

trait à sa pathogénie, aux altérations plus ou moins profondes que peut présenter la bile, à la constitution des calculs, aux troubles généraux qui l'accompagnent et à diverses autres particularités qui sont exposées avec tous les développements nécessaires dans les traités de médecine (1). En revanche, j'aurai à étudier avec soin les diverses complications chirurgicales qu'elle peut présenter et à discuter attentivement les indications opératoires qui en résultent.

Tout a été dit sur l'influence de l'âge. Les calculs sont aussi rares avant trente ans qu'ils sont fréquents après la quarantaine. Les femmes y sont beaucoup plus sujettes que les hommes : trois femmes pour deux hommes, dit Frerichs, qui est certainement bien au-dessous de la vérité ; trois ou quatre femmes pour un homme, pourrait-on dire avec plus d'exactitude, si bien qu'il est presque permis de dire que la lithiase biliaire est une maladie des femmes déjà âgées. L'influence de la grossesse, invoquée partout, n'est pas douteuse. Elle agit en favorisant la stase biliaire. Pendant la période gravidique, le volume de l'utérus, après l'accouchement, le relâchement des parois abdominales, les ptoses viscérales qui provoquent la coudure des vaisseaux biliaires, rendent plus difficile l'écoulement de la bile. Or, il est certain que la stase biliaire favorise l'ascension microbienne dans le cholédoque et les voies supérieures. D'autre part, les troubles digestifs qui accompagnent si fréquemment la grossesse, exaltent la virulence des microorganismes.

Il n'est donc pas étonnant que cette influence de la grossesse, longtemps obscure, longtemps douteuse, soit une influence réelle, puisqu'il semble à peu près définitivement établi aujourd'hui que la cause première de la lithiase, c'est l'*infection biliaire*. Depuis longtemps on l'avait vue coïncider, très souvent, avec certaines affections hépatiques, ou plutôt vésiculaires. J'ai dit plus haut que les tumeurs de la vésicule s'accompagnaient presque toujours de calculs. On en rencontre aussi à peu près constamment dans les cholécystites. On s'est demandé si, dans ces cas, la lithiase précède l'infection de la vésicule ou si, au contraire, elle était provoquée par elle. La présence de calculs dans la vésicule favorise son infection (2), mais d'autre part l'infection de la vésicule et de

(1) Voy. l'article tout récent de GILBERT et L. FOURNIER, dans le *Traité de médecine et de thérapeutique* (1898). La question de l'origine microbienne des calculs y est tout particulièrement bien étudiée. — Voy. aussi le rapport de NAUNYN et FURBINGER, X^e Congrès de méd. interne de Wiesbaden, 1891; *Sem. méd.*, 1891, p. 137.

(2) Voy. *Angiocholites et cholécystites*, p. 181. — GILBERT et DOMINICI, *Soc. méd. des hôp.*, 16 juin 1894. — GILBERT et L. FOURNIER, *Soc. de biol.*, 8 février 1896. — LOUIS FOURNIER, Origine microbienne de la lithiase biliaire, thèse de Paris, 1896. — *Traité de médecine* publié sous la direction de Brouardel. Paris, 1898, t. V, art. FOIE, par GILBERT et L. FOURNIER. — MIGNOT, Calculs biliaires expérimentaux (*Soc. de chir.*, 19 mai 1897). — GILBERT et L. FOURNIER, *Presse méd.*, 1898, p. 275. — *Acad. de méd.*, 23 décembre 1890. — ERDMANN, *Virchow's Arch. für pathologische Ana-*

la bile qu'elle contient exerce une influence directe sur le développement des calculs.

