

pédicule, la tumeur descend dans l'abdomen et simule toutes les tumeurs abdominales.

L'infection des vésicules calculeuses se fait par le mécanisme invoqué plus haut, que l'oblitération calculeuse siège dans le canal cholédoque ou dans le canal cystique; il y a même des cas où la vésicule calculeuse s'infecte alors qu'il n'y a pas d'oblitération canaliculaire. Suivant ces différentes modalités, les lésions de la cholécystite calculeuse ne sont pas toujours identiques. Le liquide des vésicules calculeuses infectées est généralement peu abondant. Ce liquide est à peine troublé par des nuages de mucopus, ou bien il est purulent, sanieux, fétide, coloré ou non par la bile (empyème de la vésicule). La vésicule se laisse d'autant plus distendre que ses parois sont plus amincies et moins sclérosées. Dans ces parois existent souvent des abcès milliaires.

Les différentes formes de cholécystite que je viens de décrire sont souvent suivies de péricholécystite. Des *adhérences* s'établissent entre la vésicule et les organes du voisinage (intestin, pylore, canal cystique, etc.), des ulcérations, des perforations, des fistules se forment et alors surviennent les complications que j'ai étudiées dans le courant de ce chapitre : passage de gros calculs dans l'intestin et occlusion intestinale; péritonite calculeuse; sténose du pylore, etc.

*Symptômes et diagnostic.* — Prenons d'abord le cas le plus simple. Un malade a eu depuis plusieurs années des coliques hépatiques vérifiées par la présence de calculs biliaires dans les selles. Plus tard les douleurs ont perdu les caractères classiques de la colique hépatique. La région du foie est endolorie. Des mouvements brusques, des cahots, des vêtements trop ajustés, tout rappelle la douleur de l'hypochondre. Les fonctions digestives sont troublées. Parfois il y a des débâcles bilieuses avec vomissements de bile et diarrhée bilieuse. On ne constate ni ictère, ni urines ictériques. La fièvre n'est pas rare, avec ou sans frissons; la langue est sèche, l'appétit est perdu. A certain moments surviennent

des épisodes douloureux rappelant un peu la colique hépatique; pendant ces crises, il semble à quelques malades « qu'une grosseur apparaît sous le foie ».

On examine le sujet en ayant soin de le placer alternativement debout et couché. Je recommande tout spécialement la *station debout* qui est si favorable aux explorations abdominales; les tumeurs, l'asymétrie, les déformations, sont bien plus facilement appréciables. On constate parfois sous le rebord costal, en dehors du muscle droit, au niveau du dixième cartilage costal, une saillie, une tumeur appréciable à la vue et au toucher et douloureuse à la pression.

Il est rationnel dans un cas pareil, de porter le diagnostic de cholécystite calculeuse, diagnostic qui est quelquefois confirmé par la radiographie. Ces dernières années, j'ai vu trois cas semblables, l'un avec Pinard chez une femme récemment accouchée qui fut opérée avec succès par Hartmann, l'autre chez une femme qui fut opérée avec succès par Delbet, et un troisième chez une femme qui fut opérée avec succès par Hartmann. Dans les trois cas, la cholécystite formait tumeur sous le foie, les calculs étaient volumineux et avaient la dimension d'une noix à un œuf.

Le diagnostic de la cholécystite calculeuse n'est pas toujours aussi simple que dans les cas précédents. Voici par exemple un malade qui se plaint de douleurs vives à l'hypochondre, avec vomissements, anorexie, fièvre, amaigrissement; le foie n'est pas augmenté de volume, le bord inférieur de l'organe est douloureux à la pression, mais on ne constate ni voussure ni tumeur à la région de la vésicule pour la bonne raison que la vésicule biliaire est rétractée, cachée sous le foie, par conséquent inaccessible à l'exploration. On hésite sur la nature du mal. Cependant, on peut arriver au diagnostic si dans le passé du malade on trouve des coliques hépatiques, il est probable alors qu'on a affaire à une cholécystite calculeuse. C'est ainsi que nous sommes arrivés au diagnostic chez une femme que nous avons vue avec Pellereau et qui fut opérée plus tard avec succès par Tuffier. Le



calcul biliaire avait la dimension d'une noix, et la vésicule était cachée sous le foie.

