

époques plus ou moins éloignées, ont précédé ou accompagné l'oblitération définitive du canal cholédoque.

En tout état de cause, même si le diagnostic est incertain, il faut recourir à l'opération. Supposons qu'il s'agisse d'une oblitération cancéreuse, l'opération est un bienfait car elle rétablit le cours de la bile, elle supprime les démangeaisons, elle favorise la nutrition, elle donne au malade quelques mois d'espoir. Supposons qu'il s'agisse d'une oblitération calculeuse, l'opération est souveraine, elle conduit à la guérison. L'intervention chirurgicale doit être plutôt précoce que tardive. Notre malade n'a été opérée qu'au quatorzième mois de l'oblitération, ce qui ne l'a pas empêchée de guérir; il est vrai qu'elle avait, par moment, des petites débâcles biliaires qui sauvaient momentanément la situation. Je reconnais néanmoins que c'est une date beaucoup trop éloignée. En fait d'oblitération calculeuse permanente du cholédoque, l'opération, pour être faite dans les meilleures conditions, ne doit pas être différée au delà du quatrième mois, surtout si l'oblitération est absolue, sans trace de rémissions.

§ 22. ANGIOCHOLITES — CHOLÉCYSTITES

Pathogénie. — Les angiocholites (Jaccoud) et les cholécystites sont toujours consécutives à des toxi-infections microbiennes¹. Tantôt le processus infectieux est favorisé par une stagnation de la bile, par une compression, par une obstruction des canaux biliaires (cancer du pancréas, lithiase biliaire), tantôt l'envahissement des voies biliaires par les microbes se fait sans obstruction préalable des canaux (infection typhique, cholérique, pneumonique²). Les calculs biliaires réalisent le type du processus infectieux avec obstruction canaliculaire, l'infection typhique réalise le type de l'infec-

1. Dupré. *Les infections biliaires*. Th. de Paris, 1891. — Claude. *Lésions du foie et des reins déterminées par certains toxines*. Th. de Paris, 1900.
2. Dominici. *Angiocholites et cholécystites suppurées*. Th. de Paris, 1894.

tion sans obstruction préalable. Je renvoie donc au chapitre de la *lithiase biliaire* et au chapitre de la *fièvre typhoïde* pour l'étude respective de ces angiocholites et de ces cholécystites, et je me contente de donner dans ce chapitre un rapide aperçu général.

A l'état normal, la bile est aseptique, la vésicule biliaire et les canaux biliaires sont également aseptiques; la dernière portion du cholédoque fait seule exception, à cause de son voisinage avec le duodénum, dans lequel vivent à l'état normal, coli-bacille, streptocoques et staphylocoques. Mais à l'état pathologique, ces différents microbes émigrent dans les voies biliaires. Bien d'autres agents, le pneumocoque, le bacille typhique, le bacille du choléra, des diplocoques, des bacilles saprogènes liquéfiant, peuvent également aller infecter les voies biliaires. Peut-être même, dans quelques cas, les organismes peuvent-ils vivre à l'état de latence dans la bile¹, qui n'a pas, il s'en faut, les propriétés bactéricides qu'on lui avait d'abord octroyées.

Le plus souvent, les micro-organismes viennent de l'intestin infecté, mais pourquoi les voies biliaires se laissent-elles envahir; quelle est la cause qui préside à l'émigration des microbes d'un intestin infecté vers des voies biliaires aseptiques? La virulence des microbes intestinaux peut être une cause suffisante d'émigration, mais le plus souvent cette émigration vers les voies biliaires est préparée par l'état pathologique de ces voies biliaires, par leur obstruction calculeuse, par le traumatisme dû aux calculs, par la rétention biliaire dans les canaux intra ou extra-hépatiques, par une altération préalable de la cellule hépatique (alcoolisme, goutte, syphilis). En d'autres termes, ici comme ailleurs, c'est surtout quand la brèche est ouverte, que les microbes se précipitent: c'est quand l'organe est en état de *réceptivité morbide* que les infections secondaires, microbes et toxines, font leur œuvre.

