

l'application de vessies de glace sur l'hypochondre. Les bains prolongés donnent aussi de bons résultats; Molière¹ a préconisé les bains froids. Pour faciliter l'expulsion du calcul, on a conseillé l'ingestion de grandes quantités d'huile, le massage de la région hépatique (Pujol). La médication alcaline a une double action : elle facilite l'expulsion des calculs et elle s'oppose à leur formation. C'est dans ce but qu'on prescrit les cures de Vichy, de Carlsbad, de Contrexéville, de Vittel. Le remède de Durande, qu'on donne sous forme de perles, contenant trois parties d'éther pour deux parties d'essence de térébenthine, était fréquemment employé par Trousseau. Le malade doit surveiller son alimentation et laisser de côté les aliments gras, les aliments et les boissons acides.

B. DEUXIÈME GROUPE — MIGRATION ET ARRÊT
DES CALCULS BILIAIRES DANS L'INTESTIN
STÉNOSE ET OBLITÉRATION DU PYLORE

Obstruction intestinale. — L'obstruction de l'intestin par les calculs biliaires n'est pas extrêmement rare, puisque Dragon a pu en réunir 140 cas². Il faut, pour expliquer cette obstruction, que le calcul ait un volume considérable: le volume d'une noix, d'un œuf. Reste à expliquer la migration de ces calculs volumineux. De gros calculs peuvent, il est vrai, traverser les canaux biliaires, qui sont très dilatables, néanmoins la plupart des calculs volumineux qui sont passés dans l'intestin y sont arrivés à travers une fistule biliaire intestinale (Murchison³); c'est le plus souvent une fistule cystico-duodénale, la vésicule biliaire communiquant avec le duodénum.

Ce qui fait supposer que ces calculs volumineux n'ont pas

1. Molière. *Lyon médical*, 1892.
2. Dragon. *De l'occlusion intestinale par calcul biliaire*. Th. de Paris, 1891.
3. Murchison. *Maladies du foie*, p. 499, trad. Cyr.

traversé la voie naturelle des canaux biliaires, c'est que les sujets peuvent n'avoir éprouvé antérieurement aucun accident de lithiase, ni colique hépatique, ni ictère. Certains cependant avaient eu des symptômes de cholécystite calculeuse. La vésicule biliaire subit des adhérences avec une anse intestinale (péricholécystite), une large fistule s'établit, et le calcul, grâce à cette fistule, passe de la vésicule dans l'intestin. Tantôt le calcul opère sa migration à travers l'intestin sans encombre, tantôt il provoque de graves accidents. En pareil cas, les symptômes de l'occlusion intestinale sont brusques, mais, dans un tiers des cas, la guérison survient spontanément, et le calcul ou les calculs sont rendus dans les selles¹. Quand l'occlusion intestinale persiste, il s'y joint souvent des symptômes de péritonite. C'est habituellement dans le jéjunum, dans l'iléon ou à la partie inférieure du rectum que les calculs sont arrêtés. Dans quelques cas, on a constaté que le volume considérable des calculs biliaires est dû à l'adjonction de dépôts calcaires, pigmentaires et stercoraux. Le spasme intestinal entre également comme un facteur important dans la pathogénie de l'obstruction intestinale calculeuse. Voici le résumé de quelques observations qui donneront une idée de ces accidents :

(Merklen)² : Une femme, n'ayant aucun antécédent appréciable de lithiase biliaire, est prise subitement de symptômes d'étranglement interne : coliques, vomissements, suppression des garde-robes et des gaz, puis vomissements verdâtres, fécaloïdes, état cholériforme et abaissement de la température. Après une détente passagère, les symptômes reprennent avec intensité : hoquet, tympanisme abdominal, refroidissement, et la malade succombe. L'occlusion siègeait dans l'intestin grêle et était due à un énorme calcul biliaire mesurant plus de 9 centimètres de circonférence. Ce calcul s'était introduit dans l'intestin à travers une

1. Galliard. Héus par calcul biliaire. *Presse médicale*, 18 mai 1895. — Leroy, Th. de Lille, 1902.
2. Société clinique de Paris, décembre 1884.

fistule cystico-duodénale. La vésicule biliaire contenait encore un gros calcul.