Enfin il est d'autres cas où le diagnostic de la cholécystite calculeuse offre des difficultés d'un autre genre, c'est quand la vésicule biliaire par son volume ou par son déplacement simule des tumeurs abdominales telles que kyste hydatique du foie, cancer du foie, tumeur du péritoine, tumeur du rein, lobe aberrant du foie. Toutes ces erreurs de diagnostic ont été commises<sup>1</sup>. Qu'on veuille bien se reporter au chapitre concernant « le lobe aberrant du foie » et l'on comprendra la difficulté du diagnostic.

Je rappelle que la cholécystite calculeuse peut devenir l'origine d'une série de complications : passage de gros calculs dans l'intestin et occlusion intestinale; oblitération de l'orifice pylorique, perforation du diaphragme et rejet par les bronches d'une vomique biliaire; péritonite suraiguë, pyélite, endocardite, etc.

Enfin il est un côté tout nouveau de la question, c'est l'association de la cholécystite et de l'appendicite; un chapitre spécial lui sera consacré plus loin.

*Péricholécystite et adhérences.* — Je renvoie pour de plus amples détails au chapitre xxiii sur les cholécystites en général.

*Traitement.* — Quand on a fait le diagnostic de cholécystite calculeuse il faut recourir à l'intervention chirurgicale. Les complications multiples et terribles que je viens de passer en revue disent assez combien il serait imprudent d'attendre trop longtemps avant d'agir.

N'oubliant pas que j'écris ici un chapitre de pathologie médicale, je n'ai pas à entrer dans les discussions qui ont pour but de fixer le genre d'opération auquel on doit avoir recours : les progrès réalisés dans cette voie, depuis quelques années, sont considérables. Tantôt on fait la *cholécystotomie*, opération qui consiste à pratiquer la taille de la

1. Lionnais. *Tumeurs de l'hypochondre droit formées par la vésicule biliaire*. Thèse de Paris, 1896.

vésicule biliaire, à extraire les calculs, et à créer une fistule biliaire externe dont on obtient plus tard la guérison. Tantôt on fait la *cholécystectomie*, opération qui consiste à pratiquer la résection de la vésicule biliaire. Tantôt, enfin, on fait la *cholécystentérostomie* (surtout au cas d'oblitération du cholédoque), opération qui consiste à aboucher directement la vésicule biliaire dans l'intestin grêle, duodénum ou colon. Bien des malades autrefois condamnés à périr ont bénéficié de cette admirable chirurgie qu'ont rendue possible les méthodes aseptiques<sup>1</sup>.

*Pyléphlébite.* — *Anévrysmes.* — L'obstruction calculeuse des voies biliaires et les lésions d'angiocholite qu'elle détermine sont quelquefois accompagnées de pyléphlébite (infection des vaisseaux portes). La *pyléphlébite* peut atteindre le tronc de la veine porte ou les branches secondaires. L'accolement des branches de la veine porte aux canaux biliaires explique la possibilité de la phlébite porte consécutive à la péri-angiocholite. On peut expliquer de même l'inflammation du tronc porte consécutive aux lésions du canal cholédoque<sup>2</sup>.

La pyléphlébite est oblitérante ou suppurative. La phlébite oblitérante est beaucoup plus rare; quand elle siège sur le tronc porte, on voit se développer l'ascite, la *tuméfaction de la rate*, la *circulation collatérale* de l'abdomen. Quand la pyléphlébite est *suppurative*<sup>3</sup>, elle est accompagnée d'accès de fièvre à forme intermittente, et à l'autopsie on trouve dans le foie des abcès multiples.

Dans quelques cas, sous l'influence de processus calculeux et infectieux, les artères du voisinage peuvent être atteintes d'ectasie, d'ulcération, et provoquer des hémorragies mortelles, presque foudroyantes (hématémèses et

1. Terrier. *Congrès de chirurgie*, 22 avril 1892. — *Société de chirurgie*, décembre 1892. — Longuet. *Traitement chirurgical de l'angiocholécystite non calculeuse*. Th. de Paris, 1896. — Terrier et Auvray. *Chirurgie du foie et des voies biliaires*, Paris, 1901.