Une fois l'infection biliaire accomplie, que l'émigration

1. Létienne. *De la bile à l'état pathologique*. Th. de Paris, 1891.

microbienne d'origine intestinale se soit faite avec ou sans l'aide préalable de traumatisme, d'obstruction, de rétention biliaire, comment va se traduire l'infection biliaire? C'est le moment d'étudier les angiocholites et les cholécystites.

Angiocholites. — L'angiocholite ou inflammation des canaux biliaires occupe les grands et les petits canaux biliaires (extra- ou intra-hépatiques), comme la bronchite occupe les grosses et les petites bronches.

L'angiocholite des gros canaux biliaires, notamment du cholédoque, est le plus souvent calculeuse; néanmoins l'inflammation du cholédoque (cholédocite) peut n'être pas calculeuse; Longuet, dans son excellente thèse, en rapporte trois observations dues à Terrier, à Helferich et à Ahlfeld¹; dans ces différents cas, le cholédoque, non calculeux, avait atteint des dimensions énormes, il simulait une anse intestinale ou un kyste volumineux, il contenait un liquide verdâtre, visqueux ou suppuré.

L'angiocholite des petits canaux biliaires (*canaux intra-hépatiques*) a de telles analogies avec la variété calculeuse, que je renvoie au chapitre de la lithiase biliaire pour cette description; elle peut donner naissance aux abcès aréolaires du foie, si bien étudiés par Chauffard, elle peut être l'origine d'énormes ectasies intra-hépatiques, simulant de grands abcès du foie tandis que, en réalité, il s'agit de canaux biliaires extrêmement distendus et remplis de pus; Longuet en cite une observation absolument caractéristique. Ces angiocholites intra-hépatiques peuvent être accompagnées d'ictère sans décoloration des matières fécales; la tuméfaction et la douleur du foie sont des symptômes fréquents mais inconstants. La fièvre manque rarement, on l'a nommée fièvre intermittente hépatique (Charcot), ou fièvre intermittente bilio-septique (Chauffard). Cette fièvre, sur laquelle j'ai insisté en décrivant les accidents de la lithiase biliaire, rappelle absolument l'accès de fièvre palustre, avec cette diffé-

1. Longuet. *Intervention chirurgicale dans les angiocholécystites non calculeuses*. Thèse de Paris, 1896.

rence que l'accès est surtout vespéral et peu régulier dans son type.

Dans quelques cas, le processus morbide dépasse ces limites, l'infection biliaire devient infection hépatique et infection sanguine; du domaine des canaux biliaires elle passe dans le domaine des veines portes et des veines sus-hépatiques, elle se généralise et elle provoque alors une endocardite infectieuse du cœur droit, des infarctus suppurés pleuro-pulmonaires, une endocardite infectieuse du cœur gauche¹, une méningite suppurée, etc.

Cholécystite. — Pour éviter les répétitions, je prie le lecteur de lire le chapitre de la Cholécystite calculeuse où certains côtés de cette question sont traités en détail.

La pathogénie de l'infection des voies biliaires est applicable à l'infection non calculeuse ou calculeuse de la vésicule du fiel (*cholécystite*). Mais, au point de vue de son évolution, la cholécystite peut être divisée en plusieurs variétés (Longuet). Étudions successivement ces variétés: la cholécystite, la paracholécystite et la péricholécystite.

a. La *cholécystite*, non calculeuse ou calculeuse, succède à une infection biliaire; de part et d'autre il peut y avoir obstruction des canaux excréteurs, soit par des calculs, soit « parce que la muqueuse biliaire turgide et enflammée a formé valvule ou bouchon muqueux dans les fins couloirs cysto-cholédociens ». La vésicule infectée contient ou ne contient pas de liquide; l'épanchement peut être séreux (hydrocholécyste), séro-purulent (pyocholécystite) ou hémattique (hémocholécystite).

