

longée de chaleur sèche, arrive un stade sudoral assez prononcé souvent pour que les linges du malade soient tout trempés. En même temps, la défervescence se produit, l'accès prend fin après une durée totale très variable pouvant osciller entre 4 et 12 heures.

La similitude cependant avec l'accès paludéen n'est pas complète. Le début des accès est le plus souvent vespéral (Monneret); l'intermittence qui les sépare est irrégulière, à jours intercalaires plus ou moins nombreux, si bien que la fièvre peut prendre le type quotidien, tierce, quarte, revenir sans périodicité fixe, ou deux fois dans la même journée, ou même à longs intervalles de 7 et 8 jours. Enfin, symptôme capital, la quinine ne coupe pas la fièvre intermittente bilioseptique. L'examen du sang, dans les cas douteux, donnerait par l'absence des hématozoaires de Laveran de précieuses indications.

L'enquête hématologique peut encore donner, par la numération des leucocytes, un caractère différentiel très important : dans les accès paludéens, le nombre des globules blancs reste normal, ou même abaissé; dans les accès bilioseptiques une poussée d'hyperleucocytose accompagne chaque paroxysme fébrile; dans un cas de F. Pick⁽¹⁾, par exemple, on compte en cinq mois 46 grands accès fébriles, durant chacun de 6 à 12 heures, et les jours d'accès existait une leucocytose pouvant aller jusqu'à 18 000 et même 54 000 globules blancs; le chiffre des leucocytes restait normal pendant les périodes intercalaires et au début des accès.

Quand les accès fébriles sont liés, comme c'est le cas le plus fréquent, à l'angiocholite calculeuse, ils peuvent coïncider avec les crises de colique hépatique, ou au contraire alterner avec elles.

Ainsi constituée par ces alternances irrégulières d'apyrexie et d'accès, la fièvre intermittente bilioseptique peut durer des semaines et des mois, jusqu'à ce qu'elle aboutisse soit à des accidents d'insuffisance hépatique aiguë, soit, plus rarement, à la guérison, et quelquefois alors après expulsion de calculs biliaires.

Il est un caractère des accès fébriles auquel on a attribué une grande valeur, surtout depuis une observation classique de Regnard (*Soc. de Biol.*, 22 nov. 1875); il est tiré des rapports de la fièvre avec l'excrétion de l'urée. Dans ce cas d'angiocholite calculeuse, au cours de 31 accès intermittents on vit le taux de l'urée s'abaisser au moment des paroxysmes fébriles; de 14 à 16 grammes, chiffre moyen des jours apyrétiques, l'urée tombait à 4 ou 5 grammes les jours d'accès. Ce serait là, d'après Charcot, un simple effet de l'insuffisance uréogénique du foie altéré. De même, dans un cas de F. Pick, les courbes du volume des urines, de l'urée, de l'ammoniaque, de l'azote total, confirmaient pleinement la loi de Regnard.

Mais les faits observés n'ont pas toujours reproduit cette netteté presque schématique. Déjà, Brouardel avait cité un fait presque contradictoire; Lecorché et Talamon⁽²⁾ relatent deux cas de fièvre calculeuse, et un cas d'angiocholite syphilitique, également en désaccord avec l'observation de Regnard. Le rapport de l'hypoazoturie avec l'accès fébrile n'a donc rien de constant, il est même l'exception, mais n'en conserve pas moins une réelle valeur dans les cas où l'on peut le constater avec évidence.

⁽¹⁾ F. PICK. *Wiener Klin. Woch.*, 5 décembre 1900.

⁽²⁾ LECORCHÉ ET TALAMON. *Études médic.*, 1881, p. 580.

Voilà la grande forme, pourrait-on dire, de la fièvre bilioseptique, mais non la seule.

La fièvre, au lieu d'être franchement intermittente, peut être rémittente, la température s'abaissant chaque matin sans cependant retomber jusqu'à la normale. La marche du processus est, du reste, lente et parfois presque chronique, si bien que cette *fièvre rémittente bilioseptique* ne constitue, en somme, qu'une variante du type intermittent. Elle en conserve toute la gravité; elle a même valeur, et veut dire, dans la grande majorité des cas, angiocholite suppurée.

Il en va tout autrement dans les cas que Charcot a distingués sous le nom de *fièvre hépatalgique*. Ici, la fièvre est éphémère, et procède par accès solitaires ou peu nombreux, qui accompagnent le plus souvent la migration d'un calcul. Au début ou au cours de la colique hépatique, éclate le syndrome de l'accès fébrile aigu, violent, pouvant aller jusqu'à 41 degrés; puis une fois l'accès terminé, la crise douloureuse tombe également, et tout rentre dans l'ordre, jusqu'à l'échéance indéterminée d'une nouvelle colique hépatique. Chez certains sujets, chaque crise entraîne ainsi avec elle un accès fébrile; mais cette association, même pour un malade donné, n'a rien de constant; certaines coliques hépatiques peuvent être très fébriles, d'autres médiocrement, d'autres point du tout.

