréteurs, la bile était retenue et s'accumulait dans le canal cholédoque, dans le conduit cystique et dans la vésicule, les parois de cette poche s'hypertrophiaient, et offraient par conséquent une plus grande résistance qui expliquait le peu de fréquence des ruptures de la poche. Mais s'il survient une cystite aiguë, les parois de la vésicule se ramollissent et s'ulcèrent; il se fait une perforation qui cause une péritonite mortelle.

Il y a une huitaine d'années, je donnais des soins à un ancien notaire qui, depuis quelque temps, était sujet à des attaques de coliques hépati-

1. Morgagni, lettre 37, tome V, page 658.

ques. Un jour, je suis mandé près de lui pour des accidents qui avaient pris une intensité plus grande que n'en présentaient ses crises habituelles. Je le trouvai avec des vomissements incessants, le ventre ballonné, ses urines tout à fait supprimées, le pouls d'une excessive faiblesse et à peine perceptible, la température du corps considérablement abaissée. C'étaient, en moins de mots, tous les symptômes d'une péritonite suraiguë. Je jugeai le cas désespéré, et le lendemain, en effet, le malade succombait.

Quoique l'autopsie n'ait pas pu être faite, ce n'est pas trop m'avancer que de dire qu'il s'agissait bien ici d'une péritonite déterminée par un épanchement dans le péritoine, consécutivement à la rupture de la vésicule ou d'un de ses canaux biliaires; que ce qui s'était passé dans ce cas était l'analogie de ce que j'avais eu l'occasion de voir chez un autre malade qui était mort dans des circonstances à peu près semblables.

C'était à Tours. Un riche habitant de cette ville, que traitait Bretonneau, fut pris tout à coup, au milieu d'une attaque de coliques hépatiques qui s'était prolongée pendant cinq à six jours, de vomissements incoercibles et de tous les signes d'une péritonite formidable, qui l'enlevait en moins de vingt-quatre heures. A l'ouverture de son cadavre, nous trouvâmes, dans la cavité péritonéale, un calcul du volume d'une noisette, et nous découvrîmes sur le trajet du canal cholédoque la perforation par laquelle ce calcul et une quantité assez notable de bile s'était fait jour.

Je dois à un de mes bons élèves, le docteur Werner (de Dornach), la communication d'un fait analogue et qui est surtout intéressant par la difficulté du diagnostic de la colique hépatique.

« Au commencement de mon arrivée ici, m'écrivit M. Werner, je fus appelé chez une malade qui avait soi-disant des *crampes d'estomac* extrêmement violentes, à la suite d'une forte émotion. Je diagnostiquai des calculs biliaires et j'instituai un traitement en conséquence. Le lendemain, les douleurs ayant augmenté et de la péritonite s'étant déclarée, je soupçonnai une rupture de la vésicule et je demandai en consultation un des premiers médecins de Mulhouse. Celui-ci diagnostiqua une hépatite et me rit au nez quand je lui parlai de calculs. — Non satisfait, je demandai un second confrère. Celui-ci fit de même. Rentré chez moi et un peu ébranlé, je repassai attentivement mes notes prises à vos cliniques, et redevins alors de plus en plus convaincu de la justesse de ma première opinion. Vos leçons sur la colique hépatique, paraît-il, ne sont pas encore arrivées jusqu'à Mulhouse. — La malade mourut deux jours après; j'obtins de la famille la permission de faire l'autopsie, et, en présence de l'un des confrères consultés, je trouvai vingt-cinq calculs gros comme une noisette dans la vésicule; celle-ci crevée, la bile versée dans le péritoine et un calcul plus gros que les autres arrêté dans le canal cholédoque. »

Des observations de ce genre ne sont pas rares. Les auteurs en ont



rapporté un assez grand nombre. Tantôt les matières épanchées étaient constituées par de la bile pure, tantôt par de la sérosité, par du mucus; d'autres fois par du pus, la vésicule enflammée s'étant transformée en une sorte d'abcès; dans d'autres cas, des concrétions biliaires plus ou moins grosses se retrouvaient dans le péritoine.

