

ont aussi leur physionomie propre. Le diagnostic de la cause et des complications mérite également toute l'attention du clinicien.

#### V. — LITHIASE BILIAIRE

**Signes étiologiques.** — La lithiase biliaire est plus fréquente chez les femmes (de 25 à 55 ans), les vieillards, les citadins, les sédentaires, les arthritiques et les gros mangeurs. La grossesse, le port du corset, les ptoses viscérales favorisent son développement. On peut la voir succéder à certaines infections : fièvre typhoïde, grippe, pneumonie, tuberculose, paludisme. Les calculs biliaires semblent se former à la faveur d'une infection biliaire colibacillaire atténuée (Gilbert et Fournier), que facilitent toutes les causes capables de ralentir le cours et la sécrétion biliaires.

Les calculs, tantôt restent latents dans la vésicule, tantôt entrent en migration; souvent à l'occasion d'un effort, d'un traumatisme, d'une course à cheval ou en voiture, d'une émotion, d'un refroidissement ou de la menstruation, déterminant le syndrome de la *colique hépatique*. Il arrive aussi qu'ils s'arrêtent dans leur marche, déterminant alors des accidents variables avec le siège qu'ils occupent : *hydropisie* ou *empyème de la vésicule*, ectasie totale ou partielle de l'arbre biliaire, *cirrhose calculeuse*, *ictère* (inconstant, lié moins à l'obstruction qu'à une angiocholite canaliculaire), *infection biliaire* ayant pour expression une fièvre intermittente ou rémittente.

**Signes cliniques.** — La période de formation des calculs, souvent méconnue, est occupée par des signes vagues de dyspepsie chronique, plus habituellement même, elle demeure complètement silencieuse.

**Migration complète des calculs. — Coliques hépatiques.** — Le passage, dans les voies biliaires, de gravelle, de petites concrétions, peut constituer à la colique hépatique, des *podromes* : anorexie, nausées, sensibilité épigastrique, douleurs vagues, léger gonflement du foie, subictère. On note aussi, parfois, la distension de la vésicule. Plus habituellement, le début est brusque et inopiné. Trois heures environ après le repas, celui du soir plutôt, le sujet éprouve dans l'hypocondre droit, l'épigastre, l'épaule droite, d'atroces douleurs, accompagnées souvent de frissons répétés, de nausées, de vomissements et de hoquet. Les crises franches provoquent une grande agitation; le malade se roule sur le lit, prenant les plus bizarres attitudes pour échapper à la douleur. D'habitude, la température reste normale ainsi que le pouls. En général, un accès comprend plusieurs paroxysmes séparés par des rémissions. Une première phase douloureuse répondrait au cheminement du calcul dans le canal cystique (*colique cystique*); une seconde, à son passage dans la portion terminale et étroite du cholédoque (*colique cholédocique*). Ces distinctions sont souvent impossibles en clinique. L'accès dure 6 à 12 heures, souvent 1 à 2 jours; il aboutit à un soulagement complet, souvent marqué par une phase de sommeil profond et une crise polyurique. Il

arrive aussi que l'ictère se déclare le deuxième ou troisième jour de la crise.

**Signes physiques.** — Durant la crise, l'abdomen est rétracté ou météorisé, vers l'épigastre surtout; la zone vésiculaire peut être le siège d'une légère voussure; la douleur rend, du reste, le palper presque impossible. Le foie, souvent douloureux à la pression et tuméfié, ne revient que lentement, après la crise, à son volume normal, même en l'absence d'ictère. Grâce à la rétention biliaire, on sent quelquefois, sous le bord externe du grand droit de l'abdomen, ou un peu plus en dehors, la vésicule biliaire qui forme une tumeur fluctuante, parfois résistante, très sensible à la pression, obéissant aux mouvements respiratoires. L'ectasie passagère de la vésicule n'implique pas, du reste, nécessairement un obstacle véritable au cours de la bile. La colique hépatique ordinaire exclue la tuméfaction splénique, généralement imputable à une complication infectieuse. Peter a signalé, pendant la crise, l'élévation de la température locale (1° à 1°,5) dans l'hypocondre droit et l'aisselle droite.