Cette idée émise par Galippe en 1886 prend de jour en jour plus d'importance et il semble aujourd'hui, après les travaux de Gilbert et Girode, de Hanot, de Letienne, les expériences de Gilbert, Dominici, la thèse de Louis Fournier qui les résume, les analyse, et y ajoute des recherches personnelles, qu'il faille admettre l'origine microbienne de la lithiase biliaire, soit que les microorganismes servent de point central autour duquel se précipitent les sels biliaires, soit qu'ils déterminent dans la bile des décompositions et des fermentations capables d'amener la production de calculs, comme le pensent Galippe et Letienne, soit enfin, ce qui est plus probable, qu'ils provoquent des phénomènes d'angiocholécystite desquamative, suivie de troubles dans la sécrétion de la muqueuse vésiculaire, troubles auxquels seraient dues les altérations de la bile et la précipitation des sels (cholestérine, bilirubinate de chaux) qui entrent dans la composition des calculs. C'est l'opinion de Naunyn à laquelle se rallie Louis Fournier. D'ailleurs cette origine microbienne de la lithiase est démontrée par des faits positifs. Mignot, Gilbert et Fournier ont reproduit expérimentalement des calculs biliaires chez le cobaye et chez le chien par l'injection dans la vésicule de coli-bacilles peu virulents. Cette théorie de la lithiase par infection biliaire explique donc fort bien l'influence de la grossesse et aussi celle de l'âge, qui lui aussi favorise la stagnation. En revanche, le rôle de l'alimentation a perdu du terrain. D'après Naunyn il serait absolument nul. Certains diathésiques, les goutteux, les rhumatisants, et pour tout dire en un mot, les arthritiques sont les plus fréquemment atteints. C'est sans doute le coli-bacille qui est, la plupart du temps, responsable de ce méfait, lequel pourrait d'ailleurs être également provoqué par d'autres formes microbiennes, et en particulier par le bacille d'Eberth (Hanot).

Anatomie pathologique. — Les lésions que peut présenter la vésicule au cours de la lithiase biliaire ont, pour le chirurgien, un intérêt de premier ordre. Pendant une intervention il est en effet important de pouvoir bien apprécier l'état de la vésicule, car la conduite à tenir en pourra dépendre.

La composition chimique et la constitution intérieure des calculs qui se rencontrent dans les voies biliaires, n'intéressent guère que le médecin, il n'en est pas de même de leur siège, de leur nombre

tomie, Bd. XLIII, p. 289. — DELBECQ, Des lésions de la vésicule biliaire dans la lithiase, thèse de Paris, 1892. — *Sem. méd.*, 1894, p. 345. — COURVOISIER, Casuistique, statistische Beiträge zur Pathologie und Chirurgie der Gallenwege. Leipzig, 1890. — TERRIER, *Soc. de chir.*, 21 et 28 décembre 1892. — JALAGUIER, *Ibid.*, 21 décembre 1892. — JOURDAN, De la cholécotomie, thèse de Paris, 1895. — RECLUS, Cliniques de la Pitié, 1894, p. 238, 267, et *Sem. méd.*, 1893, p. 569.

et de leur volume. Celui-ci est très variable et l'on peut rencontrer des calculs de toute taille, depuis ceux qui sont presque microscopiques et dont l'accumulation remplit la vésicule d'une sorte de bouillie noirâtre, jusqu'aux calculs uniques qui distendent à eux seuls la vésicule entière. Ils sont en général d'un assez faible volume, gros comme des grains de blé, des grains de maïs, mais il est fréquent de rencontrer, à côté de ces petits calculs, des pierres volumineuses et comparables à une grosse noisette ou à un petit œuf de pigeon. Leur nombre est naturellement en raison inverse de leur dimension. Il est assez rare de n'en rencontrer qu'un seul. Il y en a presque toujours un assez grand nombre. Parfois la vésicule peut en être littéralement bourrée. On en peut rencontrer plusieurs centaines, plusieurs milliers même, et la collection d'Otto possède une vésicule dans laquelle on a pu compter le nombre invraisemblable de 7802 calculs.

Leur forme est presque toujours polyédrique, surtout quand ils sont assez nombreux. Ils sont taillés à facettes par pression et usure réciproques ; il est assez fréquent, surtout lorsqu'ils ont atteint une certaine taille, d'en trouver d'assez régulièrement ovoïdes, avec une surface rugueuse, grenue et chagrinée, fort différente de la surface lisse, brillante et anguleuse des calculs taillés à facettes.

La vésicule est le siège de prédilection des calculs ; elle n'est pas leur siège exclusif, et c'est là un fait qui présente au point de vue des indications opératoires une très grosse importance. On en rencontre en effet dans les voies biliaires supérieures, dans les canaux intra-hépatiques. Ils sont en général de petit volume, mais peuvent parfois en acquérir un plus grand et provoquer une dilatation assez considérable du canalicule dans lequel ils se trouvent. Il ne faut donc pas croire que la production des calculs se fasse uniquement dans la vésicule et que dès que celle-ci a disparu les accidents de la lithiase ne soient plus à craindre. D'ailleurs il est assez fréquent, après la cholécystostomie, après le nettoyage le plus soigneux de la vésicule, de voir, dans les jours qui suivent l'opération et quelquefois même assez longtemps après, l'élimination de calculs qui peuvent, il est vrai, provenir quelquefois du canal cystique ou de quelque recoin vésiculaire resté inexploré, mais qui, très certainement, viennent aussi quelquefois de plus loin, et en particulier des voies biliaires intra-hépatiques.

