

drome de la colique hépatique peut également être produit par des lombrics, par des hydatides engagés dans les canaux excréteurs, mais ce sont là de très rares exceptions.

**Symptômes satellites.** — Je donne le nom de symptômes *satellites* à quelques phénomènes qui accompagnent parfois la colique hépatique, ou qui peuvent même exister sans que la migration calculeuse dans les canaux soit accompagnée d'accès douloureux; il s'agit dans ce dernier cas de coliques hépatiques *frustes*.

Le *vertige* est un de ces symptômes satellites, je dirai même qu'il est fréquent quand on se donne la peine de le chercher; je ne sais pas bien quelle est sa pathogénie, mais il est certain que bon nombre de lithiasiques biliaires sont atteints de vertige, tandis que je n'ai pas constaté ce symptôme avec la lithiase rénale. J'ai vu, il y a quelques années, une dame chez laquelle les accès de colique hépatique étaient annoncés, accompagnés, et même remplacés par de véritables accès de vertige qui duraient plusieurs jours. Le vertige est léger ou intense, fugace ou durable; il a dû être souvent confondu avec le vertige stomacal, les soi-disant crampes d'estomac n'étant elles-mêmes, bien souvent, qu'une ébauche de colique hépatique. Parfois, le vertige lithiasique, comme du reste tous les vertiges, impressionne fort péniblement les personnes qui en sont atteintes et qui se croient sous le coup « d'une attaque ». C'était le cas d'une dame que je voyais il y a quelques années avec Jacquet : la malade, arthritique et lithiasique biliaire, n'osait aller de son lit à son canapé, tant elle avait la sensation de vertige et de défaillance; elle se croyait menacée « d'une attaque d'apoplexie ». A l'hôpital, en interrogeant nos malades atteints de coliques hépatiques, nous retrouvons à chaque instant le vertige dans leur bilan pathologique.

La *sensation de défaillance*, la lipothymie, la tendance à la syncope, se retrouvent également chez bon nombre de gens atteints de lithiase biliaire. Et je ne fais pas allusion, ici, à l'état lipothymique ou syncopal qui peut être mis sur

le compte d'un excès de douleur, je parle de cet état d'anéantissement, d'obnubilation, d'angoisse, symptômes satellites de la migration calculeuse et des coliques hépatiques, qui font dire aux personnes qui les éprouvent « qu'elles vont se trouver mal ».

Occupons-nous maintenant d'un autre symptôme satellite de la migration calculeuse, symptôme qui a une réelle importance, je veux parler des frissons et des *grands accès de fièvre*. Il n'est pas question pour le moment de la fièvre due à l'angiocholite, à la cholécystite et aux abcès du foie; en pareille circonstance la fièvre est le résultat et l'indice d'infections biliaires que nous étudierons plus loin, elle a une signification pronostique généralement grave, elle fournit des indications précieuses à l'intervention chirurgicale. Cette fièvre-là ne doit pas nous occuper actuellement; les accidents fébriles que je vais décrire ont une autre signification. Les exemples suivants en donnent une idée : Il y a quelques années, j'étais appelé en consultation auprès de la femme d'un de mes amis, officier supérieur. La malade, sujette à des coliques hépatiques, était depuis quelques jours en pleine crise, douleurs, ictère, décoloration des matières fécales, vomissements. Jusque-là tout paraissait normal, mais voilà que de grands frissons éclatent et avec eux des accès de fièvre terrible, température à 40° et sueurs profuses; ces accès reviennent tous les jours à heure indéterminée. On avait donné la quinine, qui, bien entendu, était restée sans effet, et on ne pouvait se défendre de la crainte d'accidents infectieux des voies biliaires ou d'abcès du foie. Je crus devoir porter un pronostic favorable, et je m'arrêtai au diagnostic d'accès de fièvre satellites de migration calculeuse. En effet, quelques jours plus tard, la malade guérissait de ses coliques hépatiques et de ses grands accès de fièvre, après avoir évacué une douzaine de gros calculs biliaires; elle guérissait sans le moindre reliquat fébrile, sans la moindre lésion des voies biliaires.

Autre exemple : j'arrive un matin dans mon service de



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 calculeuse 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 calculeuses 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 Charcot<sup>1</sup> 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. Magnin<sup>2</sup> cite un cas dans lequel les accès satellites des migrations calculeuses 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 Besnier<sup>1</sup>, concernant un malade qui rendit en quelques jours 148 calculs biliaires. Par contre, on voit d'autres malades, comme celui de Bobowicz<sup>2</sup>, 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 subite<sup>1</sup> 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 droit<sup>2</sup>, 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'ictère<sup>3</sup>, et il le plaçait à l'orifice mitral; ce bruit de souffle paraît devoir être placé à l'orifice tricuspide. Potain<sup>4</sup> 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 bruit 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 sympathique<sup>1</sup>.

Nous verrons plus loin que la lithiase biliaire peut provoquer l'endocardite toxi-infectieuse au moyen de germes puisés dans les conduits biliaires<sup>2</sup>, micro-organismes qui ont leurs représentants dans l'intestin<sup>3</sup>.