**Douleur.** — Signe essentiel d'un bout à l'autre de la crise, la douleur est spontanée et exaspérée par le moindre contact; comparée par le malade à une sensation de pincement, de perforation, de brûlure ou de déchirement. En certains cas pourtant, elle est très atténuée, nulle même. Son foyer principal occupe l'intersection du bord externe du muscle droit et de la X<sup>e</sup> côte; au début, la douleur, souvent diffuse, s'étend à toute la moitié supérieure du ventre; quelquefois douloureux, l'hypocondre gauche ne devient que par exception, le foyer principal; celui-ci siège souvent à l'épigastre (irradiation la plus importante). *En haut*, la douleur irradie vers la pointe de l'omoplate (*point scapulaire*), la région interscapulaire, l'épaule droite, la région mammaire, le côté droit du cou; parfois vers la tête, ou le long du nerf phrénique. Bien plus rarement, elle rayonne *en bas*, vers les lombes, le sacrum; exceptionnellement, vers l'hypogastre et les testicules. On a noté des irradiations dans les membres (supérieurs surtout).

**Troubles digestifs.** — Les vomissements sont presque constants, alimentaires, puis muqueux et bilieux, on a pu y retrouver les calculs. L'intolérance gastrique, comme l'anorexie et la constipation, est, en général, absolue pendant l'accès.

**Ictère.** — L'ictère manque souvent, parfois pendant une longue série de crises. Quand il existe, il indique en général, l'enclavement du calcul dans le canal hépatique, ou, bien plus fréquemment, dans le cholédoque; quoique cette situation n'implique pas nécessairement l'ictère. Il apparaît d'habitude le 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> jour, beaucoup plus tôt parfois (au bout de 12 heures au minimum).

Les pigments se montrent d'une façon encore plus précoce dans les urines.

L'ictère est accompagné de son cortège habituel : prurit, décoloration des selles, etc. Toutefois les fèces peuvent rester colorées, constamment ou par intermittences, grâce au passage momentané de la bile. Quand le cours en est rétabli, les pigments biliaires abandonnent assez vite les urines, mais plus lentement les téguments (plusieurs jours), surtout si l'ictère a été durable.

**Fièvre.** — Quoique la fièvre soit étrangère au syndrome de la colique hépa-



tique; il arrive cependant qu'à son début, ou même avant, le malade éprouve de violents frissons et subisse pendant quelques heures (jusqu'à 24), une forte élévation thermique (40° et plus) dont la fin est marquée par des sueurs profuses; c'est la *fièvre hépatalgique de Charcot*.

Selon Fürbringer la crise s'accompagnerait d'un léger mouvement fébrile, une fois sur deux. Quant aux accès intermittents, ils traduisent une infection grave des voies biliaires.

**Accidents cardio-pulmonaires et nerveux.** — Ces accidents sont la répercussion réflexe de la vive irritation que provoque localement la migration des calculs; leur gravité peut aller jusqu'à l'asystolie. Habituellement, ils se réduisent, pendant la colique hépatique, à des palpitations ou à un certain ralentissement du pouls. Les névropathes, les femmes, les malades dont le cœur a été déjà touché, présentent souvent un bruit de *galop droit*, avec accentuation du 2° ton pulmonaire et signes de *dilatation du ventricule droit* (Potain et Rendu). L'irritation des filets terminaux du pneumogastrique peut encore se traduire par des *lipothymies* ou des *syncopes* quelquefois mortelles. On a également observé la *congestion réflexe de la base du poumon droit* et l'*œdème pré tibial* (G. de Mussy). On peut assister aussi à des *crises dyspnéiques* intenses avec cyanose et refroidissement des extrémités, à des *quintes de toux sèche*, sans signes d'auscultation (*toux hépatique*), à des accès d'*angine de poitrine*. La colique hépatique est encore capable d'éveiller des *contractions spasmodiques* dans les muscles abdominaux (parfois à droite), dans ceux des jambes, et surtout des mains et des doigts (*tétanie*). Chez les prédisposés on observe parfois des crises hystériques ou épileptiformes, la perte de connaissance. On cite des exemples exceptionnels de *paraplégie*, d'*hémiplegie droite*, d'*embarras de la parole*, dont le mécanisme demeure obscur. L'agitation, les hallucinations, le délire sont moins rares, au cours de la grande colique hépatique.

