

quelquefois complètement les parois. En outre, on peut constater des exsudations diphthériques sur la muqueuse de la vésicule et un liquide purulent dans sa cavité.

D'autres fois les parois de la vésicule s'hypertrophient, les fibres musculaires se développent, comme celles de la vessie dans les maladies de cet organe (1), la face interne se recouvre d'un réseau de saillies, qui forment des poches, où des calculs peuvent s'enchatonner (2). En même temps la vésicule contracte souvent des adhérences avec les organes voisins, le pylore, le duodenum, le colon, les parois abdominales, etc.

Lorsque la vésicule ne renferme qu'un gros calcul qui la remplit, la muqueuse est le plus ordinairement lisse, semblable à une sé-

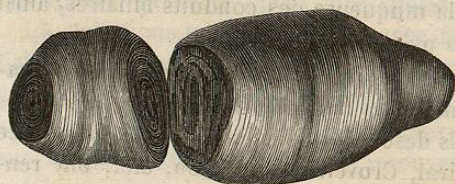


Fig. 158.

reuse et étroitement appliquée sur le calcul ; les fibres musculaires sont atrophiées ; la séreuse est opaline et épaissie (3). On rencontre quelquefois deux ou plusieurs calculs volumineux, qui se réunissent par une sorte d'articulation, ou bien des masses considérables de concrétions polyédriques (4). Il est rare de trouver plusieurs calculs enkystés dans des poches isolées. Dans ces conditions, le col de la vésicule est ordinairement oblitéré ; cette poche ne contient, outre les calculs, qu'une quantité peu considérable de matière grasseuse grisâtre, ou d'un liquide visqueux semblable à la synovie. La vésicule se trouve ainsi effacée complètement ; les calculs deviennent inoffensifs et peuvent séjourner longtemps dans l'économie sans occasionner de troubles.

Les calculs peuvent sortir de la vésicule, ou par le canal cystique

dine. On trouvera plus loin (*Observation CXLV*) un exemple de cicatrices de la membrane muqueuse, dues à la présence de calculs.

(1) Amussat (Louis), *Mém. ou Recherches anatomico-pathologiques*. Paris, 1826, Andral.

(2) Dans quelques cas, les calculs paraissent se développer dans les glandes de la muqueuse de la vésicule, que Luschka a décrites avec précision dans ces derniers temps. Elles sont situées dans la paroi de l'organe et ne sont reconnaissables à sa face interne, que par un point de couleur foncée, qui paraît correspondre à l'orifice glandulaire. Morgagni en fait déjà mention dans la 37<sup>e</sup> lettre de son grand ouvrage.

(3) Voyez plus haut l'athérome de la vésicule biliaire.

(4) Morgagni rapporte une observation, où il existait une de ces masses pesant 2 onces 1/2 et formée de 60 calculs pentaédriques.

qui les conduit dans le canal cholédoque, ou par une fistule communiquant avec l'estomac, avec l'intestin, et même directement avec l'extérieur, à travers les parois abdominales. Le plus souvent ils s'engagent dans le canal cystique et occasionnent, en traversant ce conduit étroit et sinueux, des douleurs semblables à des coliques, sur lesquelles nous reviendrons plus loin. Dans ce déplacement, ils sont entraînés avec la bile par la contraction des fibres musculaires de la vésicule et des muscles abdominaux. Les petites concrétions passent aisément ; mais les plus volumineuses ont d'abord à effacer les valvules du canal cystique, et à lui faire subir une dilatation graduelle avant de pouvoir s'échapper. Il n'est pas rare que des calculs volumineux s'engagent par une de leurs extrémités, et restent enclavés de manière à ne pouvoir ni avancer ni rétrograder. De petites concrétions se fixent quelquefois entre les plis des valvules, s'accroissent aux dépens de la bile, qui les baigne en traversant le canal, et peuvent atteindre là un volume notable.