Le canal cholédoque est fréquemment aussi le siège de calculs qui s'y sont arrêtés au cours de leur migration de la vésicule vers l'intestin, ou même qui ont pu y venir directement du canal hépatique. Les calculs enclavés dans le cholédoque sont ordinairement uniques — 50 fois sur les 72 observations de Jourdan, — en tous cas peu nombreux. Il s'agit d'ailleurs souvent d'une agglomération de matières calcaires autour de petits calculs. Vautrin a trouvé ainsi dans deux cas une sorte de bouillie calcaire, en grande quantité.

Aussi ces calculs sont-ils presque toujours très friables et faciles à écraser. Cela ne les empêche pas de donner lieu à des phénomènes d'une gravité exceptionnelle et qu'on ne retrouve pas ailleurs. On comprend, en effet, que la présence d'un pareil obstacle dans le cholédoque puisse en amener l'oblitération complète, déterminer une rétention biliaire absolue et provoquer ainsi les accidents les plus graves.

Les rapports qu'affectent les calculs avec les parois des voies biliaires dans lesquelles ils sont renfermés ont, au point de vue de l'intervention opératoire, une grande importance. Bien souvent, en effet, les calculs sont libres dans la vésicule ; ils sont mobiles et une fois ouverte la poche qui les contient, ils ont une tendance naturelle à en sortir ou peuvent tout au moins en être extraits avec la plus grande facilité. Ce sont les cas les plus favorables. Malheureusement il n'en est pas toujours ainsi ; loin de là. Ils sont souvent adhérents aux parois vésiculaires, lorsque celles-ci, comme il est commun de le voir, sont épaissies et indurées. Ils peuvent même être quelquefois véritablement incrustés dans la muqueuse, qui se trouve comme pavée par une sorte de mosaïque. Lorsque le calcul est assez volumineux par rapport au diamètre de la cavité dans laquelle il se trouve, il peut s'enclaver complètement, au point de ne pouvoir être mobilisé en aucun sens. C'est ainsi qu'on en peut rencontrer dans le bassinet de la vésicule, dans le canal cystique, dans le canal cholédoque lui-même. Ces calculs enclavés, absolument immobiles, adhérents aux parois qu'ils peuvent déchirer lorsqu'on essaie de les extraire, sont souvent la source des difficultés les plus grandes au cours des interventions chirurgicales. Plus rarement, on en rencontre qui sont comme enchatonnés dans de véritables diverticules, si bien qu'il est impossible de les ramener sans déchirure dans la cavité cystique.

On comprend d'ailleurs qu'il puisse y avoir des dispositions innombrables. J'aurai l'occasion d'y revenir, en étudiant les indications opératoires qui en découlent et varient avec elles (Voy. p. 343).

La bile contenue dans la vésicule en même temps que les calculs peut se présenter avec ses caractères normaux. Elle peut aussi, dans un grand nombre de cas, subir les altérations les plus complètes. Elle est souvent épaissie, noirâtre, transformée en une sorte de bouillie plus ou moins fluide, véritable poussière calculeuse. Parfois le liquide qui jaillit à l'ouverture de la vésicule ne ressemble plus en rien à la bile. Dans ces cas, qui correspondent à l'oblitération complète du canal cystique, la bile, en effet ne saurait pénétrer jusque dans l'intérieur de son réservoir habituel. Elle se heurte à l'obstacle infranchissable que lui forme le calcul enclavé dans le canal cystique. En arrière de ce calcul, dans l'intérieur de la vésicule, les liquides muqueux sécrétés par la paroi viendront s'accumuler, et c'est ainsi qu'on peut trouver la vésicule distendue par une quantité sou-

vent considérable et quelquefois énorme d'un liquide muqueux, plus ou moins coloré, parfois même absolument limpide. Terrier en a trouvé dans un cas 24 litres et Erdmann en aurait trouvé davantage. Ce liquide, en réalité, n'est point de la bile. On comprend d'ailleurs fort bien que, suivant la disposition de l'obstacle, il puisse se faire un mélange de bile et de liquide muqueux dans les proportions les plus variables.