**Hémorragies.** — Quoiqu'elles soient très rares dans la colique hépatique, on a cependant observé : l'épistaxis, l'hémoptysie (par congestion pulmonaire), des métrorragies, des hémorragies internes graves (rupture d'un vaisseau, déchirure de la capsule de Glisson), l'hémorragie cérébrale.

**Urines.** — Des *urines nerveuses*, pâles et abondantes, peuvent être rendues au cours ou à la fin de la colique hépatique. Les *pigments biliaires* apparaissent très rapidement dans l'urine avec la rétention biliaire, et disparaissent de même. La présence de l'*urobiline* et de l'*albumine* est également assez souvent constatée (albuminurie passagère, semblant due à un trouble réflexe de la circulation rénale). On a noté aussi la *glycosurie* pendant la crise ou aussitôt après (par congestion hépatique et exaltation de la glycogénèse).

**Recherche des calculs dans les selles.** — Utile après une colique hépatique, cette recherche s'opère par dilution dans l'eau et tamisage des matières. Les calculs sont expulsés 24 ou 48 heures, parfois 5, 6, 8 jours après la fin de la crise. Il arrive aussi que les selles n'en contiennent pas, soit qu'ils soient retombés dans la vésicule, soit qu'ils aient été immobilisés en un point de leur parcours, ou détruits dans l'intestin (calculs jeunes et mous). La violence des coliques n'a souvent, du reste, aucun rapport avec le

volume et la forme des calculs. Après des crises répétées, de gros calculs peuvent, sans douleurs vives, franchir les voies biliaires dilatées.

**Formes de la colique hépatique.** — La migration des calculs n'éveille pas constamment le syndrome de la colique hépatique qui, chez les sujets âgés, revêt souvent des *formes frustes*. La crise peut se réduire à un état de *malaise avec gastralgie vague, nausées, vomissements, frissons*, dont la nature se trahit par du subictère ou de l'ictère. Le foie est alors, souvent, gonflé et sensible, la vésicule distendue. Ailleurs, on ne constate que du *frisson* et de la *fièvre*, survenant par intervalles, pendant des mois ou des années. Le *siège même de la douleur* peut être *anormal*. La *forme gastralgique* est fréquente; ailleurs, la douleur domine dans l'*hypocondre gauche*, les *lombes*; elle peut s'étendre à tout le ventre, ou simuler une *névralgie intercostale, mammaire*.

La *durée* de la crise est tantôt réduite (quelques heures), tantôt *prolongée* (des semaines et des mois, avec des paroxysmes).

**Diagnostic.** — Très aisé dans les cas simples, le diagnostic est difficile dans les formes frustes et anormales. La confusion est à éviter avec :

La *colique néphrétique* (siège, irradiations différentes; apyrexie, troubles urinaires);

La *colique de plomb* (plus commune chez l'homme; accompagnée de rétraction du ventre, apaisée par la pression large);

Les *coliques intestinales* (douleurs diffuses, souvent avec borborygmes et diarrhée);

La *gastralgie* associée à l'ulcère de l'estomac ou du duodénum (éveillée par l'ingestion des aliments; hématomèses, méléna), à l'hyperchlorhydrie, s'individualise par ses caractères propres (soulagée par les doses massives d'alcalins); bien plus souvent c'est la colique hépatique qui simule la gastralgie.

La *gastro-entérite par intoxication* passe aisément pour une colique hépatique.

Les *crises gastriques du tabes* coïncident avec d'autres signes tabétiques.

La confusion avec : la *colique appendiculaire*, la *perforation intestinale*, l'*étranglement interne*, la *péritonite*, ne sera évitée que grâce à une analyse clinique méthodique.

