

Phôpital Necker au moment où mes élèves entouraient le lit d'un malade dont le diagnostic ne s'imposait pas. Le foie était un peu gros, un peu douloureux, et les conjonctives présentaient une teinte subictérique. Sous nos yeux, le malade est pris d'un frisson des plus violents et très prolongé, comparable au frisson d'un accès palustre ou d'une pneumonie lobaire, il grelotte pendant un quart d'heure; sa teinte subictérique ayant appelé mon attention, je l'interroge au point de vue de la lithiase biliaire, j'apprends de lui qu'il a eu des coliques hépatiques, et, bien que les douleurs hépatiques fussent actuellement très modérées, je porte le diagnostic d'accès de fièvre satellite d'une migration calculuse biliaire. Au bout d'un quart d'heure la température montait à 40°, et au stade de chaleur faisaient suite des sueurs profuses qui terminaient l'accès. Le surlendemain on retrouvait, dans les matières fécales, deux calculs biliaires, cause et témoin de ce qui s'était passé.

Il y a quelque temps, Pozzi m'appelait en consultation auprès d'une de ses malades récemment opérée. Tout avait réussi, la malade était dans le meilleur état, n'ayant pas eu la moindre fièvre, quand elle fut prise de frissons et d'accès de fièvre terribles, la température atteignant 39° et 40°. Les accès se reproduisaient plus ou moins forts, depuis trois jours, à des heures indéterminées et plusieurs fois en vingt-quatre heures. L'hypochondre droit était douloureux, les conjonctives étaient légèrement ictériques. J'examine la malade, je constate une douleur au niveau des voies biliaires, j'apprends que la malade a été sujette aux coliques hépatiques, on me dit même qu'on a recueilli un jour dans les déjections un gros caillou biliaire: je m'arrête alors à l'idée de symptômes fébriles satellites de lithiase biliaire, et en effet, quelques jours plus tard, les accès de fièvre disparaissaient sans laisser la moindre trace, et les douleurs des voies biliaires disparaissaient également.

J'ai eu à l'Hôtel-Dieu une femme qui m'avait été adressée

de Biarritz par Lostalot, et qui avait rendu, en six semaines, une trentaine de calculs biliaires. La migration des calculs à travers les canaux biliaires était chaque fois accompagnée de coliques hépatiques et d'accès de fièvre avec frisson et élévation de température à 39 et 40°.

Tels sont les accès de fièvre, satellites des migrations calculuses biliaires; je les ai constatés un grand nombre de fois, et souvent, à l'hôpital, en interrogeant nos malades atteints de coliques hépatiques, je retrouve les grands accès fébriles dans le présent ou dans le passé. Si j'ai insisté avec quelque complaisance sur cette variété de fièvre, c'est que malgré les travaux de Charcot et de Magnin on ne la connaît pas assez; or il est bien important de savoir la dépister et de ne pas la confondre avec d'autres accidents fébriles tributaires d'infections biliaires redoutables.

La distinction entre la fièvre satellite et la fièvre d'infection a été signalée depuis longtemps; Pentry, Magnin, Charcot, Besnier ont établi « que la fièvre intermittente qui survient à l'occasion de la lithiase biliaire se montre dans deux circonstances différentes et peut être l'indice de deux états morbides différents ». C'est pour distinguer nettement ces deux espèces de fièvre intermittente, que Charcot¹ les avait nommées la première fièvre hépatalgique ou fièvre satellite de la colique hépatique, et la seconde, fièvre hépatique ou biliaire (d'origine toxi-infectieuse). Les accès fébriles satellites, même violents, peuvent exister avec les formes atténuées et incomplètes des coliques hépatiques; parfois même ils dominent la situation au point que la colique hépatique, presque *fruste*, est reléguée au second plan. Magnin² cite un cas dans lequel les accès satellites des migrations calculuses avaient précédé de plusieurs mois les coliques hépatiques. Il est rare qu'il n'y ait qu'un seul accès de fièvre satellite; habituellement on en compte une série; ils reviennent plusieurs jours de suite sans périodicité bien marquée.