**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'urètre, 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 hépatiques<sup>1</sup> 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

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



l'application de vessies de glace sur l'hypochondre. Les bains prolongés donnent aussi de bons résultats; Molière<sup>1</sup> 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 cas<sup>2</sup>. 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 (Murchison<sup>3</sup>); 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 selles<sup>4</sup>. 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)<sup>5</sup> : 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)<sup>1</sup>. 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*<sup>2</sup>. — 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*. — Lobstein<sup>3</sup> 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. 596.

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 obtère plus ou moins l'orifice pylorique<sup>1</sup>. 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 travail<sup>1</sup>. 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 calculeuse<sup>2</sup>.

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 séro-muqueuse 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)<sup>1</sup>, le canal cholédoque était resté

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



assez perméable pour laisser passer la bile jusqu'au duodénum.

L'oblitération du cholédoque, comme celle du canal cystique, n'est pas toujours précédée, il s'en faut, de colique hépatique; l'oblitération peut se faire silencieusement, sans douleurs<sup>1</sup>. L'oblitération persistante du cholédoque peut persister pendant des semaines et des mois sans autres symptômes qu'un ictère chronique avec décoloration des matières fécales, distension de la vésicule biliaire et augmentation du volume du foie. Mais parfois aussi, à la longue, l'oblitération persistante du canal cholédoque peut déterminer des lésions dans tout le domaine biliaire; foie, vésicule, canaux biliaires; il en résulte les accidents suivants: *dilatation* et suppuration des canaux biliaires et de la vésicule biliaire; *dilatation* et suppuration des canaux intra-hépatiques; sclérose du foie (*cirrhose biliaire*); suppuration du tissu hépatique (*angiocholite suppurée et abcès du foie*); altération des cellules hépatiques (*hépatite parenchymateuse*). Telles sont les lésions que peut entraîner l'oblitération persistante du canal cholédoque; étudions-les séparément.

**Dilatation des canaux et de la vésicule.** — A la suite d'une obstruction complète et permanente du canal cholédoque, les canaux cystique et hépatique peuvent subir des dilatations énormes, le cholédoque peut se distendre au point d'égaliser et dépasser le volume d'une anse intestinale<sup>2</sup>: la bile s'accumule dans la vésicule du fiel, et la vésicule acquiert de telles proportions qu'on l'a vue descendre jusqu'à l'ombilic et jusque dans la fosse iliaque droite<sup>3</sup>. La vésicule ainsi distendue peut contenir plusieurs litres de liquide (*tumeur biliaire*); Cruveilhier a figuré dans son atlas une vésicule descendant jusque dans la fosse iliaque, et, dans un fait de Benson, on pratiqua la ponction de la vési-

1. Grifon. *Soc. anat.*, 4 juillet 1896.

2. Frerichs, p. 775. — Voyez au musée Dupuytren. *Appar. de la digest.*, p. 337-342. Catalogue Honel.

3. Cruveilhier. *Anat. path.*, livraison 59, pl. 4, fig. 1, 2, 3.

cule croyant avoir affaire à une ascite et l'on retira deux litres de bile. Le liquide de la vésicule ectasiée, par suite de l'oblitération du canal cholédoque, ne ressemble donc pas au liquide muqueux, filant, de l'hydro-cholécyste, suite de l'oblitération du canal cystique.

L'obstruction du cholédoque détermine également l'ectasie des canaux biliaires *intra-hépatiques*, superficiels ou profonds, et ceux-ci affectent une forme cylindrique ou ampullaire, analogue, dit Monneret, aux dilatations bronchiques. La dilatation est parfois tellement généralisée que le parenchyme du foie ressemble à un tissu caverneux<sup>1</sup>. Sous l'influence de la rétention biliaire, le foie devient très volumineux (*congestion biliaire du foie*); sa surface est lisse, sa coloration est olivâtre. A la coupe, on voit des conduits biliaires dilatés, d'où s'écoule une bile, souvent mélangée de muco-pus, de sable et de concrétions biliaires, dont la formation a été favorisée par la stagnation de la bile. Les canaux biliaires sont atteints de phlegmasie chronique (*angiocholite*) qui débute par la muqueuse et qui s'étend à toute la paroi du conduit.

L'ictère chronique, la décoloration des matières fécales, la tuméfaction du foie, qui peut descendre jusqu'à l'ombilic, la distension de la vésicule biliaire, sont les premiers résultats de l'obstruction permanente du canal cholédoque. Toutefois, les matières fécales peuvent par moments se recolorer, si le calcul ou les calculs engagés dans le cholédoque n'en obstruent pas complètement la lumière et permettent par intervalles l'écoulement de la bile dans l'intestin. Quand ces accidents surviennent chez un individu qui a eu des coliques hépatiques, il est facile de remonter à la cause de la lésion, mais quand les symptômes de lithiase ne sont pas nettement accusés, le diagnostic doit être fait avec toutes les lésions capables d'obstruer le canal cholédoque: ictère catarrhal prolongé, cancer primitif des voies biliaires, cancer de la tête du pancréas, cancer de l'ampoule

1. Raynaud et Sabourin, *Arch. de physiol.*, 1879.