Pendant la *grossesse*, la colique hépatique ne sera pas prise pour un *début de travail*, et après la délivrance, pour une *péritonite*.

Une colique très atténuée avec ictère, peut passer pour un ictère catarrhal; mais ce dernier est précédé d'une phase préictérique.

On sait que, par exception, la migration d'ascarides, d'hydatides dans les voies biliaires, a pu provoquer le syndrome de la colique hépatique.

**Migration nulle ou incomplète.** — L'*arrêt des calculs* détermine des signes variables, suivant le point où il se produit.

**Lithiase intra-hépatique.** — Elle se révèle par des douleurs sourdes dans la région hépatique, irradiées vers l'épaule droite ou les lombes, procédant souvent par accès accompagnés parfois d'anorexie et de vomissements. Le diagnostic reste généralement incertain.



**Lithiase vésiculaire. — Colique vésiculaire.** — Les calculs de la vésicule restent latents, n'occasionnant que de la tension et de la pesanteur, grâce à leur nombre et à leur volume. Ils peuvent pourtant éveiller des crises très douloureuses, *coliques vésiculaires*, distinguées par l'absence constante d'ictère et de concrétions dans les selles. Souvent plus longues (plusieurs semaines) que les coliques franches, elles éveillent des réactions nerveuses plus marquées (délire, somnambulisme, chez les prédisposés). Chez les sujets maigres, on perçoit quelquefois, au palper, les calculs et leurs chocs entre eux (sensation dite de *sac de noisettes*). On constate aussi en certains cas les signes d'une cholécystite concomitante.

**Arrêt des calculs dans le canal cystique.** — Quand le canal cystique est complètement oblitéré, la bile contenue dans la vésicule n'étant plus renouvelée, se résorbe, si elle est aseptique, et la cavité tend à s'atrophier, à moins que, par hypersécrétion de sa muqueuse, le mucus ne la dilate (hydropisie de la vésicule). Il arrive aussi qu'un calcul, formant soupape au niveau du col de la vésicule, permette l'accès et non l'issue de la bile; en ce cas, la poche peut se distendre assez pour admettre plusieurs litres. Dans les cas moyens, le palper reconnaît, sous le bord inférieur du foie, une tumeur arrondie, élastique, ou même fluctuante, obéissant aux mouvements respiratoires, et dont la pression éveille une douleur profonde. La tumeur est, du reste, sujette à des alternatives de distension et de demi-vacuité; son volume tend aussi à diminuer avec le temps, car la vésicule finit par subir l'atrophie scléreuse. La *péri-cholécystite* concomitante est fréquente, accusée par de l'empatement douloureux.

**Arrêt des calculs dans les canaux hépatique et cholédoque.** — Rare, l'arrêt dans le canal hépatique donne lieu aux mêmes signes que l'arrêt dans le cholédoque. Ce dernier stade, le plus important, se traduit par une série de coliques hépatiques avec ictère intense et rebelle. Il arrive aussi que les douleurs soient nulles ou insignifiantes, et que tout se borne à un ictère chronique. En d'autres cas, les crises douloureuses, avec frissons, fièvre, ictère de plus en plus foncé, se répètent des mois et des années. L'ictère peut pourtant manquer, quand la bile trouve un passage entre le calcul et la paroi du conduit. Il est, quand il existe, accompagné de son cortège habituel, et se distingue surtout par sa grande *variabilité*, ses *rémissions* durant lesquelles les matières reprennent plus ou moins couleur.

Au début de l'occlusion chronique du cholédoque, le volume du foie est augmenté; il tend, plus tard, à se réduire (*cirrhose calculeuse*).

La *vésicule biliaire* est d'habitude atrophiée, suivant la *loi de Courvoisier-Terrier*: les calculs qu'elle renferme sont parfois accessibles au palper. Chez les sujets maigres à paroi abdominale souple, la pression profonde, un peu à droite de la colonne vertébrale, déterminerait une vive douleur, et ferait même quelquefois percevoir une induration (Vautrin).

La *rate* est souvent grosse (par infection biliaire).