Ces perforations et ces ruptures n'ont pas toujours les conséquences graves dont je viens de vous parler. Lorsqu'en effet la vésicule ou ses canaux ont contracté des adhérences avec les parties voisines, la perforation peut se faire, sans entraîner l'épanchement dans la cavité du péritoine, parce que l'ouverture de la poche a lieu, soit à l'extérieur, soit dans la cavité des intestins, soit dans les voies urinaires, soit dans le foie lui-même. Il en résulte des *fistules biliaires*, soit externes, soit internes.

Les fistules externes peuvent s'établir spontanément; elles peuvent s'opérer artificiellement lorsque le chirurgien est intervenu pour ouvrir la tumeur, quelquefois considérable, qui faisait saillie au travers des parois abdominales, soit que la nature de cette tumeur ait été méconnue et prise pour un abcès, ainsi que nous en trouvons des exemples rapportés par les auteurs et notamment par Jean-Louis Petit, soit que l'on ait su qu'on avait réellement affaire à une distension de la vésicule par un liquide.

En voici un exemple que m'a communiqué M. Léon Blondeau, qui l'avait recueilli chez un malade qu'il voyait à Vichy en 1850. Un monsieur, âgé de soixante-huit ans, d'une vigoureuse constitution, affecté de gravelle urinaire, dont il avait ressenti d'assez fréquentes atteintes, fut pris, dans le courant de l'année 1843, de coliques hépatiques, et bientôt il s'aperçut de la présence d'une tumeur assez volumineuse dans la région de l'hypochondre droit. Cette tumeur était douloureuse à la pression, et évidemment fluctuante. Le malade consulta MM. Rostan et Cruveilhier, et réclama une opération qui, pensait-il, devait le guérir. On lui conseilla d'attendre; mais, l'année suivante, son mal persistant, un chirurgien de Versailles, à sa sollicitation, consentit à faire sur la tumeur une application de trois cautères. Après la chute des eschares, l'un de ces cautères se referma; les deux autres donnèrent d'abord issue à de la mucosité teinte de bile, et devinrent l'orifice de fistules par lesquelles s'échappèrent environ une douzaine de calculs, dont plusieurs, assez volumineux, atteignaient même le volume de l'extrémité du petit doigt. Depuis cette époque, le malade rendait ainsi de temps en temps des concrétions qui étaient expulsées sans qu'il s'en aperçût, et que, le matin, il trouvait dans l'appareil habituellement maintenu sur ses plaies. Quelquefois, cependant, l'expulsion de calculs un peu plus gros lui occasionnait de la douleur. Il racontait, en outre, qu'une fois, une des fistules donna passage à une quantité assez notable de bile, et qu'avec cet écoulement, qui se prolongea pendant une quinzaine de jours, coïncida un

certain degré d'amaigrissement; l'embonpoint ne tarda pas à revenir quand cet écoulement eut cessé. Indépendamment des calculs et des concrétions plus dures auxquels elles donnaient passage, les plaies laissaient quelquefois sécréter du sang et de la sérosité. La santé était d'ailleurs parfaite.

J'ai observé un fait du même genre avec mon honorable ami M. le docteur Laguerre. Nous donnions des soins à un malade âgé de soixante ans qui avait été souvent tourmenté par des coliques hépatiques. A la suite de coliques plus vives et plus persistantes, il survint une vive douleur dans le flanc droit, au niveau de la vésicule biliaire. Bientôt on y trouva de l'empâtement, la peau rougit et il se forma un véritable abcès, dont l'ouverture donna issue à du muco-pus et à des calculs.

Enfin, M. le docteur Guyon a communiqué à l'Académie des sciences l'observation de la sortie d'un calcul biliaire à travers les parois abdominales, avec guérison du sujet. C'était une dame qui, après avoir présenté pendant quelque temps une tumeur dans la région du foie, laquelle était un peu douloureuse et ne donnait lieu que de temps à autre à un léger mouvement fébrile, rendit, par cette tumeur où la potasse caustique avait été appliquée, un calcul triangulaire de 6 centimètres dans sa plus grande circonférence et de 4 et demi dans sa plus petite. A la suite de l'expulsion du corps étranger, le malaise local diminua de jour en jour, aucun mouvement fébrile ne se fit plus sentir, et la guérison fut complète.

