

V

CHOLÉCYSTITE CALCULEUSE AIGUË
ET DRAINAGE VÉSICULAIRE

- I. *Observation : cholécystite calculeuse aiguë, suppurée avec péricholécystite.*
 II. *Diagnostic différentiel avec l'appendicite, la perforation de l'estomac, l'abcès hépatique, le kyste hydatique suppuré. Un mot sur la pathogénie des cholécystites et des péricholécystites.*
Observation d'une cholécystite calculeuse avec péricholécystite et para-appendicite : difficultés du diagnostic, foie ou appendice.
 III. *Traitement par la cholécystostomie d'urgence. Inutilité, insuffisance ou dangers de la ponction. Avantages du drainage vésiculaire dans les cholécystites suppurées, dans les angiocholites. Des fistules consécutives à la cholécystostomie.*
Opération. Résultat.

MESSIEURS,

C'est une intervention d'urgence que vous me verrez pratiquer ce matin, une de ces interventions dont la nécessité s'impose aussitôt que le diagnostic est établi. Il s'agit d'une cholécystite calculeuse suppurée, et il faut l'ouvrir de suite pour remédier aux accidents graves qui menacent la malade.

Ce n'est pas d'ailleurs la première fois que je pratique devant vous cette opération : mais je ne l'ai pas faite encore dans des conditions aussi pressantes. Les allures, la gravité de ces infections ne sont pas pareilles : toutes les cholécystites ne sont pas égales devant l'intervention. Et je me propose précisément aujourd'hui de vous signaler quelques-unes de leurs formes cliniques et de vous montrer comment il faut les traiter.

I

Le 15 juillet, vers 4 heures du soir, une femme de quarante-sept ans était prise brusquement d'une violente douleur dans le ventre à droite, sous les fausses côtes. En un clin d'œil, la douleur s'irradie dans tout l'abdomen, provoque un état presque syncopal et force cette malade à interrompre tout travail

Elle se couche, mais ces douleurs ne disparaissent pas : on les atténue quelque peu par des applications répétées de cataplasmes laudanisés. Mais voici que des vomissements surviennent, alimentaires d'abord, puis bilieux ; la fièvre s'allume, et un état d'indicible malaise accompagne ces premières manifestations morbides.

Un jour, puis deux se passent : il n'y a pas d'amélioration, l'état reste le même, et la malade se fait alors transporter à l'Hôtel-Dieu. Elle y entre le 15 juillet, salle Notre-Dame, n° 6, où je la trouve le lendemain à la visite.

A ce jour, son état ne paraît pas très alarmant ; la température est à 37°,8, le pouls à 90 ; la langue est humide, la figure calme et reposée. Elle se plaint du ventre, surtout du côté droit.

Au palper, je trouve au-dessous d'une paroi très grasse et malgré une contracture des muscles droits, une tuméfaction, qui occupe la région hépatique et semble constituée par le foie lui-même. Le foie déborde de quatre travers de doigts les fausses côtes : son bord inférieur se devine remontant vers l'appendice xiphoïde. L'hypertrophie du foie est massive, car je la retrouve au palper de la région lombaire : elle est régulière, le foie est lisse, sans bosselures.

Mais il est douloureux ; la douleur est plus accusée au bord inférieur du foie, dans la région mamelonnaire, dans la région de la vésicule biliaire : là, il y a une tuméfaction plus diffuse, il y a un empâtement manifeste en même temps qu'un maximum de douleur à la pression.

Voilà les premiers renseignements que l'examen de la malade nous procurait : voici maintenant ceux que l'interrogatoire nous apportait.

Le passé de la malade est assez chargé, et son histoire pathologique un peu confuse.

A l'âge de dix-huit ans, elle a eu des crises bien avérées de colique hépatique, mais depuis lors jamais plus elle n'eut d'accidents semblables. Jamais de jaunisse, pas de douleurs à l'épaule, pas de décoloration des matières : en un mot, rien qui soit l'indice d'une altération du foie.

Mais par contre son estomac a fixé toute son attention et nécessité des soins minutieux et prolongés. Depuis quinze ans, elle souffre de l'estomac et d'une façon à peu près constante : elle a eu des vomissements de sang à plusieurs reprises, est restée pendant des années au régime lacté et a eu à n'en pas douter un ulcère de l'estomac.

Dans ces derniers temps, elle n'en souffrait pas plus que d'habitude mais elle continuait toujours ce régime sévère qui la privait d'alcool,

de vin, de tout enfin ce qui pourrait aggraver un estomac depuis longtemps malade.

Et malgré toutes ces misères, cette malade engraisait et elle présentait encore un volume très respectable, lorsqu'il y a quelques jours commencèrent les accidents actuels.