L'état général peut demeurer longtemps intact; la guérison peut résulter du passage des calculs dans l'intestin, grâce à l'ouverture d'une *fistule cholédocoduodénale*. Trop souvent, les digestions sont troublées, la *dénutrition* sur-

vient, puis éclatent des accidents d'*insuffisance hépatique*: hémorragies diverses (épistaxis, purpura, hématomèse, melaena, hématuries) et hypothermie. D'autres fois, l'angiocholite suppurée se traduit par des *accès fébriles*, ou la mort résulte d'une autre infection.

**Diagnostic de l'oblitération calculeuse.** — Ce diagnostic est, suivant les cas, très facile, très difficile, ou impossible. L'*ictère chronique*, signe principal de l'obstruction calculeuse du cholédoque, caractérise les rétentions biliaires de toutes causes et de toutes natures, notamment celle du *cancer de la tête du pancréas*; en ce dernier cas, le palper profond découvre quelquefois une tumeur médiane; très dilatée, la vésicule en est séparée par une zone sonore; la cachexie est rapide. En outre, Courvoisier et Terrier ont montré que la *vésicule, atrophiée* par les obstructions calculeuses du cholédoque, était *dilatée* par tout autre cause; mais cette loi comporte quelques exceptions; ainsi, la *lithiase de l'ampoule de Water* entraîne souvent la dilatation des voies biliaires.

D'autre part, l'*ictère calculeux* est *sujet à de fréquentes variations* que subit aussi la coloration des fèces; l'ictère par cancer du pancréas est intense et fixe, avec décoloration absolue et permanente des matières fécales. Cette règle ne souffre que fort peu d'exceptions.

L'ictère chronique reconnaît bien d'autres causes: cancer des voies biliaires, du foie, de l'ampoule de Water, du duodénum, des ganglions du hile; kyste hydatique de la face inférieure du foie; tumeur du rein droit; lithiase vésiculaire ou cystique; empyème de la vésicule; péri-hépatite et abcès péri-cholédoque; sténose cicatricielle du cholédoque; toutes causes que la laparotomie exploratrice est souvent seule capable d'élucider.

Pour être en droit d'affirmer l'obstruction calculeuse du cholédoque, comme cause d'un ictère chronique, la réunion des conditions suivantes est indispensable:

- 1° Coloration souvent normale des fèces, ou décoloration seulement passagère;
- 2° Variations évidentes d'intensité de l'ictère;
- 3° Foie normal ou peu hypertrophié;
- 4° Vésicule non dilatée;
- 5° Rate grosse;
- 6° Absence d'ascite;
- 7° Fièvre;
- 8° Ictère durant depuis plus d'un an.

Certaines formes de lithiase simulent la *maladie de Hanot*, sauf le volume du foie et de la rate qui est peu modifié.

La *distension vésiculaire* par oblitération du canal cystique ou cholédoque prête à quelques confusions. On peut croire à une ascite, à un kyste hydatique de la face inférieure du foie; on peut prendre pour une ectasie vésiculaire: une tumeur du rein, une hydronéphrose, un rein flottant, affections capables de provoquer la rétention biliaire et l'ictère.



**Complications de la lithiase. — Angio cholécystites calculeuses.** — L'infection biliaire complique surtout les lithiases à migration irrégulière. Ses formes légères passent cliniquement inaperçues, concourant à la sclérose des voies biliaires. Les formes graves se formulent nettement par le syndrome de la fièvre intermittente hépatique ou bilio-septique.

En cas de cholécystite suppurée, on constate : à la vue, sous l'hypocondre droit, une voussure qui suit les mouvements respiratoires; et, au palper, une tuméfaction régulière, tendue, ovoïde, grosse comme le poing, ou davantage si la vésicule infectée était déjà distendue. La formation de foyers péri-cholécystiques se traduit par des douleurs vives, une matité étendue, un empatement diffus et fixe. A défaut d'intervention, les parois de la vésicule peuvent céder; il en résulte soit une péritonite suraiguë; soit, s'il existait des adhérences, diverses variétés de fistules biliaires.

