

conque agissant par compression sur les canaux excréteurs, ou par quelque corps étranger (lombric).

J'ai montré que la dilatation générale des canaux biliaires dans l'intérieur du foie peut avoir pour conséquences l'atrophie parenchymateuse de l'organe, et l'acholie, qui en est l'expression clinique.

TRAITEMENT.

Quand la maladie dépend d'un catarrhe gastrique, c'est ce dernier qui fournit les indications du traitement : si l'état saburral du début existe encore après le développement de l'ictère, il ne faut pas hésiter à réitérer le vomitif ou le purgatif, dans le but d'agir mécaniquement sur l'obturation des canaux au moyen de l'hypersécrétion hépatique. — Dans l'angiocholite spontanée et dans celle qui résulte d'un écart de régime, la médication est des plus simples : repos au lit, diète pendant la durée du mouvement fébrile, boissons acidules, limonade au citron ou à l'acide nitrique, enfin purgatifs doux, huile de ricin, crème de tartre, sel de Glauber, tels en sont les moyens principaux. S'il y a de la diarrhée dès le début, il faut s'abstenir des purgatifs et recourir à la poudre de Dover, donnée plusieurs jours de suite à la dose de 40 à 60 centigrammes par jour ; indépendamment de son action modificatrice sur l'intestin, ce médicament a l'avantage de calmer les douleurs. Une fois la diarrhée arrêtée, on peut ultérieurement, si l'ictère persiste, administrer un purgatif en vue d'une action mécanique sur les canaux obstrués.

Un assez grand nombre d'individus conservent, après entière guérison, une anorexie opiniâtre ; les toniques amers sont alors indiqués ; s'il n'y a pas de constipation, je donne la macération de quinquina avec le sirop d'écorce d'oranges ; dans le cas contraire, il faut préférer l'infusion de rhubarbe à dose laxative, 10 grammes pour 500 d'eau. — Dans les formes à répétition et dans les formes chroniques, il convient d'instituer un régime sévère d'où seront exclues les graisses et les substances irritantes ; la constipation doit être soigneusement prévenue, et il est utile de faire prendre de temps en temps, pendant quelques jours, une légère infusion de rhubarbe additionnée de bicarbonate de soude ; mais la médication thermale l'emporte sur toute autre, et les eaux de Carlsbad, Ems, Marienbad, Royat et Vichy ont à cet égard une antique et légitime renommée.

CHAPITRE IX.

CALCULS BILIAIRES. — CHOLÉLITHIASE.

GENÈSE ET ÉTIOLOGIE.

La bile ne contient aucune matière en suspension, conséquemment des concrétions solides ne peuvent naître dans ce liquide que par suite de la précipitation anormale des substances qui y sont dissoutes. Or la cholépyrrhine et la cholestérine, qui composent le plus grand nombre de ces concrétions, sont maintenues en solution dans la bile par le glycocholate de soude, lequel, ainsi que l'a montré Meckel, est décomposé par la sécrétion catarrhale de la muqueuse biliaire ; dans ces conditions, il perd son pouvoir dissolvant, et les matières se déposent sous forme de précipité pulvérulent (sable biliaire). Le CATARRHE DES VOIES BILIAIRES est donc sinon la seule, au moins la principale condition pathogénique de la cholélithiase (1). L'excès de graisse et de cholestérine dans le sang peut con-

(1) Traités généraux des maladies du foie ; en outre :

