

La lithiase hépatique se traduit par des troubles gastriques, des vomissements, des crises douloureuses, mais la cause exacte de ces troubles ne peut être reconnue.

La lithiase cysto-vésiculaire donne lieu également à des crises de coliques dont on peut soupçonner les causes, quand l'ictère fait défaut, ainsi que les concrétions dans les selles, quand la crise douloureuse se poursuit pendant plusieurs semaines, interrompue seulement par de courtes intermittences. Si le canal cystique est libre, la vésicule n'est pas augmentée de volume, mais on peut, chez les sujets maigres, constater la présence des calculs (sac de noisettes, J.-L. Petit). Si le canal cystique est oblitéré, il y a souvent hydrophisie de la vésicule biliaire.

La colique fausse, sans expulsion de calculs, est de beaucoup la plus fréquente (90 pour 100 des cas, d'après Riedel), tandis que la colique *expulsive*, admise encore comme la règle par la majorité des praticiens, est en réalité l'exception. D'ailleurs, l'expulsion spontanée dans l'intestin n'est possible que pour de petits calculs, elle ne l'est pas pour les calculs volumineux qui restent emprisonnés dans le cholédoque. A cette seconde phase de la lithiase, ou phase cholécocienne, tout est à craindre; aussi peut-on dire que dans la lithiase presque toujours le danger commence avec la migration des calculs (Lejars).

Concluons donc qu'il y a tout intérêt à pratiquer une intervention précoce, lors de la phase vésiculaire, d'autant que les récidives, après une opération évacuatrice, sont exceptionnelles. Il ne faut pas perdre de vue d'ailleurs que le cancer est à redouter dans les formes chroniques, anciennes, de la lithiase vésiculaire, autre argument qui milite en faveur de l'intervention hâtive.

La rétention cholécocienne est celle qui donne lieu aux accidents les plus caractéristiques :

Quand un calcul chemine dans le cholédoque, il détermine des douleurs et un ictère passager : c'est le syndrome de la colique hépatique; mais, quand le calcul est enclavé dans le cholédoque, l'obstruction persiste, l'ictère devient intense et chronique.

Pendant plusieurs mois l'état général peut rester satisfaisant, le malade peut s'alimenter, il n'a pas de fièvre; mais, au bout d'un temps très variable, apparaissent des symptômes graves : le malade est pris d'anorexie, il ne s'alimente plus; le ventre est ballonné, la digestion intestinale subit de profondes altérations; d'autre part, des hémorragies diverses, des troubles nerveux peuvent se produire; la température s'abaisse, en un mot, l'insuffisance hépatique se manifeste par ses symptômes habituels et, si l'on n'intervient d'urgence, le malade succombe à l'ictère grave.

Le diagnostic de la cause de ces accidents est en général facile, les antécédents de lithiase ne laissent aucun doute sur leur nature; mais il n'en est pas toujours ainsi et il est des cas où le clinicien le plus expérimenté peut hésiter ou commettre une erreur de diagnostic d'autant plus préjudiciable au malade qu'elle peut éloigner de l'idée d'une intervention.

La lithiase intra-hépatique est certainement fort difficile à reconnaître, et c'est avec les cirrhoses hypertrophiques avec ictère qu'on est exposé habituellement à la confondre; toutefois dans la lithiase intra-hépatique le foie est beaucoup moins gros que dans la cirrhose et l'hypertrophie splénique fait défaut.

La tumeur vésiculaire, dans le cas d'oblitération cystique ou cholécocienne, n'est pas toujours reconnue; on peut la confondre avec un kyste hydatique de la face inférieure du foie, avec des tumeurs du rein, avec l'hydronéphrose et même avec une grossesse extra-utérine (Tuffier).