Certaines cholécystites suppurées sans dilatation de la vésicule peuvent rester latentes.

Les conséquences possibles de l'angiocholite suppurée lithiasique sont variables, souvent graves : abcès aréolaires du foie, suppurations péri-hépatiques circonscrites, pyléphlébite, abcès sous-diaphragmatique; pleurésie droite, sèche, séreuse ou purulente; lésions à distance telles que : abcès du poumon, endocardite infectieuse, etc.

**Cirrhose calculeuse.** — L'obstruction calculeuse prolongée du canal hépatique ou du cholédoque donne naissance à une cirrhose spéciale, dont, à part l'ictère, la sémiologie est très réduite. D'abord notablement hypertrophié, le foie est régulier et ferme. L'hypertrophie, tantôt augmente, tantôt fait place à l'atrophie, qui reste toujours modérée; il n'y a pas d'ascite; à une phase avancée, peuvent éclater des accidents d'insuffisance hépatique. La cirrhose dérive directement de l'angiocholite.

**Migration hors des voies naturelles. — Ruptures, perforations et fistules biliaires.** — Quoique exceptionnelle, la rupture brusque des voies biliaires, au cours d'une violente colique hépatique, est possible.

De même, un traumatisme, un effort (toux, vomissement) peut rompre la vésicule dilatée. Aseptique, la bile n'entraîne aucune réaction; son abondance seule (parfois plusieurs litres) détermine un épanchement péritonéal appréciable. Si la bile est septique, ce qui est la règle, sa présence provoque une péritonite, quelquefois foudroyante (mort en moins de 24 heures). La perforation est presque toujours préparée par un travail d'ulcération ou de suppuration de la paroi vésiculaire.

Le plus souvent, grâce à des adhérences péritonéales solides, la perforation aboutit à une fistule qui s'ouvre, soit à l'extérieur, soit dans un organe voisin. Les voies biliaires se perforent de dedans en dehors, ou, souvent aussi, de dehors en dedans, par l'intermédiaire d'abcès enkystés péri-vésiculaires. Ces foyers péri-biliaires sont souvent latents, à moins qu'ils n'avoisinent la paroi abdominale; auquel cas, ils se révèlent communément par une voussure ou un empatement profond, puis par la formation d'un phlegmon qui finit par s'ouvrir au dehors.

Les fistules biliaires sont dites externes ou internes, suivant qu'elles s'ouvrent sur le tégument abdominal ou dans une cavité viscérale : duodénum, côlon, estomac, thorax, voies biliaires, voies urinaires, péritoine, etc.

**Fistules cutanées.** — Succédant d'habitude à un empyème de la vésicule, ces fistules ont pour siège d'élection l'ombilic ou la région ombilicale; bien plus rarement, l'hypocondre droit, exceptionnellement l'hypocondre gauche. Le trajet, souvent étroit et irrégulier, se prête mal à l'écoulement du liquide, tantôt bilieux (même si le cholédoque est libre et les matières colorées), tantôt muco-purulent (par oblitération du canal cystique).

L'écoulement libre de la bile n'est pas incompatible avec l'ictère, imputable soit à la présence des calculs, soit à l'état du foie. La fistule peut se fermer d'elle-même, après issue spontanée des calculs; mais quand celle-ci est lente, la suppuration prolongée affaiblit le malade. Du reste la digestion intestinale semble peu troublée par l'absence de bile. Les principales complications possibles sont : la lymphangite ou l'érysipèle de la plaie; la péritonite généralisée, l'infection biliaire aiguë, la tuberculose pulmonaire.