Mais l'altération la plus importante que puisse présenter la bile, celle qui domine toutes les autres, c'est son infection. L'histoire de l'infection biliaire domine absolument l'étude chirurgicale de la lithiase. J'ai assez insisté sur les causes, le mécanisme et les conséquences de cette infection à propos des angiocholites et des cholécystites pour n'avoir pas à y revenir (1). Qu'il me suffise de dire, en y renvoyant le lecteur, que la plupart des accidents vésiculaires de la lithiase sont dus à cette infection. Nous avons vu que la lithiase elle-même est sans doute le fait de l'envahissement microbien de l'arbre biliaire. En tout cas, l'infection qui se traduit par le développement des calculs, est en général très modérée, très peu virulente et peut même disparaître, car il n'est pas rare de voir des calculs biliaires nager dans une bile aseptique. Dans un très grand nombre de cas la lithiase passe inaperçue ou ne se traduit que par des accidents douloureux, comme la colique hépatique, tant que des phénomènes inflammatoires, c'est-à-dire infectieux, ne viennent pas la compliquer. C'est donc avec l'infection biliaire que naissent la plupart des accidents de cholécystite calculeuse, qui, bien souvent, nécessitent une intervention et forcent la main au chirurgien.

Du côté de la vésicule les lésions peuvent en effet, à la suite de l'infection, être des plus graves. Il n'en est pas toujours ainsi, et des calculs peuvent exister sans qu'il y ait du côté des parois vésiculaires de lésions bien appréciables; la muqueuse peut être à peine irritée, présenter çà et là quelques légères plaques de desquamation épithéliale, parfois même rester absolument normale. Il en est ainsi dans beaucoup de cas médicaux qui ne donnent lieu à aucun symptôme bien bruyant, ou qui provoquent simplement quelques coliques hépatiques, sans accident d'aucune sorte. Dès qu'il y a des signes de cholécystite, les lésions de la vésicule sont plus considérables. La muqueuse peut être rouge, épaissie, tomenteuse, ulcérée par places et même presque perforée; la musculature très épaissie, peut s'infiltrer de leucocytes qui se collectent même en petits amas purulents. Parfois, au contraire, il y a une rétraction, une véritable sclérose de la vésicule, sclérose qui s'étend plus ou moins loin (2).

(1) Voy. *Angiocholites et cholécystites*, p. 180.

(2) SOUVILLE, Cholécystite scléreuse d'origine calculeuse et péricholécystite, thèse de Paris, 1895.

Bref, il y a toutes les lésions que j'ai décrites en détail. Les lésions péricystiques sont assez communes, il peut y avoir des adhérences avec les organes voisins, adhérences au milieu desquelles la vésicule disparaît parfois complètement. Il peut y avoir des abcès, il peut même y avoir des perforations complètes. Les exemples ne sont pas rares de calculs énormes tombés dans l'intestin et expulsés au dehors, calculs qui n'ont pu matériellement passer par l'embouchure du cholédoque. Il faut donc admettre qu'ils ont traversé la paroi cystique et la paroi intestinale unies par des adhérences. On a d'ailleurs surpris le phénomène sur le fait, et récemment Pozzi (1) a rencontré un calcul enclavé à moitié dans la vésicule et à moitié dans le duodénum.

La vésicule peut même être sujette à des modifications profondes, sans contenir par elle-même de calculs. Il suffit d'une oblitération du cholédoque pour réagir sur elle. Et ici se place un fait des plus curieux et des plus intéressants, en même temps que d'une extrême importance au point de vue chirurgical. Courvoisier, dans un des ouvrages les plus importants qui aient été écrits sur la chirurgie de la vésicule biliaire, avait déjà remarqué que l'obstruction de cholédoque agit de façon toute différente sur l'état de la vésicule, suivant que cette obstruction est provoquée par un calcul enclavé dans ce canal ou par un néoplasme qui comprime son embouchure, comme le font si souvent les cancers de la tête du pancréas. Terrier a de son côté insisté sur la même particularité, qui depuis a été vérifiée par un très grand nombre de chirurgiens. Si bien qu'aujourd'hui la loi de Courvoisier-Terrier est acceptée de tous — parce que chaque jour de nouveaux faits viennent la confirmer. Lorsque l'oblitération du cholédoque est produite par un néoplasme, la vésicule biliaire est dilatée; lors, au contraire, que l'obstruction est due à un calcul, la vésicule est atrophiée, épaissie, impossible à percevoir à travers la paroi abdominale, parfois même introuvable au cours de la laparotomie.