Cette réaction fébrile peut être encore plus atténuée, et à peine quelques frissonnements, un peu de chaleur et de malaise, quelques sueurs, viennent-ils dénoncer un accès dont le thermomètre montre le peu d'intensité (38°,5 à 39°).

Sous sa forme éphémère, ou sous sa forme atténuée, l'accès fébrile peut être la seule expression symptomatique de la migration calculeuse, surtout chez le vieillard (Mossé), et constituer ainsi une forme fruste, et purement fébrile, de la colique hépatique.

Il ne faudrait pas toujours conclure du degré de la réaction fébrile à la nature des lésions, à l'existence d'une angiocholite suppurée. Celle-ci fait défaut dans les cas d'accès éphémères; elle peut exister, par contre, la température restant normale, mais c'est qu'il s'agit alors de sujets débilités par l'âge ou la misère physiologique, et les raisons de l'apyrexie, dit E. Dupré, ne doivent être cherchées ni dans la nature des bactéries, ni dans l'insuffisance hépatique, mais bien dans l'état général des malades. Il n'en reste pas moins cliniquement vrai que la fièvre bilioseptique à type intermittent ou rémittent constitue le grand signe, l'indice presque pathognomonique des suppurations biliaires.

La *pathogénie* de ces accidents fébriles avait déjà été prévue et exposée par Charcot : la fièvre intermittente hépatique « tiendrait à la présence dans les voies biliaires dilatées et enflammées d'un principe septique, d'un poison morbide pyrétogène, résultant d'une altération du liquide biliaire. La fièvre hépatalgique, comme celle de l'angiocholite, résulterait de l'introduction dans le sang de l'agent pyrétogène hypothétique provenant de l'altération de la bile. » Le passage du calcul, dans la colique hépatique, jouerait le rôle de cause occasionnelle, aurait pour effet de favoriser l'absorption du poison morbide, soit en déchirant la muqueuse des conduits biliaires, soit en augmentant la pression dans le système des voies biliaires (Charcot). Enfin, comme nouvelle preuve de l'identité au fond des deux processus, « le frisson hépatalgique

inaugure quelquefois le développement d'une série d'accès à retours plus ou moins réguliers sans nouvelle apparition des coliques ».

L'analogie est donc parfaite entre la fièvre urétrale ou *uroseptique* et la fièvre biliaire ou *bilioseptique*, on pourrait dire aussi et la fièvre *bronchoseptique* de certaines vieilles dilatations suppurantes des bronches.

Les recherches de la bactériologie moderne ont prouvé le bien fondé de cette interprétation proposée par Charcot, et actuellement la fièvre intermittente hépatique veut dire *septicémie par infection biliaire*.

Bien rarement, il est vrai, on a recherché l'existence de cette septicémie : Brieger, Netter, avaient déjà en 1886 observé dans le sang et cultivé le staphylocoque doré et un bacille; chez deux lithiasiques, E. Dupré, n'ayant pu trouver de microbes dans le sang digital, en a trouvé dans le sang de la rate ponctionnée; les cultures montrèrent qu'il s'agissait des deux staphylocoques pyogènes. Cette infection splénique peut survivre de plusieurs jours à l'ictère, à la douleur, et même à la fièvre.

Ce que nous ignorons complètement, c'est le pourquoi du type intermittent, si irrégulier souvent et si tenace, que revêt la fièvre. S'agit-il de générations microbiennes nouvelles, ou plutôt d'accumulation lente de toxines pyrérogènes, nous ne savons encore, pas plus que du type fébrile nous ne pouvons conclure à la nature du germe infectant.

Aux deux degrés ascendants que nous venons de reconnaître à l'infection biliaire, *forme fébrile* et *forme pyogène*, il faut encore ajouter une *forme infectante*, où des déterminations organiques multiples et lointaines viennent témoigner de la large dissémination des germes pathogènes.

L'infection sanguine peut se faire par la veine porte (pyléphlébite suppurative, ulcération de la veine porte), ou par les veines sus-hépatiques, et l'on comprend qu'une de ses premières étapes soit l'endocardite des cavités droites ou gauches du cœur. On voit alors évoluer le syndrome de l'endocardite infectieuse, à forme typhoïde ou pyémique, masqué parfois par les phénomènes de l'ictère grave.

Dans d'autres cas, c'est sur l'appareil pleuro-pulmonaire que retentit l'infection biliaire, parfois même jusque sur les méninges, comme dans un cas de Josias (cité par Dupré) de méningite suppurée consécutive à une angiocholite purulente chez un malade atteint de kyste hydatique du foie.

Quand l'infection biliaire se localise ou prédomine sur la vésicule, elle détermine l'inflammation de celle-ci ou *cholécystite*, et prend une physionomie clinique toute spéciale.

C'est de par la clinique, en effet, que la cholécystite a son existence propre, car au point de vue bactériologique elle reconnaît le même déterminisme microbien que les angiocholites trunculaires. Quelques traits cependant lui sont propres.

D'abord, il peut y avoir infection de la bile cystique sans cholécystite, par un véritable état de microbisme latent, et cela surtout quand il s'agit de germes d'origine intestinale, qui ont remonté le cours de la bile⁽¹⁾.