L'enclavement des calculs dans le canal cystique occasionne, lorsqu'il ne cesse pas rapidement, une inflammation aboutissant le plus ordinairement à l'oblitération, mais devenant quelquefois assez violente pour envahir le péritoine ou amener des pertes de substances gangréneuses, suivies d'épanchement de la bile dans la cavité abdominale. Bretonneau a observé cette dernière terminaison.

L'oblitération du col de la vésicule entraîne à sa suite le genre de lésion, que nous avons décrite sous le nom d'*hydropisie de la vésicule biliaire* (p. 796).

4<sup>e</sup> *Calculs du canal cholédoque*. — C'est par cette voie que s'échappent tous les calculs qui abandonnent le foie, qu'ils aient pris naissance dans les racines du canal hépatique ou dans la vésicule ; il n'y a d'exception que pour ceux qui se frayent un passage à l'extérieur en perforant les organes. Habituellement, les calculs engagés dans le canal cholédoque l'oblitérent complètement, et suspendent le cours de la bile tant que dure leur séjour. Le liquide biliaire ne trouve de passage que quand les concrétions sont petites, ou lorsque les calculs, plus volumineux, ont une forme anguleuse. Ces corps étrangers peuvent aussi se fixer en ce point, comme dans le canal cystique ; ordinairement cet arrêt a lieu dans la partie inférieure étroite du conduit, et alors, non-seulement le cours de la bile, mais encore le cours du liquide pancréatique se trouvent interrompus. L'oblitération du canal cholédoque entraîne les conséquences sur lesquelles nous nous sommes déjà arrêté, c'est-à-dire la dilatation

des canaux biliaires jusqu'à leur origine, la distension de la vésicule, etc., altérations qui augmentent avec la durée de l'obstruction (*Observ.*, CXXI).

En outre, il n'est pas rare de voir les calculs amener l'inflammation du canal, son ulcération et une perforation qui conduit dans la cavité péritonéale ou dans le duodenum (*Observation* CXLVI). Cette ulcération peut se cicatrifier dans des cas heureux; mais c'est encore en laissant le plus ordinairement à sa suite un rétrécissement ou une oblitération du canal cholédoque.

#### VIII. — Symptômes.

1° Les troubles par lesquels se manifeste la présence des calculs dans le foie et dans les racines du canal hépatique, sont ordinairement mal déterminés. Ils consistent en douleurs sourdes, le plus souvent limitées au foie, s'irradiant assez rarement vers les régions scapulaire et lombaire, ou vers l'abdomen, disparaissant par intervalles pour se reproduire ensuite. Le volume du foie n'éprouve pas des modifications sensibles, l'ictère fait ordinairement défaut et ne se montre que quand de gros conduits sont oblitérés. Il survient habituellement des troubles gastriques, et de légers écarts de régime occasionnent des vomissements ou des douleurs dans l'hypochondre droit. Quand les conduits biliaires sont le siège d'une violente irritation, on observe des accès de frisson suivis de chaleur et de sueurs; ces accès sont d'autant plus faciles à confondre avec ceux d'une fièvre intermittente, que l'ictère et les autres symptômes d'affection du foie font défaut. Dans un cas de ma pratique, j'ai longtemps employé le sulfate de quinine sans succès, et la cause des accès de frisson ne se révéla qu'à l'autopsie; les branches d'origine du canal hépatique contenaient une grande quantité de calculs, dont la grosseur atteignait celle d'un haricot; le parenchyme glandulaire était sain. Lorsque les conduits s'ulcèrent, qu'il se développa des abcès du foie ou que la veine porte s'enflamma, on observe les symptômes par lesquels ces altérations se traduisent ordinairement.

On ne peut diagnostiquer sûrement la présence des calculs dans le foie que dans des conditions très-favorables.

2° Les choses se passent de la même manière pour les calculs du canal hépatique; ce n'est que lorsqu'ils sont enclavés qu'ils occasionnent des douleurs locales et les symptômes d'une stase biliaire, qui se traduit par l'ictère et la tuméfaction du foie, et ne se distingue

de celle qui est due à l'oblitération du canal cholédoque, que par l'absence de la dilatation de la vésicule.