Cette loi, très générale, n'est cependant pas absolue, et Jalaguier, pour ne citer que lui, a trouvé à l'autopsie une vésicule biliaire dilatée, à la suite de l'oblitération du cholédoque par un calcul, et non pas par un néoplasme. Reclus en donne des exemples assez nombreux. Enfin, Kuster et Elliott, cités par Jourdan, ont également rencontré des vésicules dilatées, mais dans 45 cas sur 54, soit 84 p. 100, la règle de Courvoisier-Terrier se trouvait confirmée, et la vésicule était atrophiée, parfois même introuvable (Jourdan).

On conçoit d'ailleurs assez bien que, d'une manière générale, il n'en puisse être autrement. Lorsqu'un néoplasme vient obstruer le cholédoque, les voies biliaires sont soumises à une distension, mais à une distension passive qui tend à les dilater sans produire sur leur paroi

(1) Pozzi, *Sem. méd.*, 1894, p. 345.

autre chose que des lésions superficielles. Dans l'oblitération par un calcul, il n'en est pas de même. Car d'ordinaire un calcul ne va pas seul, et lorsqu'il vient obstruer le cholédoque, il est en général accompagné d'autres pierres, qui vont, dans les voies biliaires supérieures et en particulier dans la vésicule, déterminer une irritation constante, des ulcérations mécaniques, que complique bientôt une inflammation septique plus ou moins intense, et qui aboutissent tout naturellement à l'épaississement des parois de la vésicule et à leur rétraction plus ou moins complète. Ce n'est donc pas à la nature du mal qu'il faut rapporter cette particularité, mais bien plutôt à l'infection des voies biliaires, infection lente, chronique, qui s'établit presque fatalement avec la lithiase et manque souvent lorsqu'il s'agit d'une obstruction néoplasique. Quelle que soit l'explication qu'on en puisse donner, le fait est là, certain, indéniable, et on comprend toute l'importance qu'il peut avoir lors d'une intervention chirurgicale, au point de vue du diagnostic et surtout du pronostic de l'affection.

Symptômes et complications. — Les cas de lithiase biliaire sont très nombreux qui ne se traduisent par aucun symptôme. Je n'ai point à m'en occuper ici, non plus que des cas qui ne donnent lieu à aucune complication et qui, de ce fait, restent dans le domaine de la médecine. C'est ainsi que la *colique hépatique* simple, les *vomissements*, l'*ictère* plus ou moins intense, rarement prolongé, la *décoloration des selles* et enfin le signe de certitude, l'*évacuation* par les voies intestinales d'un ou de plusieurs calculs biliaires, ne sauraient intéresser le chirurgien qu'à titre documentaire. Si dans ces conditions le chirurgien n'a rien à faire, il n'en est pas moins important, surtout en présence d'un cas difficile et ils le sont presque tous, de trouver dans les antécédents quelque signe bien net qui permette d'affirmer la réalité de la lithiase.

Ce sont les *complications* seules de la lithiase biliaire qui peuvent rendre nécessaire l'intervention chirurgicale. Ces complications, dont les signes et les conséquences sont des plus variables, naissent cependant à peu près toujours dans les mêmes conditions et peuvent être, en règle générale, rapportées à deux causes, toujours les mêmes. La première est l'*infection des voies biliaires*, la seconde l'*arrêt d'un ou de plusieurs calculs* en un point quelconque des voies biliaires ou du tube intestinal qu'il leur faut parcourir avant d'être définitivement expulsés. Il est très fréquent de voir ces deux complications s'associer intimement, et si l'on ne voit pas toujours l'infection biliaire conduire à l'obstruction calculeuse, il est presque certain de voir celle-ci s'aggraver d'une infection plus ou moins intense.