DURANDE, *Obs. sur l'éther sulfurique et l'huile de térébenthine dans les coliques hépatiques*. Dijon, 1774 et 1782. — SÖMMERING, *De concrementis biliaris corporis humani*. Francofurti, 1795. — WALTER, *Anatomisches Museum*. Berlin, 1796. — PROCHASKA, *Opera omnia. De calculo felleo*. Viennæ, 1800. — PUJOL, *Œuvres de méd. prat.* Paris, 1802. — MARESCHAL, *Quelques remarques sur les maladies de la vésicule biliaire*. Paris, 1811. — PORTAL, *Obs. sur la nature et le traitement des maladies du foie*. Paris, 1813. — CHEVREUL, *Ann. de chimie*, 1815. — BOULLAUD, *loc. cit.* — MONOD, *Obstruction complète du jéjunum par un calcul biliaire* (*Bullet. Soc. anat.*, 1827). — LACARTANIE, *Calcul biliaire dont le noyau était formé par des globules de mercure* (*Gaz. de santé*, 1827). — GRANDCLAUDE, *Obs. de calculs biliaires sortis par l'hypochondre* (*Bullet. de l'Acad. méd.*, 1829). — LOBSTEIN, *Anat. path.* Strasbourg, 1829-1833. — WOLFF, *Calculs biliaires ; rupture du canal hépatique* (*Arch. de méd.*, 1829). — BÉRARD, *Soc. anat.*, 1831. — FLEMING, *Ein Beitrag zur genaueren Diagnose grösserer in den Gallengängen eingeklemmter Gallensteine*. Leipzig, 1832. — BRICHETEAU, *Clinique méd. de l'hôpital Necker*. Paris, 1835. — NAUCHE, *Calcul biliaire dont le noyau était formé par une épingle* (*Lancette française*, 1835). — ANDRAL, *loc. cit.* — FAUCONNEAU-DUFRESNE, *Revue méd.*, 1841. — *Mém. Acad. de méd.*, 1846. — *Traité de l'affection calculeuse du foie*. Paris, 1851. — *Nouvelles observations sur la colique hépatique* (*Gaz. hebdom.*, 1859). — BOUSSON, *De la bile, etc.* Montpellier, 1843. — BRAMSON, *Henle und Pfeufer's Zeits.*, IV, 1846. — HEIN und SEIFERT, *Eodem loco*. — LEHMANN, *Lehrb. der physiol. Chemie*. Leipzig, 1850.

BEAU, *Études analytiques de physiologie et de pathologie sur l'appareil spléno-hépatique*

duire au même résultat par une autre voie; la substance à dissoudre est alors trop abondante eu égard au dissolvant, et une partie se précipite. Cette modalité pathogénique n'est pas directement démontrée, mais elle a pour elle un certain nombre de faits qui la rendent fort vraisemblable: chez les individus qui ont passé l'âge adulte, le sang est plus riche en cholestérine, et c'est à cet âge que les calculs biliaires sont le plus fréquents; ils naissent de préférence chez les *gros mangeurs* obèses qui consomment beaucoup de graisse, et qui ont d'autre part une *vie sédentaire* peu favorable à la combustion de ces matières; enfin, dans plusieurs cas de cholélithiase, la bile contenait une proportion excessive de graisse

- (Arch. de méd., 1851). — DUMÉNIL, *Bullet. Soc. anat.*, 1852. — DOLBEAU, *Eodem loco*, 1854. — BARTH, *Études anat. path. sur le mécanisme de la guérison spontanée de l'affection calculieuse du foie* (*Bullet. Acad. méd.*, 1854). — CORLIEU, *Gaz. hóp.*, 1856. — MECKEL, *Mikrogeologie*. Berlin, 1856. — WOLFF, *Virchow's Archiv*, XX. — MACKINDER, *British med. Journal*, 1858. — NEILL, *Liverpool med.-chir. Journal*, 1858. — CONTESSE, *Phlébite de la veine porte produite par une inflammation calculieuse des voies biliaires* (*Bullet. Soc. anat.*, 1858). — PEEBLE, *Edinb. med. Journ.*, 1858. — BOURDON, *Union méd.*, 1859. — OPPOLZER, *Zeits. d. Gesells. der Aerzte in Wien.*, 1860. — DUPARCQUE, *Gaz. hebdom.*, 1859. — BOUCHUT, *Bullet. therap.*, 1861. — ABEILLE, *Gaz. hóp.*, 1862. — WILLEMEN, *Des coliques hépatiques et de leur traitement par les eaux de Vichy*. Paris, 1862, 2^e édit., 1870. — FLINT, *loc. cit.* — LECLERC, *Acad. sc.*, 1863. — LUTON, *loc. cit.* — BAMBERGER, *loc. cit.* — THUDICHUM, *A Treatise on Gall-stones*. London, 1863. — WANNEBROUCQ, *Bullet. Soc. méd. du nord de la France*, 1864. — OPPOLZER, *Wiener med. Wochen.*, 1866. — M'SWINEY, *Rupture of the biliary duct*. (*Dublin Journ. of med. Sc.*, 1866). — COHNHEIM, *Ein Fall von Ileus in Folge eines Gallensteines* (*Virchow's Archiv*, 1866). — LUTON, *Bullet. therap.*, 1866. — MITCHELL, *Gall-stone of cholestérine extracted from the rectum during life* (*American Journ. of med. Sc.*, 1866). — LEIGH, *Case of gallstone causing death in sixteen hours* (*Med. Times and Gaz.*, 1867). — MARROTTE, *Union méd.*, 1867. — CAYLEY, *Dilated bile-ducts opening into the left pleural cavity* (*Transact. of the path. Soc.*, 1867). — BRESSY, *Thèse de Strasbourg*, 1867. — BRODMANN, *Ueber Gallensteine und ihre Folgen*. Berlin, 1868. — PEYTAVIN, *Thèse de Montpellier*, 1868. — DONKIN, *Death from pressure of gall-stones on the vena porte* (*Med. Times and Gaz.*, 1868). — MOXON, *Gallstones discharged through the abdominal wall* (*Transact. of the path. Soc.*, 1868). — JEAFFRESON, *Ulceration of the ileum and fatal peritonitis from encysted gallstones* (*British med. Journ.*, 1868). — KUSSMAUL, *Berlin. klin. Wochen.*, 1868. — MAGNIN, *De quelques accidents de la lithiase biliaire, etc.*, thèse de Paris, 1869. — LEARED, *Remarks on the pain caused by gall-stones* (*Med. Press and Circ.*, 1869). — AUBERT, *Lyon méd.*, 1869. — BECK, *Entfernung einer erheblichen Anzahl von Gallensteinen aus einer in den Bauchdecken verlaufenden Fistel* (*Memorabilien*, 1869). — SCHWECHTEN, *Ueber Cholelithiasis*. Berlin, 1869. — DURAND-FARDEL, *Union méd.*, 1870. — NESFIELD, *Case of fistulous communication of the gall-bladder with the abdominal walls, and passage of large gall-stones* (*The Lancet*, 1870). — PHILIPSON, *Notes of a case of biliary fistula* (*Brit. med. Journ.*, 1870). — CAMPBELL, *Memoranda of a case of gall-stone causing symptoms of ileus with a few obs. on biliary calculi generally* (*Med. Times and Gaz.*, 1870). — JACKSON, *Discharge*