Vous savez, messieurs, qu'afin d'aller au-devant des accidents mortels qu'entraîne la rupture spontanée de la vésicule et l'épanchement dans le péritoine des matières qu'elle contient, J. L. Petit avait posé en précepte d'intervenir chirurgicalement. Établissant un parallèle entre la rétention de la bile causée par les pierres de la vésicule du fiel, et la rétention d'urine causée par les pierres dans la vessie, il arrivait à cette conclusion que la lithotomie était applicable aux unes comme aux autres. Van Swieten, en rapportant cette opinion de Petit, ajoute : « *Forte prima fronte audax apparebit facinus talia moliri; sed certe audacior ille fuit, qui primus ex vesica urinaria sectione calculum educere tentavit.* » Toutefois Petit prescrivit de n'avoir recours à cette opération qu'autant que la vésicule aura contracté des adhérences avec les parois du ventre; autrement on aurait à redouter les accidents qu'on cherche à prévenir, en établissant la communication entre la vésicule et la cavité abdominale. Il indique des signes à l'aide desquels on peut reconnaître que ces adhérences se sont formées; mais, suivant la juste observation de Boyer, ces signes qui, en définitive, se réduisent à deux, l'immobilité de la tumeur lorsqu'on cherche à lui imprimer des mouvements, l'empâtement des téguments, ces signes ne présentent aucun caractère certain. Suivant Boyer, il vaudrait donc mieux attendre que l'affection se fût prononcée d'une



façon plus claire, et qu'il y eût une tendance manifeste de la tumeur à s'ouvrir spontanément au dehors.

Cependant, messieurs, il est des cas où des dangers menaçants obligent le médecin à intervenir le plus promptement possible. Dans ces cas, on doit, pour agir presque en toute sécurité, chercher à produire les adhérences, en incisant couche par couche les parois abdominales jusqu'au péritoine exclusivement, selon le procédé mis en usage par Bégin. Ce premier temps de l'opération fait, on attend quarante-huit heures avant de pénétrer dans la tumeur elle-même.

On arrive encore aux mêmes résultats par le procédé de Récamier, qui consiste à ouvrir la tumeur par des applications de potasse ou de caustique de Vienne. Dans l'exemple que je vous rapportais il y a un instant, c'est le procédé qui a été employé.

Ces procédés ne sont pas exempts de dangers; mais je vous ai souvent parlé de celui que j'avais imaginé pour atteindre le même but. J'obtiens l'adhérence par l'acupuncture multiple, appliqué de la manière suivante. J'enfonce dans la peau trente ou quarante aiguilles d'acier armées d'une grosse tête, qui traversent toute l'épaisseur du derme et qui arrivent jusque dans la vésicule biliaire ou dans le kyste de l'ovaire (car c'était surtout pour les kystes de l'ovaire que j'avais employé ce procédé). Les aiguilles restent en place pendant trois ou quatre jours; alors on enlève les premières pour en enfoncer d'autres dans les intervalles des piqûres, et l'on recommence de la même manière une troisième fois. Il est essentiel que les aiguilles soient armées d'une tête de cire à cacheter; il est essentiel encore qu'une rondelle faite avec de la peau de gant soit appliquée sur la partie et traversée elle-même par les aiguilles en même temps que le derme; sans cette double précaution, les aiguilles pénétreraient avec une extrême rapidité dans les tissus, et s'y perdraient, non sans de graves dangers.

La pratique que je viens de décrire est à coup sûr la plus simple et la plus innocente de toutes celles qui ont été indiquées, quand on se propose d'obtenir des adhérences entre la surface d'un kyste et la membrane séreuse des parois abdominales. Je n'ai pas besoin de dire que la petite aréole inflammatoire développée autour de chaque piqûre détermine dans le péritoine une phlegmasie qui comprend, à cause du rapprochement des aiguilles, toutes les surfaces dont on veut obtenir l'adhérence.

Vous comprenez, messieurs, que les *fistules biliaires internes* sont complètement en dehors de nos moyens d'action. Ces communications entre la vésicule biliaire et les organes intérieurs peuvent s'établir, ainsi que je vous le rappelais tout à l'heure, dans la cavité des intestins, soit dans le duodénum, soit dans le côlon.

Une vieille dame qui habitait la place Royale, fut prise, après une crise de coliques hépatiques, de douleurs violentes limitées dans le flanc

droit, il s'y joignit une constipation opiniâtre; les phénomènes que je constatai me firent penser à un abcès du bassin, lorsque, dans la journée, la malade rendit par les garde-robes une quarantaine de calculs.

