

étudiées par Bouchard dans son ouvrage sur « les maladies par ralentissement de la nutrition ». La lithiase urinaire entretient avec la lithiase hépatique des rapports étroits, et ces deux manifestations éclatent successivement chez un individu, ou bien existent simultanément dans une même famille où elles sont héréditaires. J'en dirai autant de la lithiase appendiculaire; il m'a été possible, par de nombreux exemples cités à l'article *appendicite*, de démontrer que les lithiases hépatique, intestinale, rénale et appendiculaire font partie de la même famille pathologique. Après les causes diathésiques, ou à côté d'elles, viennent les infections d'origine microbienne, ainsi que je l'ai dit plus haut. Étudions maintenant les rapports de la lithiase biliaire avec la grossesse et la puerpéralité.

Grossesse. — Puerpéralité. — La grossesse a une large part dans la genèse de la lithiase biliaire, j'ai consacré à cette question une de mes leçons cliniques¹. Les coliques hépatiques sont fréquentes chez la femme enceinte. Dans un travail d'ensemble, le premier qui ait paru sur ce sujet, Huchard² en a publié plusieurs cas. Les observations de Depaul³, Tarnier, Pinard⁴ sont démonstratives. J'en ai rapporté de mon côté plusieurs faits. D'après la statistique de Leyden, sur 100 femmes atteintes de coliques hépatiques, la grossesse concomitante ou antérieure est notée 90 fois. Les auteurs ne sont pas absolument d'accord sur l'époque de l'état puerpéral qui est le plus favorable à l'éclosion des coliques hépatiques; les uns disent que c'est pendant la grossesse, les autres affirment que c'est pendant l'accouchement. Cyr a publié la statistique suivante⁵: Sur cinquante et une femmes atteintes de lithiase biliaire, la colique hépa-

1. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1898. La grossesse et les lithiases. Quinzième leçon.

2. Huchard. Coliques hépatiques et coliques néphrétiques de la grossesse et des accouchements. *Union médicale*, 1882, p. 616.

3. Depaul. *Leçons de clinique obstétricale*, p. 707. Paris, 1872.

4. Pinard. *Clinique Baudelocque*, 1898, n° 288 des Archives.

5. Cyr. Rapport des coliques hépatiques avec la grossesse et l'accouchement. *Annales de gynécologie*, 1885.

tique a été observée 11 fois pendant la grossesse, 4 fois à la suite de fausse couche et 36 fois à la suite de l'accouchement. Le délai qui s'est écoulé entre l'accouchement et la crise hépatique a varié de un jour à un mois dans 22 cas, et de un mois à 12 mois dans 14 cas. Dans la statistique dont m'a fait part Bouloumié concernant les malades qu'il a soignées à Vittel, la colique hépatique est répartie de la façon suivante : 22 fois pendant la grossesse, 55 fois de un jour à un an après l'accouchement. Dans la statistique que m'a envoyée Déléage concernant les malades qu'il a soignées à Vichy, la colique hépatique est répartie de la façon suivante : 59 fois pendant la grossesse et 45 fois après l'accouchement.

Quoi qu'il en soit, que la colique hépatique apparaisse pendant la grossesse ou après l'accouchement, il n'en est pas moins vrai que la puerpéralité fournit un appoint considérable à la pathogénie de la lithiase biliaire. La colique hépatique fait son apparition suivant différentes modalités. Première variété : une jeune fille n'ayant jamais eu de colique hépatique, se marie; dès la première grossesse apparaissent des coliques hépatiques qui vont se répéter à d'autres grossesses, et jamais en dehors de l'état puerpéral. Deuxième variété : une femme n'ayant eu de coliques hépatiques, ni quand elle était jeune fille, ni plus tard pendant sa grossesse, est prise de coliques hépatiques quelques jours ou quelques semaines après son accouchement; les coliques hépatiques vont se répéter après d'autres accouchements et jamais en dehors de l'état puerpéral. Troisième variété : les coliques hépatiques apparaissent pour la première fois soit pendant la grossesse, soit après l'accouchement, puis elles reparassent à époques indéterminées en dehors de l'état puerpéral.