3° Des calculs peuvent séjourner longtemps dans la vésicule biliaire sans révéler leur présence par aucun trouble (1). Cela est surtout vrai pour les petites concrétions; lorsque les calculs sont plus volumineux, ou qu'il y en a un grand nombre, ils déterminent un catarrhe ou une inflammation des parois de la vésicule, qui s'accompagne de douleurs ordinairement sourdes et gravatives, quelquefois plus vives et s'irradiant vers l'épigastre, l'épaule droite, la région lombaire ou la hanche. En même temps la vésicule se tuméfie et devient accessible au toucher, ce qu'il faut attribuer à ce que son corps s'oblitére temporairement par le gonflement inflammatoire de la muqueuse. Ces accidents surviennent particulièrement après de violents efforts, des voyages à cheval ou en voiture, sur un sol inégal, des excès de table, etc., et ils disparaissent par le repos.

Quand l'ulcération amène la rupture de la vésicule, on observe les symptômes bien connus de la péritonite par perforation, dont la terminaison presque constante est la mort.

Assez souvent un examen attentif permet de reconnaître directement la présence des calculs dans la vésicule, lorsque sa situation la rend accessible à la palpation. Les pierres les plus volumineuses donnent alors la sensation de corps durs; lorsqu'il y en a plusieurs, on distingue à l'oreille et au toucher leur choc, qui produit un bruit de soupape ou de craquement (2).

4° Les symptômes deviennent beaucoup plus saillants lorsque les calculs s'engagent dans le canal cystique pour sortir de la vésicule. A moins que les concrétions ne soient très-petites, elles rencontrent des obstacles dans ce canal étroit, muni de replis plus ou moins proéminents; la membrane muqueuse du conduit est violemment irritée, les fibres musculaires éprouvent des contractions douloureuses, et il se développe un ensemble de phénomènes qu'on a coutume de désigner sous le nom de *coliques hépatiques*. Ces accidents ont habituellement leur point de départ dans le canal cystique, rarement dans le canal cholédoque, beaucoup plus large et plus extensible, dont l'orifice duodénal seul peut présenter des obstacles au passage des calculs.

(1) D'après les observations que j'ai recueillies à l'autopsie et au lit du malade, les cas dans lesquels les calculs de la vésicule donnent naissance à des troubles morbides, forment le plus petit nombre; on les trouve le plus souvent sans qu'ils aient manifesté leur présence par aucun malaise.

(2) J. L. Petit comparait ce bruit à celui qui se produit lorsqu'on agite un sac

Les symptômes de la colique hépatique commencent ordinairement quelques heures après le repas, au moment où l'arrivée du chyme provoque l'évacuation du contenu de la vésicule dans le duodenum; il est plus rare de les voir venir à la suite de violentes contractions musculaires faites pour lever des objets pesants ou à l'occasion d'émotions. Chomel et Fauconneau-Dufresne mentionnent des cas où les accès de coliques revenaient tous les mois avec les règles.

Lorsque les calculs du canal cystique sont enclavés, il survient des douleurs qui siègent sur le bord du foie, à l'épigastre, et sont ordinairement accompagnées de nausées et de vomissements. Ces douleurs, en général, sont violentes, térébrantes ou brûlantes; ou bien elles donnent la sensation de quelque chose qui se déchirerait dans l'abdomen; elles s'étendent quelquefois aux deux hypochondres, s'irradient vers le dos, l'épaule droite, le cou, etc. Il y a en même temps une grande agitation; les malades se retournent de tous les côtés, cherchant vainement du soulagement dans un changement de position. Chez les personnes irritables on observe des contractions réflexes, qui peuvent devenir très-violentes et prendre les caractères des convulsions épileptiques (1). Celles-ci, d'après Duparcque (2), partent quelquefois du côté droit, et commencent par de violents spasmes des muscles abdominaux, qui s'étendent graduellement aux muscles des extrémités inférieures, de la poitrine, du cou et des bras. Il se développe ainsi des convulsions cloniques de toute la moitié droite du corps, qui amènent la perte de connaissance. La violence des douleurs peut déterminer chez les personnes faibles la syncope ou le délire. Portal (3) rapporte deux cas où la mort survint dans le paroxysme de la douleur, sans que l'autopsie ait montré d'autres lésions que des calculs biliaires enclavés. Le vomissement, qui survient ordinairement de bonne heure, ramène des aliments à demi digérés ou des matières bilieuses; quelquefois il est opiniâtre et d'une violence inquiétante; il y a habituellement de la constipation; le ventre présente un gonflement tympanique.