1. Charcot. *Maladies du foie et du rein*, p. 148 et 178.

2. Magnin. *De quelques accidents de la lithiase biliaire*, etc. Thèse de Paris, 1869.

Je ne m'explique pas bien la cause de ces accès satellites; Charcot supposait qu'ils sont le résultat d'une infection à petite dose, auquel cas ils pourraient être considérés comme une des modalités de la fièvre bilio-septique; c'est possible mais je n'en suis pas bien certain, car on voit bien des gens atteints de lithiase biliaire, dont les accès fébriles satellites n'aboutissent jamais aux accès fébriles bilio-septiques et ne sont jamais suivis des lésions infectieuses de la vésicule biliaire ou du foie.

Le pronostic des accès satellites est généralement bénin; ils causent de vives alertes, mais ils guérissent habituellement sans laisser de traces. Il ne faudrait pas cependant être trop optimiste, car tels accès fébriles qui ont présenté à leur début les caractères de la fièvre hépatalgique, peuvent aboutir à une issue fatale; témoin l'observation, exceptionnelle il est vrai, rapportée par Besnier¹, concernant un malade qui rendit en quelques jours 148 calculs biliaires. Par contre, on voit d'autres malades, comme celui de Bobowicz², qui eut 55 accès satellites, par séries de 6 à 8 accès, franchement intermittents, avec colique hépatique et ictère, ce qui n'empêcha pas que la guérison survint sans autres accidents.

Le diagnostic entre la fièvre satellite et la fièvre bilio-septique est souvent difficile, néanmoins on peut dire que les accès satellites sont habituellement associés à la colique hépatique, douleurs, vomissements, tandis que les accès bilio-septiques en sont souvent indépendants; les accès satellites sont presque toujours suivis de l'expulsion de calculs biliaires, il n'en est pas de même des accès bilio-septiques qui, eux, sont tributaires de lésions toxico-infectieuses (cholécystite, angiocholite). Enfin, les accès satellites coexistent souvent avec les autres symptômes satellites des migrations calculeuses, vertiges, angoisse, défaillance, état lipothymique, ce qui n'est pas le cas pour la fièvre bi-

1. Besnier. *Arch. génér. de méd.*, avril et mai 1880.

2. Bobowicz. *Fièvre intermittente symptomatique de la lithiase biliaire*. Th. de Paris, 1878.

lio-septique. En résumé, on ne peut pas dire de la colique hépatique, qu'elle est toujours apyrétique, tandis que je n'ai jamais observé d'accès satellites dans le cours de la colique néphrétique.

Outre les accès de fièvre que je viens de décrire, on observe encore des accès de fièvre par stagnation biliaire, au cas d'oblitération persistante du canal cholédoque, quelle que soit la cause de l'oblitération. Cette question sera étudiée au chapitre concernant l'*oblitération permanente du cholédoque*.

Complications. — La colique hépatique est quelquefois accompagnée de complications. On a signalé, au moment même de l'accès, la rupture des canaux cystique et cholédoque suivie de péritonite consécutive, terrible accident qui sera étudié plus loin. La mort subite¹ survenant au moment de l'accès est un fait absolument rare; on en peut expliquer le mécanisme par action réflexe, et à l'autopsie on retrouve un calcul volumineux engagé dans le canal cystique ou dans le canal cholédoque. La colique hépatique peut être accompagnée de troubles vasculaires qui se traduisent par la congestion pulmonaire du côté droit², par l'œdème des extrémités inférieures, par la dilatation du cœur droit avec insuffisance tricuspide. Le retentissement des lésions biliaires sur le cœur droit est un fait qui a été mis en lumière par Potain. Gangolphe avait indiqué l'existence d'un bruit de souffle dans l'ictère³, et il le plaçait à l'orifice mitral; ce bruit de souffle paraît devoir être placé à l'orifice tricuspide. Potain⁴ a démontré que les affections aiguës des voies biliaires, et l'ictère calculeux en particulier, peuvent déterminer une dilatation transitoire des cavités cardiaques droites, avec insuffisance

1. Mossé. *Accidents de la lithiase*, p. 58. — Brouardel. *La mort subite*, p. 221.

2. N. Guéneau de Mussy. *Clin. méd.*, t. II, p. 75.

3. Gangolphe. *Souffle mitral dans l'ictère*. Th. de Paris, 1875.

4. Potain. *Note sur un point de la pathologie des dilat. card. d'origine gastro-hépatique*. Paris, 1878.

tricuspide et hypertrophie ventriculaire. Cette dilatation est probablement due à un excès de pression dans l'artère pulmonaire, excès de pression qui provient d'une diminution de calibre des artérioles du poumon, et qui est sans doute le résultat d'une action réflexe transmise au bulbe et réfléchi au poumon par des filets du grand sympathique¹.