Quant à l'obstruction du cholédoque, elle peut également donner lieu à l'erreur; c'est avec le cancer de la tête du pancréas, ou de l'ampoule de Vater, celui du duodénum, des ganglions sous-hépatiques, les kystes hydatiques de la face inférieure du foie, que les confusions sont possibles. On se rappellera que, dans l'obstruction calculeuse,

l'ictère subit des variations fréquentes dans son intensité, la bile pouvant filtrer entre le calcul et les parois du cholédoque; que les selles, pour la même raison, sont le plus souvent colorées; que le foie présente une augmentation de volume peu considérable et que la vésicule biliaire est habituellement atrophiée (Courvoisier, Terrier), mais cette atrophie n'est toutefois pas constante; elle peut exister, notamment quand le calcul est arrêté au niveau de l'ampoule de Vater (Bernard, Griffon). Enfin la longue durée de la fièvre et de l'ictère (au delà de six mois) plaide en faveur de l'obstruction calculeuse que la palpation du cholédoque permet parfois de vérifier. Dans le cas de cancer de la tête du pancréas, les signes d'obstruction ne sont pas précédés par des douleurs, mais par des troubles généraux : dyspepsie, amaigrissement, perte des forces. Une fois constitué, l'ictère demeure fixe et tend à augmenter d'intensité; le volume du foie devient considérable et la vésicule biliaire est très grosse. Enfin, tandis que l'ictère calculeux est habituellement bien calme pendant longtemps, les malades ne commençant à maigrir et à perdre leurs forces qu'au bout de trois mois en moyenne, dans l'ictère néoplasique, l'amaigrissement, la diminution du poids sont très rapides. L'apparition d'ascite, d'œdèmes lève les doutes qui pourraient subsister dans certains cas.

Nous venons d'envisager les cas où ce sont les phénomènes d'obstruction qui dominent; il en est d'autres où ce sont les complications d'ordre infectieux : angiocholécystites et péricholécystites suppurées, cirrhose, abcès du foie, pyéléphlébite, etc.

La fièvre est le symptôme le plus saillant de l'infection des voies biliaires (fièvre intermittente hépatique de Monneret, Charcot), mais les douleurs violentes, la constatation d'une tumeur biliaire avec empatement périphérique, sont également des signes de grande valeur.

Quant à la cirrhose calculeuse, elle se traduit par une hypertrophie modérée du foie, qui reste lisse, et par la fièvre.

Le traitement médical est le plus souvent impuissant contre ces différentes complications d'ordre mécanique et d'ordre infectieux, bien que l'on puisse voir des guérisons complètes survenir chez des malades très infectés (Chauffard). Tant que le malade conserve un état général relativement satisfaisant, que les accès de fièvre sont espacés, que l'amaigrissement est modéré, il est indiqué de temporiser, car la désobstruction spontanée peut se faire même au bout de deux ou trois mois. Pendant cette période d'attente, on se bornera à mettre le malade au repos, à la diète hydrique d'abord, puis au régime lacté. On appliquera sur la région hépatique une vessie de glace ou des compresses humides chaudes, recouvertes de taffetas gommé et l'on prescrira des bains tièdes à 35°-35°; l'emploi modéré du salicylate de soude et du calomel, des purgatifs salins, celui des lavages intestinaux, complètent le traitement.

L'important est de ne pas attendre trop tard pour opérer, car le pronostic opératoire est lié en grande partie à l'état de la cellule hépatique; faire opérer un malade qui présente les signes d'une insuffisance hépatique grave est une faute que l'on devra se garder de commettre. D'autre part, il est des malades auxquels il faut éviter l'intervention; ce sont les malades, femmes le plus souvent, âgés de 50 à 60 ans, lithiasiques d'ancienne date, obèses, à myocarde mou, souvent atteints d'albumine ou de diabète léger. En raison du défaut de résistance de l'organisme, l'intervention est dangereuse chez cette catégorie de malades et n'est licite qu'en cas d'abcès (Chauffard).

Pour opérer, il faut, cela est évident, avoir serré le diagnostic d'aussi près que possible; mais il s'en faut qu'on puisse toujours savoir exactement en présence de quelle lésion on se trouvera, une fois la laparotomie pratiquée. Le médecin doit donc surtout tenir compte, pour proposer une intervention, des symptômes qui vont être énumérés; au chirurgien de prendre une décision, après la laparotomie exploratrice, relativement à la nature de l'intervention à pratiquer.

L'existence de douleurs intensives et prolongées est une première indication