2. Charcot, *loc. cit.*, p. 72.

3. Ledieu. *Pyléphléb. suppurative*. Th. de Paris, 1879.



mélæna). Mon interne Marion<sup>1</sup> en a rapporté une observation concernant une malade de mon service de Necker; d'autres cas ont été publiés<sup>2</sup>.

**Endocardite biliaire.** — La lithiase biliaire, avons-nous dit, est une porte ouverte à l'infection des voies biliaires avec ou sans suppuration. Ainsi s'expliquent l'angiocholite, la pyléplébite, la cholécystite, l'hépatite. Les agents pathogènes étant facilement transportés au cœur, il en résulte de fréquentes *endocardites*<sup>3</sup>. C'est le cœur gauche qui est presque toujours lésé, surtout dans sa valvule mitrale et dans ses valvules aortiques. Assez souvent l'endocardite revêt la forme ulcéreuse et végétante. Les symptômes de ces endocardites biliaires sont généralement peu accusés, la fièvre et l'ictère qui les accompagnent marquent l'entrée en scène de la lésion qui faute d'attention peut passer inaperçue.

#### E. CINQUIÈME GROUPE

##### PÉRITONITES CALCULEUSES — FISTULES BILIAIRES

Occupons-nous actuellement des péritonites partielles et généralisées qui sont dues à la perforation des voies biliaires (vésicule et gros canaux) et au passage des agents infectieux dans le péritoine.

**Péritonites calculeuses.** — Les péritonites que j'appelle par abréviation *péritonites calculeuses* présentent plusieurs modalités : Il y a des péritonites *partielles*, qui sont limitées par des adhérences qui relient la vésicule biliaire aux régions voisines, estomac, duodénum, épiploons, colon, parois abdominales. Il se forme ainsi des clapiers purulents, des

1. Marion. *Mercure médical*, 49 décembre 1894.

2. Schmidt. *La Semaine médicale*, 15 août 1894. — Hondry. *Th. de Paris*, 1898.

3. Riss. *Thèse de Paris*, 1900.

cloaques, qui peuvent fuser au loin et qui sont d'un diagnostic fort difficile. Les adhérences sont parfois si épaisses, qu'elles forment une tumeur au milieu de laquelle la vésicule est enclavée. Cliniquement, ces péritonites partielles sont beaucoup moins redoutables que les *péritonites aiguës, généralisées*, qui vont maintenant nous occuper. Trousseau en a rapporté trois cas<sup>1</sup>; les voici :

C'était à Tours. Un riche débitant de cette ville, que traitait Bretonneau, fut pris tout à coup, au milieu d'une attaque de coliques hépatiques qui s'était prolongée pendant cinq à six jours, de vomissements incoercibles et de tous les signes d'une péritonite formidable, qui l'enlevait en moins de vingt-quatre heures. A l'ouverture de son cadavre, nous trouvâmes dans la cavité péritonéale un calcul biliaire du volume d'une noisette, et nous découvrîmes, sur le trajet du canal cholédoque la perforation par laquelle ce calcul et une certaine quantité de bile s'étaient fait jour.

Il y a une huitaine d'années, dit Trousseau, je donnais des soins à un ancien notaire qui, depuis quelque temps, était sujet à des attaques de coliques hépatiques. Un jour, je suis mandé près de lui pour des accidents qui avaient pris une intensité plus grande que n'en présentaient ses crises habituelles. Je le trouvai avec des vomissements incessants, le ventre ballonné, ses urines tout à fait supprimées, le pouls d'une excessive faiblesse et à peine perceptible, la température considérablement abaissée. C'étaient, en moins de mots, tous les symptômes d'une péritonite suraiguë. Je jugeai le cas désespéré, et le lendemain, en effet, le malade succombait. Quoique l'autopsie n'ait pu être faite, ce n'est pas trop m'avancer que de dire qu'il s'agissait bien ici d'une péritonite déterminée par un épanchement dans le péritoine consécutivement à la rupture de la vésicule ou d'un des canaux biliaires.

Observation de Werner: Je fus appelé, dit-il, chez un ma-

1. Trousseau. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, t. III, p. 224.