(Chevreul). On pourrait invoquer aussi la diminution dans la formation des sels biliaires dissolvants comme cause génératrice des calculs, mais cette éventualité, théoriquement vraie, n'est pas prouvée. En somme, les pierres biliaires résultent d'une décomposition de la bile laissant précipiter des substances qui doivent y être dissoutes; cette décomposition est provoquée tantôt par un catarrhe des voies biliaires, tantôt par une altération du rapport quantitatif entre l'agent dissolvant et la matière à dissoudre. Indépendamment du pigment, des acides gras et de la cholestérine, les calculs renferment très-souvent des matériaux terreux et calcaires dont l'origine est moins bien établie; Meckel et Bamberger tendent à ad-

of gall-stones at the umbilicus (*Boston med. and surg. Journal*, 1870). — DOANE, *Même sujet* (*Eodem loco*, 1870). — BÄHR, *Die Ursachen der Verengerung der Gallenausführgänge und ihre Diagnose*. Berlin, 1870.

CORAZZA, *Caso di calcoli nella cistifellea con cancro della stessa e del fegato* (*Bollet. dell. Sc. med. di Bologna*, 1871). — TUCKWELL, *Obstruction of the hepatic duct by a large biliary concretion, causing abscess of the liver, perforation of the diaphragm, empyema and gangrene of the right lung* (*Trans. path. Soc.*, 1871). — MURCHISON, *Jaundice from gall-stones, followed by acute atrophy of the liver, with puriform deposits* (*Eodem loco*, 1871). — SÉNAC, *Du traitement des coliques hépatiques, etc.* Paris, 1871. — GOODWIN, *Biliary calculi, cases, treatment* (*Philadelphia med. and surg. Reporter*, 1871). — PUGLIÈSE, *De l'hydrate de chloral dans les coliques hépatiques* (*Lyon méd.*, 1871). — BARUDEL, *Des coliques hépatiques*. Paris, 1871. — SIMON, *loc. cit.* — JACCOUD, *Leçons clin. de l'hôpital Lariboisière*. Paris, 1872.