Les complications dues à la seule infection ne nous retiendront pas longtemps. Ce sont les phénomènes d'*angiocholécystite* qui

ont déjà fait le sujet d'une description détaillée à laquelle je renvoie le lecteur (1). Une douleur plus ou moins localisée au niveau de la vésicule, une sensibilité de la région hépatique, une tuméfaction plus ou moins nette du foie, enfin des phénomènes fébriles d'allure un peu spéciale, tels sont les phénomènes principaux auxquels donne lieu l'infection qui vient compliquer la lithiase. Nous avons vu que ces accidents étaient d'ailleurs justiciables d'une intervention, la cholécystostomie, destinée à évacuer au dehors les calculs et la bile infectée qui remplit la vésicule. Cette opération est un véritable *drainage des voies biliaires*. Dans ces conditions la lithiase passe au second plan, en ce sens que l'on peut assister à des phénomènes absolument analogues sans qu'il y ait le moindre calcul.

Les accidents qui viennent, à proprement parler, compliquer la lithiase sont ceux qui sont consécutifs à l'*arrêt du calcul* en un point quelconque de sa migration, ou encore à une migration par des voies anormales, que cette migration soit ou ne soit pas accompagnée d'infection.

C'est l'arrêt en un point quelconque du *canal cystique* qui détermine, et de beaucoup, les accidents les plus fréquents. Cela est tout naturel, car ce canal est le plus étroit de ceux que doit parcourir un calcul venant de la vésicule. Tous les calculs qui auront franchi sans s'y arrêter l'étroit défilé du canal cystique n'auront que peu de tendance à s'arrêter dans le cholédoque, beaucoup plus large, et moins encore dans l'intestin, dont le diamètre est relativement énorme. L'arrêt peut se faire en un point quelconque du canal, le plus souvent près de l'abouchement vésiculaire. C'est, en effet, près de l'origine du canal que son diamètre est le plus petit et un calcul qui a dépassé cet obstacle a bien des chances d'arriver dans le cholédoque.

Dès que le calcul est un peu gros, c'est au sommet même de la vésicule, au point où le bassinnet se continue avec le canal, que se fait l'enclavement. Le calcul, poussé peu à peu dans ce cul-de-sac, au bout duquel est un orifice trop étroit pour lui livrer passage, s'y fixe, s'y incruste et peut provoquer l'oblitération complète de la vésicule.

Dans ces conditions, lorsque la fermeture est hermétique, la bile, ne pouvant franchir l'obstacle et pénétrer dans la vésicule, s'écoule directement par le cholédoque. En revanche, la muqueuse vésiculaire sécrète et les produits de la sécrétion, ne pouvant se mélanger à la bile et s'échapper avec elle, s'accumulent dans le réservoir biliaire, qui ne tarde pas à augmenter de volume, en dilatant ses parois, qui, sous l'influence de cette distension passive, s'amincissent de plus en

(1) Voy. p. 190.

plus. C'est dans un cas de ce genre que Terrier a rencontré une vésicule renfermant vingt-quatre litres de liquide mélangé de bile et légèrement infecté.

Le principal signe par lequel se traduit cette obstruction est la *tumeur*. Celle-ci occupe exactement le siège de la vésicule et peut, suivant les cas, présenter tous les volumes et affecter les rapports les plus divers. La bile coulant librement du canal hépatique dans le cholédoque, il n'y a d'ordinaire aucun phénomène de rétention biliaire. Il peut y avoir dans certains cas une véritable intermittence de la tumeur. Sous l'influence d'un excès de pression intracystique, le passage peut être forcé. La vésicule se vide en partie pour se remplir à nouveau dès que l'oblitération s'est rétablie.

On comprend combien l'erreur peut être facile, et dans ces conditions la vésicule oblitérée peut être confondue avec la plupart des tumeurs de l'abdomen, jusques et y compris le kyste de l'ovaire et la grossesse extra-utérine (Tuffier). Les cas d'intermittence pourront être pris pour une hydronéphrose, et ce n'est que l'étude attentive des antécédents, de l'émission des urines, etc., qui permettra d'éviter quelquefois une erreur souvent inévitable.