A l'examen on trouve la région de la vésicule tendue, dure et sensible au toucher; on arrive souvent à limiter par la palpation,

de noix. L'emploi du stéthoscope peut rendre ici des services. — Voy. Martin Solon, *Bull. de thérapeutique*, 15 avril 1849.

(1) Nous avons déjà vu que l'irritation des voies biliaires par des lombrics pouvait produire les mêmes symptômes.

(2) Duparcque, *Revue médicale*, avril 1844.

(3) Portal, *Maladies du foie*, p. 170, Observ. C et E.

les contours de la vésicule distendue (*Observ.* CXLIII, CXLIV, CXLV et CXLVIII). Dans les premiers moments l'ictère manque, d'habitude, ou est léger; il ne devient plus prononcé que vers la fin de l'accès, quand le calcul remplit le canal cholédoque, et oppose un obstacle à l'écoulement de la bile.

Dans plusieurs cas de ma pratique, le début de la colique hépatique fut accompagné par un accès de frisson intense (1) souvent suivi de chaleur et de sueur; la température s'élevait de 37,5 à 40,5, le pouls de 92 à 120. Des accès semblables revinrent à des intervalles irréguliers avec chaque mouvement d'exacerbation de la douleur, jusques après la disparition des accidents, par l'issue du calcul (*Observ.* CXLII). Ordinairement le système circulatoire prend peu de part à l'excitation produite par les douleurs; le pouls est le plus souvent faible et conserve sa fréquence normale: il est souvent ralenti, rarement accéléré (2). Il y a des cas exceptionnels ou de violentes palpitations cardiaques, des pulsations énergiques de l'aorte abdominale, des congestions cérébrales, des hémorrhagies nasales, etc., accompagnent la colique hépatique.

La violence de la colique hépatique varie considérablement, suivant le volume, la dureté et les inégalités de surface des calculs, suivant la largeur et la longueur du canal cystique, le développement plus ou moins considérable de ses valvules, le degré d'irritabilité du malade. Généralement les premiers accès sont les plus violents; ensuite les calculs traversent plus aisément les conduits dilatés par le passage de ceux qui les ont précédés.

La durée de la colique hépatique est sujette à de très-grandes variations; elle peut disparaître en quelques heures, ou se prolonger un certain nombre de jours. Dans ce dernier cas, elle présente des rémissions; les douleurs ont des retours brusques, jusqu'à ce que la dilatation des conduits soit suffisante pour laisser passer le calcul. J'ai vu dans un cas les exacerbations revenir tous les jours, dans l'après-midi, jusqu'à ce qu'on trouvât le calcul dans les selles sous forme de détritüs.

La contraction des fibres musculaires de la vésicule et des mus-

(1) Budd rattache avec raison cet accident au frisson, qui se produit à l'occasion d'une violente irritation de la muqueuse de l'urètre par le cathéter, une bougie, etc.

(2) Les assertions des auteurs relativement aux caractères que présente le pouls dans la colique hépatique sont très-variables. O. Wolf attache une très-grande importance au ralentissement du pouls comme élément de diagnostic, et il s'appuie sur les observations de Coe de Heberden et de Pemberton, qui s'accordent avec les siennes. Dufresne signale le pouls comme étant petit et fréquent; Budd le donne comme petit et lent. — Voy. *Observations* CXLII et suivantes.

cles des parois abdominales ne suffit pas toujours pour expulser le calcul à travers le canal cystique ; il reste parfois enclavé, et ferme complètement le col de la vésicule ; alors les accès de coliques cessent graduellement, il ne reste qu'un sentiment de pression, ou quelques élancements, et la vésicule subit les altérations que nous avons décrites sous le nom d'hydropisie de la vésicule biliaire. Mais l'accès de colique hépatique peut aussi se terminer par la mort, ainsi que Flandin, Bogros et Cruveilhier en ont vu des exemples.