KÖNIG, *Ueber Cholelithiasis*. Berlin, 1872. — WYSS, *Ueber Gallensteinzertrümmerung* (*Memorabilien*, 1872). — RECLUS, *Ictère chronique, etc.* (*Gaz. hóp.*, 1872). — RITTER, *Recherches chim. sur la composition des calculs biliaires humains* (*Journ. de l'anat. et de la phys.*, 1872). — DUJARDIN-BEAUMETZ, *Étude sur le spasme des voies biliaires à propos du traitement de la colique hépatique* (*Bullet. de therap.*, 1873). — PICHLER, *Zur Therapie der Gallensteinkolik* (*Allg. Wiener med. Zeitsch.*, 1873). — PHILIPPE, *Obs. de colique hépatique avec obstruction complète des voies biliaires due à la présence de calculs; guérison* (*Union méd.*, 1873). — BORDIER, *Du traitement de la colique hépatique* (*Gaz. méd. Paris*, 1873). — SCHIFF, *Du choléate de soude dans le traitement de la lithiase biliaire* (*Gaz. hebdom.*, 1873). — HERTZ, *Ein Fall von Gallen fistel in den Bauchdecken, bedingt durch Durchbruch von Gallensteinen* (*Berlin. klin. Wochen.*, 1873). — METTENHEIMER, *Ueber Zottenbildung in der Gallenblase und deren Bedeutung* (*Arch. f. Anat. und Physiol.*, 1873). — WICKHAM LEGG, *Gall-stone in the common duct; dilatation of all the bileducts behind it, abscess in the left lobe of the liver, finding its way into the pericardium and right pleura* (*Trans. of the path. Soc.*, 1874). — SLOCUM, *Biliary fistula opening at the umbilicus, and through which passed eleven biliary calculi; recovery* (*New-York med. Rec.*, 1874). — CORRIE, *Brit. med. Journ.*, 1874. — BURD, *Philad. med. and surg. Rep.*, 1874. — DEMONS, *Bordeaux méd.*, 1874. — LABORDE, *Sur la contractilité, le spasme et la sensibilité des canaux biliaires, etc.* (*Bullet. therap.*, 1874). — ZURANSKI, *Gallensteine und ihre Therapie*. Berlin, 1874. — AUVITI, *Rottura della cisti fellea, etc.* (*Il Morgagni*, 1874). — BIANCHI, *Colelithiasi* (*Eodem loco*, 1874).

mettre que ces éléments sont également tenus en dissolution dans la bile par les savons de soude, et qu'ils sont précipités dans les mêmes conditions qui amènent le dépôt des matières lipoides; mais Frerichs regarde ces sels comme un produit de la muqueuse de la vésicule. — La réunion des poussières en masses d'un certain volume formant les calculs proprement dits, est favorisée par la stagnation de la bile dans son réservoir, et conséquemment par le catarrhe de ce dernier.

J'ai déjà mentionné l'influence étiologique de l'âge et du régime, j'ajoute que la cholélithiase est beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme, et qu'elle est favorisée par toutes les lésions du foie et de l'appareil biliaire, qui peuvent avoir pour effet de ralentir le cours de la bile; c'est de cette façon qu'il faut interpréter l'action nocive des repas trop éloignés. — La formation des calculs biliaires n'est pas dominée par une altération diathésique du processus nutritif comme l'est celle des calculs urinaires; la coexistence des deux ordres de concrétions (Prout) est chose purement fortuite.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Les calculs occupent très-rarement les canalicules intrahépatiques, ils n'y atteignent que de très-petites dimensions; leur SIÈGE ordinaire est dans la vésicule et dans les grands canaux d'excrétion, cystique, hépatique ou cholédoque. Le VOLUME est en raison inverse du nombre, il varie depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'un œuf de poule; lorsque la vésicule ne renferme qu'une pierre, il n'est pas rare que celle-ci en remplisse toute la cavité, de sorte que les parois sont exactement moulées sur la concrétion. Les calculs isolés ont une SURFACE lisse ou inégale, une forme ronde ou ovale qui rappelle celle de la vésicule; les calculs multiples doivent à leur contact et à leurs frottements réciproques des *facettes* concaves ou convexes par lesquelles ils se correspondent, souvent aussi ils offrent une FIGURE CRISTALLINE régulière (*tétraèdre, octaèdre*). D'une DENSITÉ spécifique très-faible, ces pierres sont facilement écrasées entre les doigts, même quand elles sont fraîches, et après dessiccation elles tombent en poussière spontanément ou sous la moindre pression; la COULEUR varie presque à l'infini, le vert et le brun sont les teintes les plus ordinaires; du reste, comme la composition du calcul n'est pas la même dans ses différentes couches, on observe souvent à la coupe des zones diversement colorées. — La plupart des calculs ont un NOYAU, rarement multiple, qui est composé principalement de pigment biliaire uni à de la chaux, avec quelques traces de mucus, et de phosphates terreux; autour de ce noyau se déposent en couches stratifiées ou irrégulières les matériaux de l'accroissement. Dans la majorité des cas, les calculs sont composés unique-

ment de CHOLESTÉRINE avec un noyau de pigment calcaire; dans d'autres circonstances, le PIGMENT est plus abondant, et il est disposé tantôt uniformément dans la masse, tantôt il forme avec la cholestérine des zones alternantes. Dans quelques cas rares, la cholestérine manque, et la pierre ne contient que des *carbonates* et des *phosphates calcaires*; Stöckhardt et Marchand y ont trouvé de l'acide urique, et il y a généralement des traces de fer, de manganèse et de cuivre.