(Audry)¹. Il s'agit d'un malade pris brusquement des symptômes d'une occlusion intestinale, vives douleurs abdominales, vomissements, constipation absolue, météorisme; puis survient une détente bientôt suivie d'aggravation rapide, et le malade succombe en pleine algidité avec tous les symptômes du choléra herniaire. A l'autopsie, on trouve une poussée de péritonite récente et une obstruction de l'intestin grêle due à un énorme calcul biliaire, du poids de 44 grammes et mesurant 11 centimètres 1/2 de circonférence. Ce calcul avait pénétré dans l'intestin par une fistule cystico-duodénale.

*Observations anglaises*². — A la Société clinique de Londres, Maclagan a rapporté le cas d'un malade atteint à quatre reprises de vives douleurs abdominales avec constipation. Ces attaques douloureuses duraient de trois à six jours; après chaque attaque, le malade évacuait par les selles un calcul biliaire de la dimension d'une noix. Le patient finit par succomber et à l'autopsie on trouva une fistule cystico-duodénale; la vésicule contenait encore un gros calcul. Broadbent a observé un cas d'occlusion intestinale chez un vieillard qui succomba en quatre jours; à l'autopsie, on trouva un énorme calcul biliaire dans l'intestin grêle. Ord a vu trois cas analogues: des calculs biliaires énormes s'étaient arrêtés, chez un premier malade à la fin de l'iléon, chez un second malade dans l'intestin grêle, et chez un troisième malade au niveau du sphincter anal. Harrington a publié le cas d'une femme âgée prise de symptômes d'occlusion intestinale, on l'opère et l'on trouve dans l'iléon un volumineux calcul biliaire.

Observations allemandes. — Lobstein³ rapporte les deux

1. *Lyon médical*, 1887.

2. *La Semaine médicale*, 25 janvier 1888. — Garin. *Occlusion intestinale par calculs biliaires*. Th. de Paris, 1897. — Brochard. *Occlusion intestinale par calculs biliaires*. Th. de Paris, 1899.

3. *La Semaine médicale*, 1895, p. 396.

cas suivants: Un vieillard est pris brusquement de symptômes d'occlusion intestinale, on l'opère et l'on trouve dans l'iléon un gros calcul biliaire de 6 centimètres de longueur. Le second cas concerne une femme âgée, prise, elle aussi, des symptômes brusques d'une occlusion intestinale; on l'opère et l'on trouve dans l'intestin grêle un calcul biliaire du volume d'un œuf de poule.

En résumé, nous voyons que l'occlusion intestinale par calcul biliaire survient surtout chez des gens âgés, qui le plus souvent n'ont éprouvé antérieurement ni colique hépatique, ni aucun des symptômes qui trahissent la migration ou l'arrêt des calculs dans les voies biliaires; ces gros calculs se forment lentement dans la vésicule biliaire qui s'infecte et ils pénètrent dans l'intestin par une fistule habituellement cystico-duodénale. Sur les 92 observations rassemblées par Lobstein, 17 fois seulement les symptômes d'occlusion intestinale avaient été précédés de symptômes de cholélithiase.

Le traitement de ces accidents est avant tout chirurgical. D'après la statistique de Lobstein, sur 61 cas non opérés 29 se sont terminés par la mort, et sur 31 cas opérés 19 ont succombé. Ajoutons que la plupart des opérations suivies de mort ont été faites tardivement, chez des malades épuisés et en pleine péritonite. Pour avoir les meilleures chances de succès, l'opération doit donc être faite en temps voulu.

Sténose et obstruction du pylore. — Le voisinage de la vésicule biliaire et du pylore explique les connexions pathologiques de ces deux organes au cas de cholécystite calculeuse. La cholécystite calculeuse peut retentir de différentes manières sur le pylore et sur son orifice. Quelquefois un gros calcul sorti de la vésicule perforée s'incruste dans la paroi pylorique, s'y forme une loge et oblitère plus ou moins l'orifice pylorique¹. Dans d'autres cas le calcul biliaire est adossé au pylore, il est juxta-pylorique et il aide

1. Gailliard. *Presse médicale*, 5 octobre 1895.

à la transformation fibroïde et rétractile du pylore dont l'orifice est rétréci; M. Marchant en cite trois cas dans son travail¹. Le rétrécissement du pylore peut n'être pas dû à l'action directe du calcul biliaire, il peut tenir à des adhérences, à des lésions de périgastrite, consécutive elle-même à la péricholécystite calculeuse².

