

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.

Colique hépatique. — Ces quelques notions anatomiques étant posées, voyons actuellement comment se produit la *colique hépatique*. Sous l'influence des contractions de la vésicule biliaire, des canaux biliaires et des muscles abdominaux, un calcul s'engage dans le canal cystique. Si ce calcul est peu volumineux, s'il n'est pas anguleux, il traverse le canal cystique, le canal cholédoque, l'orifice duodénal, et il tombe dans l'intestin; tout cela sans douleur, sans coliques; mais si le calcul est plus volumineux que le calibre des canaux biliaires, il produit par sa présence et par sa migration une série de symptômes dont l'ensemble constitue la *colique hépatique*.

Une lutte s'établit, entre le calcul et les canaux biliaires; le calcul est propulsé, mais dans sa migration il provoque la révolte douloureuse des canaux; il suscite des spasmes, des contractures de ces canaux; il trouve sur son passage une foule d'obstacles; dans le canal cystique, dont le diamètre est étroit, il doit franchir une série de valvules qui lui barrent le chemin, et dans le canal cholédoque, qui est plus large, il rencontre au dernier moment l'étroit orifice de l'ampoule de Vater.

La colique hépatique éclate le plus souvent quelques heures après le repas, surtout après diner, *post prandium*, probablement parce qu'à ce moment la vésicule se contracte pour déverser dans l'intestin la bile qu'elle tient en réserve. Le début en est *brusque* : tout à coup, le sujet se plaint de vives douleurs qui irradient en plusieurs points : au creux épigastrique (*point épigastrique*), autour de l'ombilic, à l'hypochondre droit, à l'épaule droite, et à l'extrémité inférieure de l'omoplate du même côté (*point scapulaire*).

Ces douleurs acquièrent rapidement une vive intensité, certains malades souffrent tellement, qu'ils poussent des cris aigus, se roulent dans leur lit et cherchent, par les positions les plus variées, à calmer leurs souffrances. Les douleurs sont continues ou intermittentes, elles se suivent

à intervalles plus ou moins rapprochés et constituent l'*accès de colique hépatique*. L'accès dure en moyenne de six à douze heures, bien qu'il puisse persister plusieurs jours; il est le plus souvent apyrétique, parfois cependant, nous allons le voir plus loin, des accès de fièvre accompagnent la colique hépatique.

Habituellement, la colique hépatique est accompagnée de *vomissements* qui sont d'abord alimentaires, si la colique éclate peu de temps après le repas, et qui deviennent ensuite glaireux et bilieux. Tant que le calcul reste enclavé dans le canal cystique, les vomissements peuvent être bilieux parce que la bile continue à passer librement dans l'intestin d'où elle est refoulée dans l'estomac; mais si le calcul s'enclave dans le canal cholédoque, le passage de la bile dans l'intestin étant interrompu, les vomissements bilieux ne peuvent plus se produire. Même remarque au sujet de la décoloration des matières fécales; tant que le calcul reste enclavé dans le canal cystique, la bile s'écoulant librement dans l'intestin, les matières fécales continuent à être colorées, mais si l'enclavement du calcul se fait dans le canal cholédoque avec quelque persistance, les matières fécales sont décolorées, la teinte ictérique des téguments et la coloration ictérique des urines sont portées à leur maximum.

En général, l'accès de colique hépatique cesse brusquement et le malade éprouve à ce moment une délicieuse sensation de bien-être. C'est une preuve, ou bien que le calcul est rentré dans la vésicule après avoir inutilement essayé de franchir le canal cystique, ou bien qu'il est arrivé dans le duodénum après une pénible migration à travers les canaux. La fin de l'accès est souvent accompagnée de l'émission d'urines abondantes et claires comme de l'eau (urines nerveuses). Pendant l'accès, le foie est souvent augmenté de volume, et la région de la vésicule biliaire est extrêmement sensible à la pression.

Quand la colique hépatique a été longue et intense, le foie reste gros et douloureux pendant plusieurs jours, il