La propagation d'une inflammation intense aux organes voisins, et la gangrène des conduits, l'une et l'autre mortelles, se révèlent : la première, par les symptômes de la péritonite ; la seconde, d'après l'observation de Bretonneau, par un collapsus rapide.

Quelquefois les concrétions déjà engagées dans le canal cystique rétrogradent jusque dans la vésicule, et la bile reprend son cours normal jusqu'à ce que l'obstacle se reproduise. Ceci explique pourquoi on cherche souvent en vain des calculs dans les évacuations après les coliques hépatiques.

5° La présence des calculs dans le canal cholédoque occasionne ordinairement moins de troubles que dans le canal cystique. Lorsque le corps étranger a atteint le canal commun, la douleur diminue et ne revient avec une nouvelle violence que quand il arrive à l'orifice duodénal. Pendant tout son séjour dans ce canal, la bile cesse plus ou moins complètement de couler dans l'intestin, et il se développe un ictère d'autant plus intense, que l'obstacle existe depuis longtemps. Quelquefois la bile passe à côté des calculs, lorsqu'ils n'obstruent pas entièrement le canal, à cause de leur forme anguleuse ou de leur petit volume ; alors l'ictère reste peu intense, quoiqu'il puisse s'échapper un grand nombre de concrétions. En outre, il y a des cas où la sécrétion du foie se fraye un passage, à travers des agglomérations de calculs, dans le canal cholédoque ; de sorte que l'ictère cesse, quoique les calculs soient stationnaires. Dès que les concrétions sont arrivées dans le duodenum, les accidents si pénibles cessent tout à coup, les malades se sentent pour ainsi dire renaître, les évacuations reprennent leur teinte foncée, deviennent plus faciles, l'ictère s'efface en quelques jours. Si, à ce moment, on tamise les matières des selles avec soin, il est rare qu'on ne trouve pas les calculs, tantôt à l'état isolé, tantôt en grand nombre. Pujol en a compté environ un cent, qui avaient été rendus immédiatement après la terminaison de la colique.

Quelques malades faibles ne se remettent que lentement ; un sentiment d'affaissement, une douleur à l'épigastre, des troubles digestifs, etc., persistent quelquefois des semaines entières avant que le rétablissement soit complet.

Quand l'oblitération du canal cholédoque par les calculs dure longtemps, on observe toutes les conséquences de la stase biliaire, telles que nous les avons déjà décrites ; le foie augmente de volume, les conduits et la vésicule se dilatent, l'ictère augmente graduellement. Cet état peut durer des mois (1), et même des années, avant que la stase biliaire se termine par la mort, ou que les calculs arrivent dans l'intestin. Dans ce dernier cas, il afflue tout à coup dans le duodenum une grande quantité de bile ; des coliques surviennent avec une diarrhée et quelques vomissements bilieux. Les conduits et la vésicule, dont la contractilité a été affaiblie, restent alors longtemps dilatés. De cette atonie de l'appareil excréteur du foie, il résulte que, malgré l'absence d'obstacles, la bile s'accumule dans la vésicule, jusqu'à ce que le regorgement, ou une pression extérieure, verse une partie de son contenu dans le duodenum. J.-L. Petit et Cruveilhier ont signalé des faits de cette nature. Le malade, observé par Petit, avait conservé, après de violents accès de coliques hépatiques, un développement considérable de la vésicule biliaire, qui avait perdu graduellement sa sensibilité ; ce qui, du reste, occasionnait peu de gêne. La tumeur diminuait et augmentait alternativement ; dans ce dernier cas, elle déterminait un sentiment de tension disparaissant dès que le malade exerçait une compression qui était suivie de selles fortement bilieuses. Parfois la tumeur diminuait sans pression extérieure, et il survenait des tranchées et une diarrhée bilieuse, tandis qu'il existait habituellement une constipation opiniâtre.