Des concrétions biliaires expulsées par les urines ne laissent aucun doute sur la possibilité qu'une fistule de la vésicule du foie peut s'ouvrir dans les bassinets du rein. Enfin, des observations consignées par des auteurs aussi recommandables que Frank, prouvent que des communications peuvent s'établir entre la vésicule du fiel et le foie lui-même.

« Une femme qui avait été tourmentée de coliques hépatiques, présenta, avant sa mort, dit Frank, les signes d'une inflammation gangréneuse du foie. A l'autopsie on trouva cette glande occupée, à sa partie concave, par un abcès volumineux, qui contenait un liquide purulent et fétide. Sur un des côtés de cette poche gangrenée apparaissait la pointe d'un calcul triangulaire qui faisait saillie. Les parois de la vésicule étaient comme cartilagineuses, elles avaient l'épaisseur du doigt et étaient adhérentes au côlon et au duodénum, communiquant seulement avec le foie par plusieurs sinus, d'où s'écoulait la même matière purulente et fétide. Elle contenait aussi deux calculs gros comme des châtaignes, et plusieurs autres plus petits. »

Une fois parvenus dans le tube digestif, qu'ils y soient arrivés par les voies naturelles, c'est-à-dire par le canal cholédoque, qu'ils se soient frayé un passage artificiel comme dans ces cas de fistules internes dont je viens de vous parler, les calculs biliaires sont le plus généralement entraînés par les mouvements péristaltiques jusqu'à l'anus, à travers lequel ils sont expulsés avec les garde-robes. Il est des cas, toutefois, excessivement rares à la vérité, où des concrétions plus ou moins volumineuses sont remontées dans l'estomac et ont été rejetées par le vomissement.

Vous vous rappelez sans doute l'histoire d'une jeune femme qui entra dans notre salle Saint-Bernard avec les symptômes d'une grave péritonite. A l'autopsie nous trouvions un calcul hépatique, engagé dans l'appendice iléo-cœcal dont il avait causé la perforation; des faits de ce genre ont été indiqués par les auteurs.

Vous avez pu observer l'un des plus curieux exemples de ces fistules internes chez la femme couchée au n° 28 de notre salle Saint-Bernard et dont voici l'observation succincte : Dans le courant de l'année 1863, entra au n° 28 de la salle Saint-Bernard une femme de cinquante-trois ans. Elle nous apprenait que quelques années auparavant, elle avait été reçue dans le service de M. Béhier, à l'hôpital Beaujon, et traitée d'une paraplégie avec lésion du corps des vertèbres. La paraplégie avait été heureusement guérie.

Nous fîmes tout d'abord frappés de la teinte profondément ictérique de la peau, et notre attention dut immédiatement se fixer sur le foie. La malade nous raconta que depuis quelques semaines elle éprouvait de vio-



lentes crampes d'estomac qui étaient accompagnées de nausées, quelquefois de vomissements, le lendemain la peau devenait jaune, les urines prenaient une teinte très-foncée. Chaque fois qu'elle avait ces accidents, elle prenait de la fièvre caractérisée par un frisson suivi d'une chaleur vive et prolongée, sans sueur consécutive. Quelques semaines après son entrée à l'hôpital, elle eut une colique beaucoup plus violente. La douleur de la région hépatique prit une intensité extrême, et pendant une semaine au moins nous pensâmes qu'il était survenu une forte hépatite avec une inflammation de la vésicule. Puis, pendant près d'un mois, il y eut, chaque jour, un frisson revenant à peu près à la même heure, suivi de chaleur et de sueur; l'ictère ne diminuant pas, la douleur s'exaspérant toujours au début de l'accès fébrile.

Nous restions dans l'idée que la fièvre était causée par l'hépatite, et par l'inflammation de la vésicule sollicitée chaque jour par un calcul qui se présentait à l'entrée du col cystique.

Quand on palpait le foie, on trouvait le viscère dur et très-sensible dans toute son étendue. A droite le grand lobe dépassait de 6 à 8 centimètres le rebord des côtes; et comme les parois du ventre étaient souples et minces, il était facile de suivre le bord tranchant du foie, jusqu'au point où il se perdait sous l'hypochondre gauche.