Les cholécystites à épanchement provoquent des ectasies plus ou moins volumineuses, ayant tantôt l'apparence d'un kyste à parois minces et distendues, tantôt l'apparence d'une tumeur à parois épaisses, résistantes et hypertrophées. Dans la cholécystite non calculeuse, la vésicule est habituellement dilatée, tandis que dans la cholécystite cal-

1. Aubert. *De l'endocardite ulcéreuse végét. dans les infections biliaires*. Th. de Paris, 1891.

culeuse, la vésicule est presque toujours rétractée, diminuée de volume, recroquevillée (Terrier).

b. La *péricholécystite* est l'inflammation qui se localise au pourtour de la vésicule biliaire, sans s'étendre aux organes éloignés; elle peut être non calculeuse ou calculeuse, suppurée ou fibrineuse. La *péricholécystite* est plus souvent suppurée au cas de cholécystite calculeuse, elle est souvent fibreuse et *riche en adhérences*, qu'elle soit ou non calculeuse.

c. La *paracholécystite* est un terme qui doit être réservé aux suppurations à distance, suppurations plus ou moins éloignées de leur origine, plus ou moins distantes de la vésicule biliaire infectée. Suivant leur siège et leur orientation, Longuet classe les abcès paracholécystiques en quatre types. « Les uns, *antérieurs* et *inférieurs*, envahissent la paroi abdominale (flanc et hypocondre droit) à laquelle ils adhèrent, formant avec elle de véritables plastrons dont le terme ultime est la création spontanée d'une fistule pyobiliaire. D'autres remontent sur la face supérieure du foie, se développent entre le diaphragme et les fausses côtes d'une part, le foie d'autre part; ce sont les *antéro-supérieurs*. Si dans cette évolution sus-hépatique ils continuent leur marche jusqu'à la paroi postérieure de l'abdomen, cheminant toujours entre le foie et le diaphragme, ils deviennent *postéro-supérieurs*. Enfin les *postéro-inférieurs* sont ceux qui quittent le plafond de la cavité abdominale pour gagner la paroi postérieure de l'abdomen, les régions rénales et lombaires. » Ces différents abcès à distance s'observent plus souvent dans les cholécystites non calculeuses que dans la cholécystite calculeuse; ils sont comparables aux abcès à distance de l'appendicite.

Les *symptômes* des cholécystites ont été décrits ailleurs, je n'y reviens pas. La cholécystite *non calculeuse*, aussi souvent que la calculeuse, est compliquée de *péricholécystite fibreuse avec adhérences*. Ces *adhérences* peuvent déterminer de très *vives douleurs*, ce qui est le cas, du reste, chaque fois que des adhérences se forment dans la cavité abdomi-

nale. Souvent même les autres symptômes passent inaperçus ou sont relégués au second plan, et le malade, atteint de cholécystite avec adhérences, est pris de crises douloureuses simulant absolument la colique hépatique avec ses terribles douleurs et ses vomissements. Les crises douloureuses se répètent, on fait le diagnostic de coliques hépatiques ou de cholécystite calculeuse, on se décide à opérer et l'on ne trouve parfois aucun calcul, mais, par contre, on trouve des adhérences de *péricholécystite*, on fait disparaître ces adhérences et le malade guérit de ses soi-disant coliques hépatiques; il avait des pseudo-coliques hépatiques. Fränkel, Terrier, ont rapporté des observations de ce genre consignées dans le travail de Longuet.

Kummel¹ cite le cas d'une femme depuis longtemps sujette à des coliques hépatiques avec ictère et rejet des calculs biliaires dans les selles. Les douleurs devenant de plus en plus violentes, on pratiqua l'opération. La vésicule ne contenait plus de calculs, mais elle avait contracté des adhérences avec l'épiploon et avec les canaux cystique et le cholédoque; les adhérences étaient la cause des douleurs.

J'ai vu deux exemples du même genre, l'un à l'hôpital chez un malade que j'ai fait opérer de ses adhérences *péricholécystiques* par Routier et l'autre chez une malade de Pellereau qui fut opérée de ses adhérences *péricholécystiques* par Tuffier. Les douleurs, qui, dans ces deux cas, étaient vraiment terribles, cessèrent complètement.

§ 25. ASSOCIATION DE L'APPENDICITE ET DE LA CHOLÉCYSTITE

Quand j'ai fait à l'Académie de médecine² ma communication sur *l'association de l'appendicite et de la cholécystite*, aucun travail d'ensemble n'avait été, je crois, publié en France sur ce sujet. Cette association, qui est assez fré-

1. *Revue internationale de thérapeutique*, 1897, p. 423

2. *Académie de médecine*, séance du 17 juin 1905.