Les choses ne se passent pas aussi bien dans tous les cas ; il peut arriver que la vésicule distendue s'enflamme et prenne un développement énorme, en provoquant de violentes douleurs accompagnées de fièvre. Alors elle contracte ordinairement des adhérences avec les parois abdominales ou l'intestin, et s'ouvre à l'intérieur ou à l'extérieur, en déterminant une fistule biliaire externe ou interne (2). La rupture peut aussi s'effectuer dans la cavité abdominale, et être suivie d'une péritonite mortelle.

(1) J'ai traité une dame chez laquelle, après des accès de coliques répétés, le canal cholédoque resta oblitéré pendant sept mois, jusqu'à ce que l'emploi prolongé de l'eau de Carlsbad expulsât les calculs et amenât la guérison.

(2) Voy. FISTULES BILIAIRES, p. 850.

J'ai rapporté (p. 797) un cas, où j'obtins la guérison par la ponction de la vésicule fortement distendue, et menaçant de se rompre dans le péritoine.

*Calculs biliaires dans l'intestin.* — Les calculs biliaires arrivent dans l'intestin, soit par le canal cholédoque, soit par un travail d'ulcération, qui a établi des adhérences entre les voies biliaires et le tube digestif. Lorsque leur passage se fait par les voies naturelles, en s'accompagnant des symptômes de la colique hépatique, ils sont ordinairement entraînés par les selles, sans occasionner de troubles; leur volume est alors le plus souvent trop faible pour qu'ils déterminent des lésions dans le tube intestinal. Il y a cependant des exceptions; en effet, des calculs volumineux peuvent traverser les conduits biliaires dilatés; de plus, certains calculs se recouvrent de nouvelles couches et s'accroissent dans l'intestin; enfin, de petites concrétions peuvent pénétrer dans l'appendice vermiculaire, et y déterminer des désordres graves. Quoi qu'il en soit, les gros calculs, arrivant dans l'intestin par ulcération, offrent en général plus de dangers que les autres.

Les calculs entraînés avec les selles se trouvent tantôt isolés, tantôt disséminés en très-grand nombre dans les matières fécales; quelquefois ils sont réunis en pelotons durs, ou mélangés avec de la bile ou du sang. Dans des cas exceptionnels, on ne rencontre que des fragments petits et d'une teinte foncée, sans forme déterminée; d'autres fois, au contraire, les matières fécales contiennent des pierres très-volumineuses. Walter (1) a représenté un calcul, gros comme un œuf de pigeon, rendu par cette voie; Pujol en a aussi observé un semblable; Petit en a vu un de la grosseur d'un œuf de poule, dont l'évacuation eut lieu à la suite de coliques prolongées. On peut rencontrer des quantités considérables de concrétions, ainsi que nous le voyons dans le cas de Bermond (2), où le malade rendit une masse de calculs agglomérés, et à facettes, dont l'ensemble atteignait le volume des deux poings. Il n'est pas rare de voir des calculs expulsés par les selles, qui accusent, par l'usure de leurs faces, la présence d'autres calculs (3). Mais on ne peut pas réciproquement conclure de l'issue d'un calcul arrondi ou mamelonné, qu'il n'en laisse pas d'autres après lui. J'ai vu plusieurs fois de ces sortes de calculs, dont le volume égalait celui d'une noi-

(1) Walter, *loc. cit.*, p. 96.

(2) Bermond, *Lancette française*, 27 fév. 1834.

(3) Voy. Van Swieten, *Comment.*, t. III, p. 151, § 950. — Leo et Pleischl, *Merkwürdige Krankheitsgeschichte einer Gallensteinkranken*. Prag, 1826.

sette, être rendus en grand nombre après un accès de coliques hépatiques.

Dans quelques cas peu nombreux, les calculs remontent du duodenum dans l'estomac, et sont rejetés par le vomissement. Morgagni (1), Fr. Hoffmann (2), Portal (3), Bouisson (4), etc., ont observé de ces faits. Les matières vomies, habituellement de nature bilieuse, contenaient, soit un seul, soit plusieurs, et même jusqu'à vingt calculs. Parfois, il y en eut d'autres rendus en même temps par les selles. Les vomissements furent toujours précédés de coliques extraordinairement violentes.