Après que, dans l'étendue de 10 centimètres à peu près, on avait suivi le bord tranchant du foie, en allant de droite à gauche, tout à coup on trouvait un ressaut formé par un corps orbé tenant au reste du foie par sa base, et faisant saillie en bas: il pouvait avoir le volume d'une petite orange, il était dur, sans inégalités, et fort douloureux; puis venait une autre scissure, limitant à gauche la saillie dont nous venons de parler, et nous retrouvions alors le bord du foie, que nous pouvions suivre désormais avec la plus grande facilité.

Toutes les personnes qui fréquentent le service purent répéter cette exploration, et toutes, comme nous, pensèrent que la tumeur que l'on sentait sur le rebord du foie était formée par la vésicule distendue; aussi nous restâmes plus que jamais attachés à l'idée qu'il y avait des calculs dans la vésicule, une oblitération du canal cystique par un des calculs, une inflammation de la vésicule avec distension extrême, et en même temps hépatite subaiguë.

Cependant deux mois après son entrée, notre malade sortait en parfait état. L'ictère s'était à peu près dissipé; les douleurs paroxystiques ne s'étaient plus reproduites qu'à d'assez longs intervalles, puis elles avaient cessé. La fièvre était tombée, l'appétit, l'embonpoint étaient revenus; il ne restait plus, quand la malade quitta l'hôpital, qu'une douleur toujours assez vive dans la région hépatique, et la tumeur dont nous avons parlé avait diminué à peu près de moitié. Il devenait évident pour moi que les calculs étaient restés et que la vésicule les tolérait aujourd'hui.

Mais à la fin de décembre 1863, cette femme, qui avait joui pendant six mois d'une bonne santé, rentra dans notre service pour des accidents de tous points identiques avec ceux pour lesquels nous l'avions déjà soignée: mêmes douleurs hépatiques, survenant toujours vers le soir, d'une façon irrégulièrement intermittente, toujours accompagnées d'un véritable accès de fièvre, avec frisson ordinairement peu violent, et toujours suivies d'ictère: l'accès fébrile et l'ictère ayant une intensité proportionnelle à celle des douleurs. Dans l'intervalle de celles-ci, la santé était tolérable; l'appétit revenait, la malade se levait, descendait au jardin, se livrait aux travaux de son sexe et perdait peu à peu sa teinte ictérique; parfois même les périodes de rémission étaient assez prolongées pour que la malade parlât de nous quitter. Cependant elle portait toujours dans l'hypochondre droit une tumeur volumineuse, présentant toujours la même forme que j'ai décrite; douloureuse au moment des accès, et très-peu sensible, au contraire, dans les intervalles de rémission.

A la suite des efforts de vomissements causés par les attaques de colique hépatique, une hernie inguinale s'était produite à droite, et de temps à autre cette hernie faisait souffrir la malade. Or, le 20 mai 1864, les vomissements devinrent tout à coup extrêmement fréquents, une vive douleur se faisait simultanément sentir dans la tumeur herniaire, et le lendemain matin il n'était pas douteux que la hernie s'était étranglée. L'opération de la kélotomie fut faite, mais la femme n'en succomba pas moins deux jours plus tard.

Voici les lésions imprévues que nous trouvâmes du côté du foie.

Les dimensions de la glande ne sont pas très-notablement augmentées: l'organe déborde d'environ 4 à 5 centimètres le rebord des fausses côtes, et présente, vers son bord tranchant, une disposition singulière. Une échancrure profonde marque la séparation entre la portion gauche et la portion droite; mais, un peu plus en dehors, une nouvelle échancrure se manifeste sur le bord antérieur: entre ces deux scissures se trouve compris un gros lobule à forme arrondie, dont la présence, en cet endroit, a pu faire croire à une saillie de la vésicule biliaire, distendue par des calculs.

L'aspect général de la glande rappelle celui de la cirrhose. Sa surface externe est parsemée d'une multitude de granulations d'un blanc jaunâtre, entre lesquelles on aperçoit la teinte d'un brun foncé de la masse glandulaire; la couleur de l'organe est cependant beaucoup moins jaune que dans la cirrhose, et sa déchirure n'offre point l'aspect granuleux qui caractérise cette lésion.

A sa face inférieure le foie semble présenter une double vésicule biliaire: on voit en effet, au niveau de la fossette de la vésicule, deux tumeurs piriformes, l'une et l'autre manifestement distendues par des calculs. La poche la plus volumineuse est située en dedans; c'est la vé-