Lors de mon premier examen, je pensai, d'après les symptômes énumérés, qu'il s'agissait d'une cholécystite calculeuse avec poussée aiguë de péricholécystite. Mais tout en envisageant la perspective d'une opération comme nécessaire, je ne voyais aucune urgence à la pratiquer immédiatement. La malade se trouvait un peu mieux, elle avait moins de fièvre, l'état général n'était pas mauvais. Je prescrivis quelques applications de glace, un peu de morphine à l'intérieur et je me proposai d'attendre, de surveiller et de revoir.

Ceci se passait il y a quatre jours, lundi dernier : mais aujourd'hui les choses sont changées, je suis obligé d'intervenir et voici pourquoi.

Depuis ces trois derniers jours, la température a monté progressivement : la fièvre est rémittente, mais le soir, le thermomètre marque

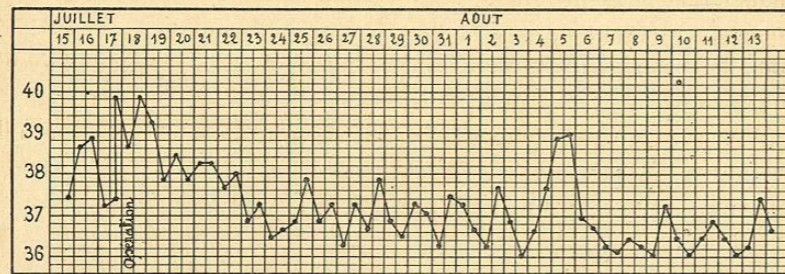


Fig. 37. — Cholécystite calculeuse aiguë : drainage vésiculaire (salle Notre-Dame n° 6). La température descend après l'opération.

jusqu'à 40°, et le matin les rémissions n'ont pas été complètes (fig. 37). Des frissons sont survenus en outre à plusieurs reprises, des grands frissons comme ceux que donne la fièvre paludéenne avec les trois stades classiques, et d'où la malade sort profondément affaiblie. Le pouls reste cependant aux environs de 110 : la langue est sèche, mais il n'y a pas de vomissement. Quant à la tuméfaction de l'hypochondre, elle est restée ce qu'elle était, il y a quatre jours.

Tout cet ensemble ne pouvait que me confirmer dans le diagnostic déjà formulé, celui de *cholécystite calculeuse probablement suppurée*, mais il m'imposait aussi une obligation impérieuse, celle

d'ouvrir une collection qui donnait lieu à des phénomènes si graves d'infection.

II

Revenons un peu, si vous le voulez bien, sur le diagnostic.

La brusquerie des accidents à leur début ne manquait pas d'apporter une certaine confusion au diagnostic. La douleur brusque, immédiate, sans prodromes, en coup de poignard est commune à tant de lésions abdominales, que ce symptôme au début d'une cholécystite est bien plus de nature à tromper qu'à conduire au vrai diagnostic. L'appendicite, la péritonite par perforation, la perforation de l'estomac et du duodénum ont des manifestations initiales aussi bruyantes, et certes si nous n'avions que ce symptôme, je serais bien embarrassé pour affirmer la cholécystite.

L'appendicite cependant doit être éliminée; il y faut toujours penser quand se produit cette douleur brusque à droite qu'a eue notre malade. Mais l'appendicite aiguë a des phénomènes de réaction péritonéale qui font absolument défaut ici : et la tuméfaction est trop loin, trop indépendante de la fosse iliaque pour qu'il s'agisse ici d'une appendicite.

Mais tout en admettant que la tuméfaction constatée est hépatique ou sous-hépatique, plusieurs hypothèses sont à discuter, qui ont leurs raisons d'être dans le passé pathologique si compliqué de cette malade.

Plusieurs d'entre nous se sont demandé au début, en raison de la brusquerie des premiers accidents s'il n'y avait pas une *perforation stomacale*, elle-même consécutive à cet ulcère, dont la trace est évidente dans l'histoire de cette malade. Mais il n'y a eu au début et il n'y a encore maintenant aucun signe de réaction péritonéale accentuée : un ulcère qui se perfore, détermine toujours de la péritonite, et celle-ci, qu'elle soit locale ou générale, entraîne son cortège symptomatique spécial : or, ici que voyons-nous ? Le ventre n'est pas douloureux ailleurs qu'à droite, il n'est pas ballonné, les selles sont régulières et spontanées, il y a à peine quelques vomissements, le faciès est bon, le pouls est à 110. Sont-ce là les signes de la réaction péritonéale violente ? Non, et d'ailleurs je trouve que la tuméfaction a trop les caractères du foie pour n'être pas le foie lui-même. C'est le foie et la vésicule qui sont en cause.

Y a-t-il dans le foie *un abcès*? Peut-être, mais pourquoi? les grands abcès du foie ne viennent pas sans cause, et jamais notre malade ne s'est exposée dans les pays chauds aux maladies qu'on retrouve presque toujours à l'origine des grands abcès du foie.