Des calculs, même en grand nombre, peuvent occuper la vésicule sans provoquer aucune altération de la muqueuse; dans d'autres cas, on observe simplement les lésions de l'inflammation catarrhale; ces deux éventualités sont les plus communes. Dans des circonstances moins heureuses, il survient une inflammation ulcérate qui aboutit à la perforation; suivant alors qu'il y a ou non des adhérences, le contenu s'épanche au dehors, dans le péritoine ou dans l'intestin. Enfin, une inflammation chronique peut prendre naissance, les parois s'épaississent et se rétractent, le contenu liquide se condense par résorption de l'eau, et les calculs restent englobés dans une masse crayeuse sur laquelle est étroitement appliquée la vésicule. — Les calculs arrêtés dans les canaux excréteurs en amènent l'ulcération et la rupture, plus souvent ils produisent une obturation définitive avec hydropisie de la vésicule. — Les concrétions intrahépatiques peuvent avoir pour conséquence une hépatite suppurée.

SYMPTOMES ET MARCHE.

Les calculs INTRAHÉPATIQUES peuvent être tout à fait latents; lorsqu'il n'en est pas ainsi, ils produisent des symptômes peu précis qui n'en permettent guère le diagnostic: ce sont des douleurs sourdes non continues dans la région du foie; ces douleurs ne présentent pas d'ordinaire l'irradiation abdominale, lombaire et scapulaire propre aux douleurs hépatiques fortes; le volume de la glande n'est pas modifié; il n'y a pas d'ictère, et les troubles digestifs, souvent nuls, sont en tout cas si peu caractérisés qu'ils ne peuvent éclairer la situation. Lorsque ces calculs provoquent une hépatite suppurée, les symptômes initiaux peuvent encore être trompeurs, car tout peut être borné durant plusieurs jours à des accès fébriles intermittents, sans ictère, sans douleurs hépatiques (Frerichs).

Les calculs du CANAL HÉPATIQUE sont tout aussi obscurs tant qu'ils n'obturent pas le conduit; dans le cas contraire, ils donnent lieu à des douleurs locales, à un ictère persistant avec décoloration des selles et tuméfaction du foie, et l'absence de tumeur formée par la vésicule est le seul signe distinctif de cet état et de l'obturation du canal cholédoque.

Les pierres de la VÉSICULE BILIAIRE peuvent rester fort longtemps ignorées si elles sont très-petites; s'il en est autrement, elles irritent la muqueuse et donnent lieu soit à une inflammation superficielle et catarrhale, soit à une inflammation profonde de la paroi; cette cholécystite provoque de la fièvre et un état aigu lorsqu'elle est rapide et intense, mais en tout cas elle est caractérisée par des douleurs exacerbantes qui occupent bien nettement la région de la vésicule, et qui, au moment de l'exacerbation, s'irradient vers l'épigastre, les lombes ou l'épaule droite. Comme le gonflement inflammatoire obstrue le col, ces douleurs sont bientôt suivies de l'apparition d'une tumeur pyriforme formée par la vésicule distendue; avec ces symptômes positifs, on constate un phénomène négatif de grande importance, c'est l'absence d'ictère. Ces espèces d'attaques aiguës sont causées d'ordinaire par des exercices physiques violents, par des excès de table, et le plus souvent elles guérissent en quelques jours par le repos. Mais, dans certains cas, l'inflammation devient ulcéralive et suppurative; il y a des vomissements, une fièvre intense, un état général sérieux, et la maladie aboutit soit à une péritonite par perforation, soit à un abcès dont le contenu, liquide et calculs, peut être évacué au dehors ou dans l'intestin après adhérences préalables. — Lorsque la tumeur formée par la vésicule est accessible à la palpation dans une certaine étendue, on peut constater la présence des calculs, qui donnent à la main la sensation de corps durs et mobiles, et produisent souvent, par leur collision, un bruit comparé par J.-L. Petit à celui qu'on obtient en frappant sur un sac contenant des noix.