Nous verrons plus loin que la lithiase biliaire peut provoquer l'endocardite toxi-infectieuse au moyen de germes puisés dans les conduits biliaires², micro-organismes qui ont leurs représentants dans l'intestin³.

Diagnostic. — Le diagnostic de la colique hépatique est généralement facile. On ne la confondra pas avec la colique néphrétique, car dans ce cas le foie n'est nullement douloureux, la douleur part du rein, suit le trajet de l'uretère, atteint le testicule, le col de la vessie, l'extrémité de la verge, et l'ictère fait défaut. L'hépatalgie idiopathique, c'est-à-dire la simple névralgie hépatique, que Beau croyait si fréquente, est extrêmement rare depuis qu'on a recherché avec soin les cholélithes qu'on retrouve presque toujours dans les garde-robes, le jour ou les jours qui suivent l'accès de colique hépatique. Le diagnostic avec la gastralgie est quelquefois difficile; certains malades n'accusent que des crampes d'estomac; mais, en y regardant de plus près, on voit que ces prétendues crampes sont des ébauches de colique hépatique; les urines contiennent du pigment biliaire, la conjonctive prend une teinte subictérique, le foie est tuméfié et douloureux, et la douleur gagne l'épaule droite. Dans les cas où le diagnostic de la lithiase biliaire présente des difficultés, l'urobilinurie et la peptonurie (Bouchard) sont des signes en sa faveur.

1. Morel. *Recherches expérim. sur la pathologie des lésions du cœur droit*, etc. Th. de Lyon, 1879.

2. Netter et Martha. Endocardite végétante ulcéreuse dans les affections des voies biliaires. *Arch. de physiol.*, juillet 1886.

3. Riss. *Endocardites aiguës consécutives aux infections biliaires*. Thèse de Paris, 1900.

Je signale en passant le diagnostic de la colique néphrétique avec la colique saturnine, et j'insiste sur le diagnostic des coliques hépatiques *frustes*, celles qui ne sont pour ainsi dire pas douloureuses, la présence et la migration du calcul biliaire se révélant surtout par des frissons, par des accès de fièvre, par des vertiges ou par des lipothymies. Le diagnostic avec les douleurs de la lithiase intestinale peut offrir quelque difficulté. Afin d'éviter les répétitions je renvoie au chapitre des entéro-typhlo-colites.

J'en dirai autant du diagnostic de la colique hépatique avec l'appendicite. Qu'on veuille bien se reporter au chapitre de l'appendicite où j'ai discuté ce diagnostic.

Il ne faut pas confondre la colique hépatique avec les pseudo-coliques hépatiques⁴ qui n'ont rien à voir avec la lithiase biliaire et qui sont dues à des adhérences de péricholécystite; il en sera question à l'un des chapitres suivants au sujet des cholécystites.

Le pronostic des coliques hépatiques doit toujours être réservé; d'abord parce que les plus graves accidents, perforation des canaux biliaires, lipothymie, syncope, mort subite, sont possibles au moment de l'accès, et ensuite parce que les calculs biliaires peuvent être l'origine d'une série d'accidents que nous allons étudier dans les chapitres suivants.

Traitement. — Le traitement de la colique hépatique a pour but : 1° de calmer la douleur; 2° de faciliter l'expulsion du calcul; 3° de s'opposer à la formation de nouveaux calculs. Pour calmer la douleur, on a recours à l'antipyrine; on donne deux, trois ou quatre grammes d'antipyrine par cachets de 50 centigrammes. Les injections sous-cutanées de morphine rendent également de grands services, chaque injection contenant un demi-centigramme, un centigramme, deux centigrammes de chlorhydrate de morphine. A ces moyens on peut joindre des lavements de chloral et

4. Longuet. *Intervention chirurgicale dans les angiocholécystites non calculeuses*. Th. de Paris, 1896.