Qu'elle survienne pendant la grossesse ou après l'accouchement, la colique hépatique ne diffère en rien de ce qu'elle est en dehors de la puerpéralité. Le diagnostic de la colique hépatique est généralement facile; néanmoins quand elle éclate au cours d'une grossesse, elle peut, faute

d'une bonne sémiologie, induire en erreur et faire croire à une fausse couche. Quand elle éclate après l'accouchement, elle peut, faute d'attention, faire croire à un début de péritonite.

Il ne manque pas de théories pour expliquer la lithiase biliaire au cours de la grossesse. On a accusé la grossesse de favoriser la stagnation de la bile dans les voies biliaires et, comme conséquence, la formation de calculs. La grossesse, a-t-on dit, facilite la mobilisation du rein et du foie par flaccidité des parois abdominales; la vésicule biliaire, dont les moyens de fixité ont été ainsi relâchés, tend à basculer en arrière, pendant que le canal cholédoque, tirailé par ce mouvement de bascule, laisse à la bile un passage de plus en plus étroit et favorise la stagnation biliaire dans la vésicule. La grossesse, d'après Heidenhain, provoquerait encore la stagnation biliaire en gênant le jeu du diaphragme, surtout lorsque le corset immobilise, pour sa part, les insertions costales du muscle phrénique¹. Cette pathogénie pourrait être rangée sous la rubrique des causes mécaniques, mais il faut encore compter avec les causes chimiques (ralentissement de la nutrition)², avec les causes bactériologiques (rôle des microbes dans la formation des calculs), et avec la constitution du sujet (arthritisme, hérédité). Toutes ces théories sont acceptables, mais aucune ne me paraît suffisante; le fait clinique, le fait indéniable, c'est que l'état puerpéral exerce une influence considérable sur la pathogénie de la lithiase biliaire (Willemin³, Durand-Fardel⁴, Bax⁵).

Après avoir démontré l'influence de la grossesse sur la

1. Congrès de Wiesbaden. *La Semaine médicale*, 1891, p. 157.

2. Bouchard. *Maladies par ralentissement de la nutrition*.

3. Willemin. *Les coliques hépatiques et leur traitement* par les eaux de Vichy. Paris, 1886.

4. Max Durand-Fardel. *Traité pratique des maladies chroniques*. Paris, 1868.

5. Bax. Considérations sur les cas de coliques hépatiques. *Union médicale et scientifique du Nord-Est*, 1879.

pathogénie de la colique hépatique, retournons la question et recherchons quelle influence peuvent avoir les coliques hépatiques sur l'évolution de la grossesse et sur les suites de l'accouchement. Ici, tout le monde est d'accord; le pronostic de la grossesse n'est guère influencé par les coliques hépatiques; des coliques hépatiques même intenses et répétées n'interrompent pas la grossesse. L'ictère qui, dans bien des cas, fait suite à la colique hépatique, n'a rien de redoutable pour la femme enceinte; c'est purement un ictère par rétention, qui cesse habituellement quelques jours après la colique hépatique, et qui ne compromet en rien le bon fonctionnement des cellules du foie. Il ne faudrait pas cependant que cet ictère durât trop longtemps, ainsi qu'on le voit à la suite de l'oblitération permanente du canal cholédoque, car alors le bon fonctionnement de la cellule hépatique pourrait s'en repentir, et il en résulterait des accidents redoutables. Règle générale, les coliques hépatiques et l'ictère qui en est la conséquence n'assombrissent le pronostic ni chez la femme grosse ni chez la femme récemment accouchée.

Mais si l'ictère calculeux, ictère par rétention, n'est généralement pas à redouter chez la femme grosse, il n'en est plus de même des autres variétés d'ictère englobées sous la dénomination d'ictères infectieux. Quelle que soit la théorie invoquée pour expliquer l'adulération de la cellule hépatique, peu importe, du moment que la cellule hépatique est en cause, du moment qu'elle participe au processus toxoinfectieux, elle subit une adulération qui, dans d'autres circonstances, pourrait n'avoir pas des conséquences graves, mais qui, à l'état gravidique, est toujours à redouter. Voilà pourquoi l'ictère survenant chez la femme grosse (j'entends l'ictère survenant en dehors des coliques hépatiques), est toujours un symptôme dont il faut se méfier, parce qu'il est le témoin de la lésion hépatique qui peut conduire à l'insuffisance hépatique et à toutes ses conséquences. Cette question sera reprise au chapitre consacré à l'ictère grave; nous y étudierons les rapports de la grossesse et des ictères infectieux.