Sous l'influence de la progression de la bile, les calculs de la vésicule sont fréquemment poussés dans le CANAL CYSTIQUE; s'ils sont très-petits, ils le parcourent sans encombre, arrivent dans le cholédoque et dans le duodénum, sans qu'aucun incident ait signalé leur migration; mais pour peu qu'ils soient volumineux, ils ne peuvent franchir le conduit cystique, dont les dimensions sont fort étroites; ils s'y arrêtent, s'y enclavent, et donnent lieu à un ensemble de symptômes connus sous le nom de **colique hépatique**. Ce paroxysme est essentiellement constitué par des douleurs; nées de l'irritation directe de la muqueuse cystique, ces douleurs, locales d'abord, peuvent s'irradier, par la voie des anastomoses, au sympathique abdominal, aux nerfs sensibles unis au phrénique, à toute la sphère du pneumo-gastrique, et déterminer des convulsions réflexes dont l'étendue varie selon le lieu où se fait la transmutation de l'excitation sensible en excitation motrice; c'est ainsi que, lorsque l'impression centripète est assez forte pour atteindre le bulbe, on voit éclater des convulsions générales épileptiformes, tandis que, dans d'autres cas, les phénomènes moteurs sont bornés à quelques contractions de la paroi abdominale, du diaphragme, du bras ou du tronc. L'accès débute ordinairement deux ou trois heures après le repas, lorsque l'arrivée du contenu gastrique dans le duodénum

provoque l'évacuation de la vésicule biliaire; une douleur très-vive se fait sentir le long du bord inférieur du foie et à l'épigastre, et elle est bientôt accompagnée de nausées et de vomissements qui rejettent d'abord des aliments à demi digérés, puis des liquides verdâtres et bilieux. La douleur est atroce, brûlante ou térébrante, et alors même qu'elle ne produit pas les convulsions réflexes, le patient s'agite et demande aux positions les plus diverses un soulagement qu'il ne peut trouver. La paroi abdominale se contracte douloureusement, ses mouvements concourent, avec ceux de la vésicule et de son conduit, à faire progresser le calcul enclavé. Chez les individus débiles et impressionnables, l'excès de la douleur peut amener le délire, la syncope et même la mort (Portal); mais le fait est fort rare. Lorsque le paroxysme dure depuis un certain temps, on peut constater par la palpation la *tuméfaction de la vésicule*; quant à l'ICTÈRE, il n'est point constant; pour qu'il ait lieu, il faut que le calcul, après avoir quitté le canal cystique, s'arrête encore dans le cholédoque, de manière à empêcher le cours de la bile, ou bien il faut que le calcul soit primitivement enclavé dans le canal cholédoque, ce qui n'est pas très-fréquent; dans les deux cas, on observe un ictère rapide et intense qui s'accroît jusqu'au retour de la perméabilité. Mais si le calcul qui a franchi le canal cystique est assez petit pour parcourir sans obstacle le cholédoque, ou bien si, au lieu de marcher vers l'intestin, il recule et retombe dans la vésicule, il n'y a pas, il ne peut y avoir d'ictère. — Le plus souvent la colique est *apyrétique*, mais quelques observations de Frerichs, qui ne doivent jamais être oubliées, établissent la possibilité d'un *mouvement fébrile véritable*, caractérisé par l'élévation de la température jusqu'à 40 degrés et l'accélération du pouls; dans les cas cités, la fièvre a eu la même durée que l'accès.

Le plus ordinairement l'attaque cesse au bout de quelques heures, une détente souvent subite indique le terme de l'enclavement et l'arrivée du calcul dans une voie plus large; en même temps, le ventre qui était météorisé s'affaisse, et le malade ne conserve qu'une fatigue générale en rapport avec la durée et la violence de l'attaque. Dans d'autres cas, les choses se passent moins simplement; plusieurs jours s'écoulent avant que le calcul parvienne dans une voie plus large, et la colique persiste pendant le même temps, mais avec des rémissions et des exacerbations qui ont parfois une véritable périodicité. — Dans d'autres circonstances, on observe un *accès double*; une attaque ordinaire a été suivie de la détente caractéristique, puis après quelques heures un nouveau paroxysme éclate, aussi violent que le premier; dans ce cas, le calcul, arrêté d'abord dans le canal cystique, est heureusement arrivé dans le cholédoque et l'a parcouru librement dans la plus grande partie de son étendue, mais il est arrêté de nouveau à l'orifice duodénal, qui est plus étroit que le reste du canal. — Une fois les calculs parvenus dans l'intestin, tous les accidents