*Désordres que les calculs biliaires peuvent déterminer dans l'intestin.* — Les calculs volumineux qui arrivent dans l'intestin par le canal cholédoque, ou par une ulcération, rencontrent quelquefois des obstacles dans leur marche ultérieure, surtout lorsque leur volume s'est accru de dépôts formés par les matières fécales. Ils oblitèrent alors le calibre de l'intestin, et déterminent l'iléus. Quand cela arrive, on observe des vomissements qui prennent peu à peu le caractère stercoral, les évacuations sont suspendues, le ventre se météorise, les traits s'altèrent; en un mot, on a le tableau symptomatique de l'étranglement interne, qui se termine par la mort ou par la guérison, si le calcul finit par être évacué. C'est le plus souvent dans le jéjunum que l'arrêt a lieu, plus rarement dans l'iléum; quant au gros intestin, il ne peut présenter aux calculs, d'autre obstacle que le sphincter. J'ai observé deux fois ces accidents d'iléus: un des malades guérit (*Observation CXLIX*), l'autre mourut. Broussais, Monod, Mayo, Thomas, Van der Byl, Oppolzer et d'autres ont rencontré des faits semblables (5). Les calculs biliaires, arrêtés dans le cœcum ou dans son appendice, peuvent en provoquer l'ulcération et la perforation. Ils agissent alors comme les autres corps étrangers: matières fécales endurcies, noyaux de cerises, esquilles osseuses, etc., qu'on voit aussi amener ce genre de lésion (Volz).

*Fistules biliaires.* — La vésicule irritée par la présence des concrétions peut s'enflammer, contracter des adhérences avec la paroi

(1) Morgagni, *loc. cit.*, epist., p. 37.

(2) Hoffmann, *Med. rat.*, t. VI, p. 44.

(3) Portal, *loc. cit.*, p. 275.

(4) Bouisson, *loc. cit.*, p. 203.

(5) Voy. Fauconneau-Dufresne, *loc. cit.*, p. 268. — H. Thomas, *Calculus of extraordinary size, occasioning intestinal obstruction* (*Medico-chirurg. Transact.*, vol. VI). — *Transact. of the pathol. Society*, vol. VIII. — *Zeitsch. d. Gesellschaft d. Aerzte in Wien*, nov. 1860.

abdominale, enfin s'ouvrir à l'extérieur et y déverser la bile, le pus, la sérosité et les calculs qui la remplissaient. L'ouverture ne se fait pas toujours dans un point situé au-dessous du rebord costal, qui correspond directement avec le fond de la vésicule biliaire; souvent elle s'en éloigne beaucoup, et on la trouve à l'ombilic, à gauche de la ligne blanche, au voisinage de l'iléon, dans la région inguinale, etc. Dans ces cas, il existe des trajets fistuleux longs et parfois tortueux; souvent des orifices multiples donnent issue aux matières contenues dans la vésicule. Il n'est pas rare que les calculs évacués ainsi à l'extérieur soient volumineux et en nombre considérable; retenus, parfois pendant un long espace de temps, à l'intérieur du trajet fistuleux, ils peuvent s'y accroître et y acquérir le volume d'un œuf de poule. Habituellement, il ne s'écoule qu'une faible quantité de bile; car les trajets fistuleux, quoiqu'ils puissent livrer passage à de gros calculs, sont fortement revenus sur eux-mêmes. Cette déperdition exerce donc rarement une influence essentielle sur la nutrition. Seulement Dassit (1) a cru remarquer que, conformément à ce qui avait été observé sur les animaux porteurs de fistules biliaires artificielles, l'appétit de ses malades était notablement exagéré. Les trajets fistuleux se guérissent difficilement ou avec facilité, suivant la quantité plus ou moins grande de la bile qui s'en écoule; ils peuvent persister des années entières, en donnant issue de temps en temps à de nouveaux calculs.

