

mélæna). Mon interne Marion¹ en a rapporté une observation concernant une malade de mon service de Necker; d'autres cas ont été publiés².

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*³. 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 cas¹; 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.

lade qui avait des coliques hépatiques extrêmement violentes. Je diagnostiquai des calculs biliaires et j'instituai un traitement. Le lendemain, les douleurs ayant augmenté et une péritonite s'étant déclarée, je soupçonnai une rupture de la vésicule biliaire. Le malade mourut deux jours après, et à l'autopsie je trouvai vingt-cinq calculs, gros comme des noisettes dans la vésicule; celle-ci était perforée et la bile était passée dans le péritoine. Un calcul plus gros que les autres oblitérait le canal cholédoque.

Voici d'autres observations : Un homme de soixante-huit ans est pris, après dîner, de symptômes de péritonite : vives douleurs à l'épigastre et vomissements ; le ventre se ballonne, la constipation devient absolue, le pouls s'accélère, les vomissements continuent et le malade succombe en trois jours. A l'autopsie, on trouve une péritonite due à la perforation de la vésicule atteinte de cholécystite calculeuse¹. Une autre observation concerne un jeune soldat², ayant eu, depuis trois ans, quelques coliques hépatiques ; il est pris un jour, brusquement, des symptômes d'une péritonite aiguë des plus terribles et il succombe en cinquante-six heures. A l'autopsie, on trouve une péritonite généralisée ; la cavité péritonéale contient une trentaine de calculs venus de la vésicule biliaire perforée. La vésicule est atteinte de cholécystite, elle ressemble à un petit sac bourré de cailloux.

Dans le cas de Bastianelli³, la perforation de la vésicule biliaire survint dans le cours d'une colique hépatique avec ictère. Les douleurs de la péritonite se confondaient avec les douleurs de la colique hépatique. A l'autopsie, on trouva des calculs dans les canaux cystique et cholédoque.

L'observation de Zuber et Lereboullet⁴ concerne un malade atteint de coliques hépatiques et de cholécystite. Une péri-

1. Bouchaud. Ulcérations calculeuses de la vésicule biliaire. *Archives générales de médecine*, août 1880.

2. Rullier. *Archives de médecine et pharmacie militaires*, 1893, p. 319.

3. Thèse de Dominici, 1894, *Sur les cholécystites suppurées*.

4. *Gazette hebdomadaire*, 18 décembre 1898.

tonite éclate le malade meurt et l'on trouve à l'autopsie une perforation du canal cholédoque. Deux calculs biliaires baignaient dans le pus péritonéal.

En résumé, la *péritonite calculeuse* est un des accidents les plus tristes qu'on puisse imaginer. Elle est due à la perforation des gros canaux biliaires et surtout de la vésicule. Parfois elle survient au moment d'une colique hépatique, établissant ainsi par la similitude des symptômes (douleurs violentes, vomissements) une regrettable confusion ; plus souvent elle éclate dans le cours d'une cholécystite connue, soupçonnée ou ignorée. Le pronostic est fatal, à moins que la laparotomie puisse être pratiquée sans retard.

Reste à étudier la pathogénie de ces accidents. La péritonite est due à l'infection péritonéale par des produits infectés, bile, liquide, ou calculs ; le coli-bacille est le plus actif et le plus habituel des agents de cette infection. Mais par quel processus, par quel mécanisme le péritoine est-il infecté ? Y a-t-il toujours rupture des voies biliaires et alors pourquoi et comment se fait la rupture ? On pourrait supposer que si la vésicule atteinte de cholécystite calculeuse vient à se rompre, c'est sans doute que sa cavité est très distendue et que ses parois sont très amincies ; or, il n'en est rien : l'examen des faits prouve, au contraire, que la vésicule biliaire est habituellement rétrécie, et que ses parois sont épaissies, hypertrophiées et comme charnues. Mais la muqueuse de la vésicule présente une multitude de loges, d'alvéoles, formées par des tractus fibro-musculaires hypertrophiés ; dans ces loges, dans ces alvéoles, de forme et de dimension différentes, des calculs, petits ou gros, sont souvent enchatonnés, difficiles à énucléer et comme incrustés dans la paroi. Ces loges, ces alvéoles, contiennent aussi de la bile septique, du liquide purulent ; elles constituent des cavités ampullaires, dans lesquelles les agents infectieux trouvent comme autant de ballons de culture¹ ; il