En somme, la cholécystite calculeuse peut déterminer par différents mécanismes la sténose et l'obstruction de l'orifice pylorique, soit directement par la présence de gros calculs, soit indirectement par adhérences, par tissu fibroïde rétractile, par périgastrite consécutive à la péricholécystite. Le rétrécissement plus ou moins accentué de l'orifice pylorique se traduit par les symptômes suivants : Douleurs épigastriques; vomissements survenant plusieurs heures après l'ingestion des aliments; dilatation considérable de l'estomac avec tympanisme et clapotement; constipation; amaigrissement par insuffisance de l'alimentation; cachexie; induration ou tumeur à la région épigastrique.

Voilà donc un malade qui vomit, qui maigrit et se cachectise. Ce malade se plaint de vives douleurs à la région épigastrique; on l'examine, on constate une dilatation stomacale et une tumeur pylorique; on ne peut tout d'abord se défendre de l'idée d'un cancer. C'est surtout l'induration, c'est la tumeur qui fausse le diagnostic. En somme, les vomissements, l'amaigrissement progressif, la cachexie, les douleurs, l'induration, la tumeur, la dilatation stomacale, tout cela peut se voir, quelle que soit la cause de la sténose pylorique; qu'il s'agisse d'ulcère, de cancer, de périgastrite, d'adhérences, de calculs biliaires, etc. Et si le malade a, dans son passé, des coliques hépatiques, de l'ictère, des signes de cholécystite, il faut penser à la sténose pylorique consécutive à la cholécystite calculeuse, et recourir sans tarder à l'intervention chirurgicale.

1. G. Marchant et Dumoulin. *Revue de gynécologie*, septembre 1899.

2. Mangourd. *Obstruction du pylore par calculs biliaires*. Th. de Paris, 1897. — Marchais. *Rétrécissement du pylore d'origine biliaire*. Th. de Paris, 1898.

C. TROISIÈME GROUPE

OBLITÉRATION PERSISTANTE DES CANAUX BILIAIRES

CIRRHOSE BILIAIRE

La *colique hépatique*, étudiée à l'un des chapitres précédents, n'est accompagnée que d'une oblitération *temporaire* et parfois *incomplète* des canaux cystique et cholédoque. Nous allons actuellement nous occuper de l'oblitération *persistante* de ces canaux et des accidents multiples qui peuvent en résulter.

Quand le *canal cystique* est obstrué d'une façon persistante par un calcul, la bile n'arrive plus dans la vésicule du fiel; la bile qui s'y trouvait déjà se résorbe; les parois de la vésicule, sous l'influence d'une inflammation chronique, s'épaississent, se transforment en tissu fibreux, et la vésicule s'atrophie. Il y a même des cas où les parois de la vésicule s'infiltrent de sels calcaires. Dans d'autres circonstances, la bile résorbée fait place à une sécrétion séromuqueuse et la vésicule (*hydropisie de la vésicule*) peut prendre des dimensions considérables. Le liquide de l'hydrocholécystite est muqueux, filant, blanchâtre, et quelquefois riche en muco-pus. Toutefois, comme l'obstruction du canal cystique laisse libre l'écoulement de la bile dans l'intestin, cet accident n'a pas, s'il s'en faut, la même gravité que l'obstruction du canal cholédoque.

Quand le *canal cholédoque* est oblitéré d'une façon persistante par un ou plusieurs calculs, que ce soit en un point quelconque de son trajet, ou au niveau de l'ampoule de Vater, peu importe. la bile ne passe plus dans l'intestin, et un *ictère chronique* en est la conséquence. Il y a néanmoins quelques exemples où, malgré la présence de plusieurs calculs (Cruveilhier)¹, le canal cholédoque était resté

1. Cruveilhier. *Atlas d'anat.*, liv. XII, pl. 5.