Lorsque le calcul vient s'arrêter dans le *cholédoque* les signes sont bien différents. Ils sont d'ailleurs identiques, quel que soit le point du canal où vient se fixer le calcul. Celui-ci semblerait devoir s'arrêter d'ordinaire près de l'ampoule de Vater. Il y a, en effet, au point où le canal vient s'aboucher dans l'intestin un rétrécissement assez marqué, bien fait pour mettre obstacle à la progression du calcul, et le canal ne mesure guère à ce niveau que 6 millimètres, alors qu'il en mesure 12 ou 13 au niveau de son origine (Quénu). De plus, au point où il pénètre dans le pancréas, la résistance des tissus de cette glande, qui l'entourne de toutes parts, empêche sa dilatation, facile partout ailleurs, et crée un obstacle sur lequel les calculs viendront facilement buter (1).

Malgré ces conditions favorables, dans la majorité des cas (27 sur 47, d'après Vautrin, de Nancy), les calculs s'arrêtent plus haut, dans la portion sus-duodénale du cholédoque. C'est sans doute tout simplement parce qu'ils sont trop gros pour aller plus loin, car les calculs de petit volume s'arrêtent, eux, précisément dans la portion rétroduodénale, près de l'ampoule de Vater.

Malgré la situation des calculs sur le passage de la bile, l'*ictère* est loin d'être constant. Il est tout au moins assez souvent passager et ne s'installe guère à l'état chronique que dans la moitié des cas (Vautrin). Il y a des poussées ictériques coïncidant souvent avec des coliques hépatiques; parfois même, mais rarement, l'ictère manque

(1) VAUTRIN (de Nancy), De l'obstruction calculuse du cholédoque (*Revue de chir.*, 1896, p. 451).

tout à fait. Cela tient à ce qu'il peut y avoir arrêt d'un calcul dans le cholédoque sans qu'il y ait obstruction complète du canal. La bile passe, et tant qu'elle passe en totalité, il ne saurait y avoir aucun signe de rétention biliaire. Quand celle-ci fait son apparition, en dehors de la jaunisse et des phénomènes connexes de décoloration des selles et d'apparition du pigment biliaire dans l'urine, on observe les signes d'une véritable intoxication biliaire, démangeaisons tenaces et intolérables, insomnie, amaigrissement progressif, etc.

En revanche, même dans le cas de rétention biliaire complète, il est en général impossible de sentir la vésicule, qui est presque toujours rétractée et diminuée de volume, comme l'ont vu Courvoisier et Terrier. C'est là un signe excellent et qui permettra dans bien des cas de rétention biliaire chronique, de reconnaître la présence du calcul dans le cholédoque, et d'exclure l'hypothèse de la compression par quelque tumeur et en particulier par un cancer du pancréas.

On ne saurait trop insister sur la valeur de ce signe. Il y a évidemment des exceptions, et Reclus en a relevé un certain nombre (1). Ce chirurgien lui-même, dans un cas remarquable d'entérostomie biliaire, crut pouvoir conclure, malgré la vésicule dilatée, à un calcul du cholédoque. Les réserves que fit Terrier à ce sujet se trouvèrent confirmées, le malade ayant succombé plus tard à une affection cancéreuse. J'ai moi-même pratiqué une cholécystentérostomie avec dilatation de la vésicule. Celle-ci était pleine de calculs. J'étais convaincu que la lithiase avait seule provoqué les accidents de rétention biliaire pour lesquels j'étais intervenu, d'autant plus que l'ictère avait disparu et que l'état général était redevenu excellent. Quelques mois après la malade succombait, elle aussi, à l'évolution d'un cancer que j'avais méconnu.

Il est, malgré tout, presque toujours fort difficile de reconnaître la présence d'un calcul dans le cholédoque. La détermination exacte du siège de la *douleur* a, sous ce rapport, beaucoup de valeur. Quand les malades, ce qui est fréquent, sont très amaigris et surtout lorsqu'il s'agit de femmes dont la paroi abdominale est flasque, on peut non seulement en enfonçant les doigts jusque près de la colonne vertébrale un peu à droite, déterminer une douleur vive et bien localisée, mais encore sentir une sorte d'induration profonde. Pour la rechercher commodément, il est bon, suivant le conseil de Vautrin, de se mettre à gauche du malade et de palper la région abdominale comme si l'on voulait explorer la gouttière vertébrale droite. Tout cela n'est pas facile, et bien souvent le diagnostic est des plus épineux. On comprend de quelle importance sont la recherche des antécédents de lithiase et l'étude de tous les signes, même les

(1) RECLUS, *Soc. de chir.*, 7 déc. 1892.