S'agit-il *d'un kyste hydatique suppuré*? notre malade a eu à plusieurs reprises de l'urticaire, et on pourrait invoquer ce détail en faveur d'un kyste hydatique méconnu et provoquant aujourd'hui des accidents aigus. Mais précisément ces accidents me semblent trop aigus pour être provoqués par la suppuration d'un kyste hydatique suppuré, et jusqu'à plus ample informé, je maintiens le diagnostic de *cholécystite calculeuse avec péricholécystite*.

Les trois signes sont en effet réunis, qui permettent d'affirmer la cholécystite : il y a *fièvre*, il y a *douleur* et *tuméfaction locale*.

Je dis en outre qu'il y a *péricholécystite*, parce que les caractères de la tuméfaction sont vagues, diffus : il y a empatement, on ne sent pas cette limitation exacte qui est le propre d'une vésicule simplement distendue.

Je pense enfin que la cholécystite est d'origine *calculeuse*, parce que dans le passé de notre malade nous trouvons des traces avérées de lithiase vésiculaire et parce que les calculs sont aussi la cause la plus habituelle des infections vésiculaires.

La vésicule est-elle seule infectée? Les voies biliaires le sont-elles aussi? Y a-t-il en un mot *angiocholite* en même temps que cholécystite? Le gros volume du foie, la fièvre vive, les frissons me le font craindre : mais aussi l'ictère fait défaut, et d'habitude les angiocholites provoquent l'ictère. Aussi, tout en craignant la participation du foie, je puis encore espérer que l'infection s'est localisée à la vésicule biliaire; l'indépendance de la vésicule et des voies biliaires au point de vue infection est bien connue, et pour nous en convaincre jetons un rapide coup d'œil sur la pathogénie des infections biliaires.

A l'état normal, les voies biliaires sont aseptiques : ce fait est de nos jours bien établi par les recherches de Duclaux, de Létienne, de Dupré et d'autres. Mais les voies biliaires sont en communication avec l'intestin, milieu essentiellement septique, d'où des microbes variés et surtout le coli-bacille ne demandent qu'à remonter vers le foie pour coloniser dans les voies biliaires.

Cette ascension microbienne s'effectue parfois dans des voies absolument perméables : l'infection est alors *primitive*, il en est ainsi dans le choléra, la fièvre typhoïde.

Mais plus souvent il y a du côté biliaire une cause d'appel, et celle-ci est presque toujours constituée par une obstruction calculeuse; le calcul, vrai corps étranger est dans les voies biliaires comme dans les voies urinaires un prétexte facile à l'infection.

L'infection remonte ou vers le foie ou vers le cholécyste ou vers les deux à la fois. Et suivant ces cas, il y a *angiocholite* ou *cholécystite*.

Et ce processus n'est nullement spécial aux voies biliaires; c'est le même processus d'infection ascendante qui au rein par exemple produit la pyélite ou la pyélonéphrite suivant que le rein participe ou non à l'infection.

Une fois localisée à la vésicule biliaire, l'infection peut rester latente : la *cholécystite* ne provoque aucune réaction bruyante, quand les voies d'excrétion sont perméables, quand la virulence des produits pathogènes est faible et on voit ainsi des vésicules calculeuses, dilatées ou rétractées, plus souvent rétractées que dilatées et dans lesquelles l'inflammation, réduite à son minimum, se traduit par quelques altérations pariétales et la virulence du contenu. Ici il n'y a pas d'accidents généraux, les douleurs traduisent la présence des calculs, mais la cholécystite n'ajoute presque rien au cortège symptomatique; elle reste latente.

Mais lorsque la virulence de l'infection est du premier coup considérable, ou lorsqu'une oblitération complète du cystique ferme tout à coup la porte au drainage naturel des voies biliaires et enferme en vase clos les agents pathogènes, alors se déroule un cortège de violents accidents; *la fièvre, la douleur, la tuméfaction locale*.

Ainsi s'est sans doute réalisée chez notre malade la filiation des accidents : depuis longtemps je le suppose, elle porte des calculs dans sa vésicule biliaire, et ceux-ci ont appelé l'infection. L'infection sans doute resta quelque temps latente, mais depuis peu il est survenu quelques-unes des conditions qui forcent les microbes à doubler leur virulence et à briser les limites dans lesquelles ils sont enfermés. Alors est venue la *cholécystite suppurée* et la *péri-cholécystite*.

Celle-ci crée autour de la vésicule des adhérences protectrices de l'intestin, de l'épiploon, de la paroi abdominale. Elle prépare vers l'extérieur le chemin de la suppuration, elle réalise spontanément un processus que la chirurgie ne peut qu'imiter en le régularisant. La suppuration arriverait ainsi, si on la laissait libre, à se faire jour dans l'intestin ou à l'extérieur, en créant ces vastes phlegmons biliaires que l'on ouvre quelquefois comme des phlegmons de la paroi abdo-

minale et dans lesquels on trouve un calcul biliaire comme indice révélateur.