**Fistules bilio-gastriques et bilio-intestinales.** — Relativement très fréquentes, ces fistules se forment surtout aux dépens du fond de la vésicule et du cholédoque. Très rares, les fistules gastriques s'ouvrent d'habitude au niveau de la région pylorique. Bien plus communes sont les fistules ouvertes dans le duodénum et dans le côlon. Leur ouverture n'a pas toujours d'expression clinique nette; une débâcle subite de bile, de pus et de sang peut la révéler, si elle coïncide avec l'affaïssissement d'une tumeur biliaire, la disparition d'un ictère persistant et la présence de gros calculs dans les fèces. De très vives douleurs, des signes de péritonisme, des melæna, des hématomésés, signalent parfois l'établissement de la fistule. Il peut arriver que les calculs soient rejetés par vomissement; ailleurs ils déterminent l'obstruction de l'orifice pylorique, avec tous ses signes. Les fistules qui mettent la partie inférieure du cholédoque en communication avec le duodénum sont les plus favorables. Les calculs évacués, il peut arriver que les fistules s'oblitérent spontanément; mais, de leur cicatrisation, peuvent résulter des sténoses ou des oblitérations totales des conduits, dont on conçoit la gravité. Une infection générale ayant pour sources les abcès voisins des fistules est encore possible.

**Fistules bilio-thoraciques.** — Les fistules qui s'ouvrent dans le thorax succèdent presque toujours à un abcès de la convexité du foie. L'ouverture dans le médiastin, le péricarde, la plèvre gauche, est exceptionnelle. Les fistules sont d'habitude hépato-pleurales ou hépato-bronchiques droites (ces dernières directement, ou par l'intermédiaire d'un empyème ou d'un pyopneumothorax). Les fistules hépato-bronchiques se révèlent clairement par une expectoration bilieuse et purulente souvent profuse (vomique pyobiliaire). Elles aboutissent presque toujours à la mort.

**Fistules exceptionnelles.** — Cette épithète convient aux fistules bilio-génito-urinaires (fistules vaginales); aux fistules bilio-portales, bilio-biliaires et rétro-péritonéales dont le diagnostic clinique est généralement impossible.



## VI. — CONGESTION DU FOIE

La congestion du foie est *active* ou *passive*.

**Congestion active.** — Elle est imputable à des causes multiples : *vaso-dilatation réflexe* (suppression d'un flux hémorroïdaire ou du flux menstruel, ménopause, froid) ; *infections* (variolo, scarlatine, pyémie, syphilis secondaire, rhumatisme articulaire aigu, paludisme, dysenterie) ; *intoxications* (alcool, aliments avariés, moules, conserves, abus des drastiques, écarts de régime) ; *auto-intoxications* (goutte, diabète).

La congestion active offre, suivant les cas, des manifestations variables consistant : soit en simple tuméfaction du foie, à peine douloureuse, qu'il faut rechercher ; soit en signes d'embarras gastrique subaigu ; soit, dans les pays chauds, en accidents rappelant l'hépatite aiguë suppurée.

La *forme subaiguë*, la plus commune dans nos climats, dure une huitaine. Pendant un à deux jours existe un *état gastrique* avec tension douloureuse dans l'hypocondre droit ; le *foie*, dépassant le bord costal de 2 ou 3 travers de doigt, un peu sensible à la pression, est souvent le siège d'une *douleur* spontanée assez vive, s'irradiant vers l'épaule droite ; la *rate* est un peu grosse. Au bout de 2 à 3 jours apparaît du *subictère* ou un *ictère pléiochromique*, avec selles surcolorées, assez souvent diarrhéiques. L'*urine* contient, dès le début, de l'urobiline, puis des pigments normaux, des acides biliaires et un excès d'urée ; la glycosurie alimentaire est la règle. On constate en même temps du tympanisme abdominal, des épistaxis, des troubles gastro-intestinaux. Chez les alcooliques et les dyspeptiques, les accidents durent plus longtemps et peuvent devenir chroniques.

La *forme aiguë* des pays chauds, frappant beaucoup d'Européens, donne lieu à un état gastrique plus marqué, à des douleurs spontanées et provoquées plus intenses.

**Congestion passive ou par stase. — Foie cardiaque.** — La stase hépatique est une conséquence directe de l'*insuffisance tricuspидienne*, soit primitive et organique (rare), soit, plus souvent, fonctionnelle, secondaire à une lésion mitrale, à la symphyse cardiaque rhumatismale (enfants), à la myocardite, aux affections pleuro-pulmonaires, à une tumeur du médiastin ou à un anévrisme aortique. Cette localisation sur le foie est favorisée par une tare hépatique antérieure (goutte, obésité, grossesse, lithiase biliaire, infection grave, alcoolisme surtout) ou l'abouchement trop large des veines sus-hépatiques à la veine cave (Hanot).