1. Dupré. *Les infections biliaires*. Th. de Paris, 1891, p. 105.

en résulte un travail ulcéreux qui peut aller jusqu'à la perforation et à la péritonite. Seuvre¹ et Bouchaud² avaient très bien décrit ce *processus ulcératif des alvéoles* de la muqueuse, mais, aujourd'hui, nous en connaissons mieux le mécanisme depuis les découvertes bactériologiques. C'est le coli-bacille qui est l'agent essentiel de ce travail ulcéro-perforant, et il y a même des cas, ici comme dans l'appendicite, où les agents infectieux emprisonnés dans ces alvéoles, transformés en *cavité close*, traversent les parois de la vésicule et vont répandre au loin l'infection péritonéale, sans que la perforation préalable des parois soit absolument nécessaire³.

Fistules biliaires. — Le processus qui a favorisé les adhérences entre la vésicule et les organes voisins se termine fréquemment par ulcération, par perforation, et il en résulte des *fistules* qui donnent passage au contenu de la vésicule et aux calculs. Ces *fistules* sont externes ou internes; spontanées ou consécutives à une intervention chirurgicale. Dans la statistique de Murchison, on trouve 89 fistules cutanées, 36 fistules duodénales, 9 fistules coliques, 12 fistules gastriques; il y a encore d'autres variétés⁴: fistules rénales, vaginales, pleuro-pulmonaires, hépato-bronchiques⁵.

Les fistules hépato-bronchiques et cystico-bronchiques expliquent les *vomiques biliaires* et le rejet à travers les bronches de bile, de pus et de calcul⁶. Le voisinage de la plèvre explique la *pleurésie biliaire* (Gilbert et Lereboullet).

Les fistules biliaires *cutanées* ont un trajet assez long, anfractueux et irrégulier; elles siègent principalement à

1. Seuvres. Calculs biliaires, cholécystite ulcéreuse, perforation de la vésicule, péritonite généralisée. *Société anatomique*, 1878.

2. Bouchaud, *loc. cit.*

3. Observations consignées dans la thèse de Dominici. *Angiocholites et cholécystites suppurées*, Paris, 1895.

4. Barth et Besnier, *loc. cit.*

5. Fouché. *Fistules hépato-bronchiques*. Th. de Paris, 1885. — Nermord, Th. de Paris, 1891.

la région ombilicale et à l'hypochondre droit. La formation de l'ouverture cutanée est habituellement précédée d'un phlegmon de la paroi, et l'orifice, plus ou moins fongueux, donne passage à la bile, au pus et souvent à des calculs. Ces fistules finissent presque toujours par guérir.

Les fistules *cystico-duodénales*¹ sont plus fréquentes que les *cystico-coliques*, et l'on peut dire qu'un bon nombre de gros calculs biliaires rendus par les garde-robes sont passés par des fistules intestinales. Ces calculs sont même parfois si volumineux qu'ils provoquent des symptômes d'*occlusion intestinale*, accident décrit dans le cours de ce chapitre. Les fistules *cystico-gastriques* expliquent comment des calculs biliaires peuvent être rejetés par *vomissement*²: toutefois, il n'est pas impossible qu'un calcul, au moment d'une colique hépatique, remonte jusque dans l'estomac et soit ensuite rendu dans un effort de vomissement. Dans un cas resté célèbre, et qui provoqua la mort d'ignace de Loyola, il y avait communication entre le canal cholédoque et la veine porte.

§ 21. OBLITÉRATION PERMANENTE DU CANAL CHOLÉDOQUE DIAGNOSTIC DE LA CAUSE OBLITÉRANTE

Au précédent chapitre j'ai étudié les lésions du foie et des canaux biliaires qui peuvent succéder à l'oblitération calculeuse persistante du cholédoque. Dans le présent chapitre, mon but est tout autre. Étant donnée une *oblitération permanente* du canal cholédoque, oblitération datant de

1. Denucé. *Tumeurs et calculs de la vésicule biliaire*. Th. de Paris, 1886.

2. Gailliard. Vomissements de calculs biliaires. *La médecine moderne*, 6 juillet 1895.