Mais cette péricholécystite est parfois plus discrète, et ses manifestations sont moins bruyantes qu'un phlegmon.

Elle peut disperser profondément les propagations infectieuses et apporter au diagnostic des difficultés telles qu'elle le rendent insurmontable. Nous avons vu, cette année une malade dans ces conditions : malgré une observation prolongée, nous avons été amené à maintenir chez elle le diagnostic d'appendicite, alors que les accidents étaient en réalité provoqués par une cholécystite, qui avait poussé jusqu'au cæcum une traînée phlegmoneuse d'induration et d'adhérences.

Je veux tout au long vous rapporter cette observation qui pourrait s'intituler : *cholécystite calculeuse avec péricholécystite et para-appendicite*. Elle est instructive à plus d'un point de vue.

Le 23 avril 1901 une femme de quarante-trois ans nous était envoyée de médecine par M. le D^r Faisans, qui depuis plusieurs jours la soignait dans son service, pour des accidents assez mal caractérisés.

L'histoire de cette malade se résumait à ceci : en 1889, elle avait ressenti pour la première fois une atteinte de coliques hépatiques, et depuis lors à plusieurs reprises elle avait eu des accidents à peu près semblables. Douleurs dans le flanc droit, irradiations à l'épaule, vomissements, subictère. La crise durait un jour ou deux, puis tout rentrait dans l'ordre : il semblait bien que ces douleurs étaient réellement des coliques hépatiques à répétition.

Dans l'intervalle de ces crises, il persistait cependant quelques troubles intestinaux : la malade avait de mauvaises digestions, elle gonflait après ses repas, avait des éructations ; de temps en temps elle présentait de la diarrhée et rendait alors des lambeaux de muqueuse intestinale. Elle avait de l'entérococolite.

À plusieurs reprises, la malade fut soignée dans divers services pour ses douleurs hépatiques, et l'année dernière, à la suite de deux crises plus violentes qu'elle avait eues, elle fut à la veille d'être opérée pour « cholécystite calculeuse » ; mais elle refusa énergiquement l'opération.

Les accidents anciens étaient donc assez nets, pour qu'alors un diagnostic ferme ait été proposé et qu'il ait été déjà parlé d'opération.

Les accidents qui ramenaient cette fois la malade à l'hôpital, apparurent plus confus, moins précis.

Quelques jours avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Faisans, notre malade avait été prise dans le ventre d'une douleur à droite ; cette douleur correspondait à peu près à la hauteur de l'ombilic, mais elle était très latérale, elle correspondait exactement au flanc droit. Avec les douleurs apparurent en même temps des nausées, des vomissements ; le ventre devint sensible, la malade est forcée de s'aliter, et au bout de deux jours, elle est transportée à l'Hôtel-Dieu.

À son entrée, l'état général est mauvais, il y a de la fièvre, la température s'élève à 39°,5, le soir le pouls est à 110, la langue est sèche, les traits tirés. Le ventre est partout sensible, mais dans l'hypochondre et le flanc droit on sent un empâtement manifeste étendu entre le foie et la région de l'appendice : il y a à ce niveau une douleur provoquée des plus vives et une contracture de défense arrête l'exploration dès qu'on veut la pratiquer.

Dans ces conditions, M. Faisans le lendemain matin se demanda s'il ne s'agissait pas d'appendicite, pensa même que les dernières crises étaient d'origine appendiculaire et prescrivit le traitement médical, le repos, la diète, la glace.

Pendant douze à quinze jours les choses restèrent en l'état : fièvre continue, le soir à 39°,3, le matin 38° : vomissements de temps en temps, langue sèche, constipation cédant facilement au laxatif quotidien, pouls autour de 100 : mais empâtement local dans tout le flanc droit.

C'est dans ces conditions que M. Faisans voulut bien me demander de voir la malade.

Je fus frappé comme lui par la tuméfaction de l'hypochondre, à tel point que je me demandai même tout d'abord s'il ne s'agissait pas d'un phlegmon périnéphrétique. L'empâtement s'étendait depuis le foie jusqu'à la fosse iliaque ; on le sentait par le palper bimanuel, et on aurait dit que le rein était enveloppé par une atmosphère inflammatoire. Je demandai alors que la malade passât dans notre service afin que je puisse la surveiller chaque jour et l'opérer aussitôt que les circonstances l'exigeraient.

Dès le jour de son entrée à la salle Notre-Dame, la crise, qu'elle avait subie commençait à décliner. La température descendit peu à peu ; en trois jours, elle était à 37°. Les douleurs diminuèrent, l'empâtement devint moins manifeste, et on pouvait enfin explorer à l'aise la région.