Symptômes et accidents de la lithiase biliaire. — Dans quelques cas (chez les vieillards surtout), les calculs biliaires ne révèlent leur présence par aucun symptôme. En faisant une autopsie, il n'est pas rare de trouver une vésicule biliaire hypertrophiée, calcifiée, et contenant de nombreux calculs, chez des gens qui n'avaient éprouvé aucun des accidents de la lithiase biliaire. Plus souvent, cependant, les calculs biliaires provoquent des troubles variés et des accidents plus ou moins graves. Ces troubles et ces accidents peuvent être divisés en plusieurs groupes, classification tout artificielle qui ne serait pas tout à fait acceptable en clinique, où les cas sont souvent complexes, mais qui se prête à une description de pathologie.

A. Premier groupe. — Migration des calculs dans les gros canaux biliaires. C'est la *colique hépatique*.

B. Second groupe. — Migration et arrêt des calculs biliaires dans l'intestin. — Obstruction de l'orifice pylorique.

C. Troisième groupe. — Oblitération persistante des gros canaux biliaires, cirrhose biliaire.

D. Quatrième groupe. — Infection des voies biliaires. Angiocholite. Cholécystite. Hépatite. Endocardite.

E. Cinquième groupe. — Issue des calculs hors des voies naturelles : perforation de la vésicule et des canaux biliaires, péritonite calculeuse. Fistules biliaires.

Nous allons étudier ces différents accidents.

A. PREMIER GROUPE — COLIQUE HÉPATIQUE

Anatomie. — La *colique hépatique* est l'accident le plus fréquent de la lithiase biliaire; pour bien en comprendre le mécanisme, il est utile de rappeler quelques particularités anatomiques concernant les canaux biliaires que doit traverser le calcul.

A l'état normal, la *vésicule biliaire* contient 50 grammes de bile, mais ses parois sont tellement extensibles qu'elle peut contenir plus d'un litre de liquide sans se rompre. La

vésicule biliaire se termine par une portion étroite, ou col, qui est très flexueuse et qui se continue avec le canal cystique. Le col de la vésicule présente un renflement, ou *basinet*, une sorte d'ampoule; sur une vésicule ouverte, on voit que cette ampoule est limitée en haut par une valvule qui rétrécit beaucoup l'orifice, et en bas par une deuxième valvule moins importante. La vésicule du fiel est contractile, elle possède des fibres musculaires, *muscularis mucosæ*, qui s'hypertrophient au cas de lithiase biliaire. La muqueuse présente des plis temporaires et des plis permanents: les plis temporaires s'effacent dès que la vésicule est suffisamment distendue, les plis permanents s'anastomosent et circonscrivent des aires, des aréoles, de formes différentes.

Le *canal cystique* fait suite au col de la vésicule biliaire, il a 5 ou 4 centimètres de longueur et 5 ou 4 millimètres de diamètre; il s'ouvre dans le canal cholédoque. En ouvrant le canal cystique, on voit que sa paroi interne présente des saillies, des valvules semi-lunaires, valvules de Heister qui sont autant d'obstacles à la migration des calculs.

Le *canal cholédoque* est formé de la fusion des canaux cystique et hépatique. Il a 7 centimètres de longueur environ et 6 millimètres de diamètre; il s'ouvre dans le duodénum au niveau de l'ampoule de Vater, carrefour qui lui est commun avec le canal pancréatique. Le canal cholédoque est dépourvu de valvules, mais à son embouchure dans l'ampoule de Vater il possède quelques fibres musculaires en forme de sphincter. En fait la véritable ouverture est située à l'orifice duodénal de l'ampoule de Vater, et à ce niveau il y a un rétrécissement très accentué, qui est un dernier obstacle aux calculs venant de la vésicule. Les canaux cystique et cholédoque possèdent des fibres musculaires longitudinales qui disparaissent à un âge avancé. Ils sont tellement extensibles qu'ils peuvent permettre le passage de calculs du volume d'une petite noix. Le canal cholédoque distendu peut atteindre la dimension d'une anse intestinale.