L'asystolie vulgaire retentit sur le foie comme sur les poumons et les reins ; on s'explique alors aisément sa congestion. Ailleurs, malgré une intégrité apparente du cœur, le foie surtout est congestionné, à l'exclusion des poumons et des reins ; à ces accidents s'applique spécialement le terme d'*asystolie hépatique* (Hanot) : ils répondent à trois types anatomiques : *foie muscade mou*, *cirrhose cardiaque hypertrophique*, *cirrhose cardiaque*

*atrophique*, dont les rapports réciproques sont encore discutés. Quoi qu'il en soit, la mort est imputable, dans ces cas, à l'asystolie vulgaire, à la cachexie cardio-hépatique, à une complication intercurrente, ou à l'ictère grave.

**a. Congestion simple.** — Elle détermine, dans la région hépatique, une pesanteur gênante, plus marquée dans la station debout ; le foie donne, à la percussion, sur la ligne mamelonnaire, une matité verticale de 20 à 22 centimètres. Émoussé et sensible à la pression, son bord inférieur est parfois animé de *battements* dus au reflux systolique du sang dans les veines sus-hépatiques ; impliquant l'absence de sclérose, ces battements, synchrones au pouls veineux de la sous-clavière, avancent un peu sur le pouls radial. En même temps, existent une dyspnée légère, du météorisme abdominal et une légère ascite. Rares et denses, les *urines*, pauvres en urée, sont riches en acide urique, en chlorures et en phosphates. Elles contiennent toujours de l'urobiline (assez quelquefois pour présenter très intense, la réaction de l'ictère hémaphérique), ou des pigments biliaires normaux (ictère vrai ou subictère) ; l'épreuve de la glycosurie alimentaire est positive.

Le foie cardiaque simple est facilement reconnu ; dans le doute, on traitera l'asystolie et l'on constatera la rétraction de l'organe sous l'influence de la digitale. Les rechutes sont fréquentes, donnant lieu à des alternatives de tuméfaction et de réduction (foie dit *en accordéon*) ; dans les cas dits d'*asystolie hépatique*, le diagnostic précis exige un examen complet et méthodique.

**b. Cirrhose cardiaque hypertrophique.** — Après plusieurs crises congestives, la tuméfaction du foie tend à devenir définitive ; celui-ci, assez douloureux, descend parfois jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure ; par moments, la douleur, plus vive, irradie vers l'épaule ou sur le trajet du phrénique, principalement lors de petites poussées fébriles traduisant des crises de péri-hépatite que peuvent aussi révéler des frottements péritonéaux (région hépatique) ou pleuraux (base droite). À la palpation, le bord inférieur du foie, dur, un peu bosselé, ne présente plus aucun battement. Le tympanisme s'accuse, ainsi que l'*ascite*, qui peut devenir considérable. Certains de ces cas revêtant la forme de l'asystolie hépatique sont difficiles à distinguer de la cirrhose hypertrophique alcoolique ou du cancer du foie. Le diagnostic repose : sur les longues rémissions que comportent les accidents ; sur l'état du cœur que doit préciser une auscultation attentive ; enfin, sur la constatation habituelle de râles sous-crépitaux fins aux deux bases pulmonaires ou d'œdème péri-malléolaire vespéral, signes indiquant l'origine cardiaque du processus.

**c. Cirrhose cardiaque atrophique.** — Bien plus rare, cette forme qui peut impliquer une atrophie très marquée (850 grammes dans un cas) est très difficile à distinguer de la *cirrhose atrophique alcoolique*.

## VII. — CIRRHOSES DU FOIE EN GÉNÉRAL

**Classification. — Étiologie générale.** — On appelle *cirrhoses* des affections du foie ayant pour caractère commun l'hyperplasie de la trame