La plupart des faits observés se sont terminés par la guérison; quelques-uns sont devenus mortels par suite de lésions du foie provoquées par des calculs, d'une suppuration des parois abdominales, etc. Fauconneau-Dufresne (2) a rassemblé dix-neuf observations de fistules biliaires, Walter en mentionne trois, et dans ces derniers temps, Oppolzer (3), ainsi qu'un grand nombre d'autres observateurs, ont rapporté plusieurs cas de cette nature.

Outre les fistules débouchant à l'extérieur, il peut exister encore certaines communications anormales entre les voies biliaires et des organes situés à l'intérieur du corps. La plupart du temps ces communications vont de la vésicule ou du canal cholédoque au duodénum, et leur calibre est plus ou moins considérable, suivant le volume du calcul auquel ils ont donné passage. Le travail d'ulcération, qui amène la production de ces trajets, passe inaperçu pendant

(1) Dassit, *Bulletin général de thérapeutique*, 15 et 30 sept. 1839.

(2) Fauconneau-Dufresne, *loc. cit.*, p. 300.

(3) Oppolzer, *Zeitschrift der Gesellsch. der Aerzte in Wien*, nov. 1860.

la vie. Les douleurs, le vomissement et les autres symptômes que l'on observe alors offrent des caractères trop vagues, pour qu'on puisse préciser le diagnostic. Dans un cas (*Observation CXLVI*), j'ai constaté des selles sanglantes; dans un autre (*Observation CXLVII*), aucun signe ne trahit l'existence du travail morbide. L'importance pathologique de ces sortes de fistules est donc peu considérable. Il est plus rare de voir le trajet fistuleux aller de la vésicule biliaire à l'estomac. Baillie et Weber mentionnent des cas de cette espèce qu'ils regardent comme congéniaux; Oppolzer a vu chez un homme de 30 ans une de ces fistules s'ouvrant près du pylore. Quant à l'observation rapportée par Fauconneau-Dufresne d'une communication entre la vésicule et le colon, elle est un peu suspecte; car, dans ce cas, la vésicule était cancéreuse.

C'est par exception seulement qu'un trajet s'établit entre la vésicule biliaire et les conduits urinaires situés du côté droit. Faber (1) raconte l'histoire d'une femme qui, sans accuser aucun trouble notable, si ce n'est de petites douleurs dans la vessie, rendit en urinant neuf petits calculs biliaires et quatre gros. Son urine avait une couleur verte, et Gmelin, par une analyse attentive, y découvrit des éléments de la bile: il n'y avait pas d'ictère.

Pour terminer, nous devons encore faire mention des communications qui peuvent s'établir entre les voies biliaires et la veine porte. Realdus Columbus (2) trouva dans la veine porte du fondateur de l'ordre des Jésuites, Ignace de Loyola, trois concrétions biliaires qui, partant de la vésicule, avaient pénétré dans le tronc de la veine porte. Jacob Camenicenus (3) rapporte l'observation d'un malade qui pendant longtemps avait souffert d'un ictère et plus tard d'une hydropisie. Chez cet homme, les branches de la veine porte étaient complètement remplies par des calculs noirs en dehors, jaunes en dedans; un calcul de même espèce se trouvait dans le canal cholédoque. Devay (4) a fait connaître une observation analogue qui est des plus remarquables: il s'agit d'une femme âgée de 67 ans qui, pendant sept années, fut atteinte, consécutivement à une fièvre intermittente opiniâtre, d'ictère et d'une invincible constipation; le volume du foie avait diminué, une douleur permanente se faisait

(1) Faber, *Heidelberger medicin. Annal.*, t. V, cahier 4. — *Schmidt's Jahrbücher*, cahier 37, p. 48.

(2) Bianchi, *Historia hepat.*, t. I, p. 191. Genevæ, 1725.

(3) Phœbus, *De concretis venarum osseis et calculosis*. Berolini, 1832, p. 14.

(4) Devay, *Gazette médic. de Paris*, 1813, n° 17. — *Schmidt's Jahrbücher*, 1844, cahier 3.