D'autre part, le bacille typhique joue ici un rôle considérable, et depuis longtemps on a noté la fréquence des lésions de la vésicule au cours de la

(1) A. LÉTIENNE. Recherches bactériol. sur la bile humaine. *Arch. de méd. experim.*, 1891, p. 770.

fièvre typhoïde : cholécystite catarrhale, mucopurulente, franchement suppurative, ou même ulcéreuse et perforante, gangreneuse ou avec exsudats d'apparence diphtéritique.

Les expériences de Gilbert et Dominici, les recherches de Chiari, les cas observés par Longuet, par Faitout et Ramond, ont montré le rôle infectant du bacille d'Éberth pour les voies biliaires et la vésicule⁽¹⁾. Un fait publié en 1894 par Longuet prouverait même la possibilité d'une infection éberthienne angiocholécystique sans fièvre typhoïde, si, à cette époque, le diagnostic différentiel du colibacille et du bacille d'Éberth eût pu se faire avec certitude.

Les *symptômes fonctionnels* de la cholécystite suppurée (la seule qui, en dehors de la cholécystite calculeuse, ait une histoire propre) sont constitués par des troubles digestifs, anorexie, digestions pénibles, diarrhée, par la fièvre intermittente ou rémittente bilioseptique (bien moins prononcée et constante cependant que dans les angiocholites suppurées), enfin et surtout par la douleur. Celle-ci est nettement localisée au niveau de la vésicule, spontanée et lancinante, provoquée surtout par la pression et par les mouvements; elle s'irradie souvent vers le creux épigastrique.

L'ictère n'appartient pas aux cas purs de cholécystite suppurée; quand il existe, il doit mettre sur la trace d'une obstruction (par calculs ou cancer) du cholédoque, ou de lésions intra-hépatiques concomitantes (Hagenmüller).

Les *signes physiques* sont plus significatifs, et au premier rang se place l'existence de la tumeur formée par la vésicule enflammée et distendue.

Cette tumeur répond au bord externe du muscle grand droit; elle est régulière, arrondie ou piriforme, ou ovoïde à grand axe dirigé en bas et en dedans. Elle ne dépasse guère le volume du poing (Ewald); la consistance en est ferme et rénitente; elle est mate à la percussion, et la fluctuation y est souvent difficile à percevoir, de même que la mobilité latérale ou l'excursion respiratoire.

C'est souvent par la *palpation bimanuelle*, comme pour la recherche du ballotement rénal, que la vésicule enflammée et distendue est le mieux perçue; par son siège sous-hépatique, par sa forme, elle peut simuler un rein droit abaissé, mais elle est plus douloureuse, et *non réductible par la pression*. Dans un cas exceptionnel de Guarnieri, la vésicule pouvait, par pression, être vidée complètement.

Tous ces signes peuvent cependant faire défaut, et la maladie peut évoluer sans tumeur appréciable (Cadéac)⁽²⁾; cette forme presque latente s'observe surtout au cours des cholécystites de la fièvre typhoïde (Hagenmüller).

Les résultats fournis par la palpation peuvent être différents, et l'on constate plutôt un empatement général et diffus de la région sous-hépatique qu'une tumeur libre et bien circonscrite. C'est qu'il y a alors de la *péricholécystite*.

La tumeur peut être assez volumineuse pour occuper tout le flanc droit, dépasser l'ombilic sur la ligne médiane, et cependant la vésicule ne contient pas plus de 200 à 500 grammes de pus. L'empyème de la vésicule ne peut, en effet, arriver aux mêmes dimensions que son hydropisie, il s'ouvre avant d'avoir acquis un volume considérable.

Au centre de cette zone d'empatement diffus, on trouve un foyer plus douloureux, et qui devient fluctuant; l'incision donne issue à du pus mélangé de

(1) A. DAURIAC. *Des infections biliaires dans la fièvre typhoïde*. Thèse de Paris, 1897.
(2) A. CADÉAC. *De la cholécystite suppurée*. Thèse de Paris, 1891.

bile, et la guérison peut s'obtenir d'emblée, ou à la suite d'une fistule biliaire plus ou moins persistante.

Dans d'autres cas, c'est de la péritonite sous-hépatique que l'on observe, ou même de la péritonite sus-hépatique avec formation d'un abcès entre le foie et le diaphragme (E. Deschamps).

Si la vésicule enflammée s'ouvre dans le péritoine, on observe le syndrome de la péritonite suraiguë par perforation; souvent ce n'est que par cette terminaison rapidement mortelle que se traduit la cholécystite typhique.

Reste l'ouverture de l'empyème cystique dans les organes voisins; nous aurons à y revenir à propos des cholécystites calculeuses.

Signalons, parmi les difficultés nombreuses du diagnostic, la possibilité de confondre une cholécystite avec une appendicite⁽¹⁾, surtout dans les cas d'appendice à type ascendant.

On voit quelle est la gravité des angiocholites et cholécystites aiguës, gravité provenant et de la lésion elle-même et des complications multiples qui en peuvent résulter.

Il faut donc, dans certaines conditions organiques ou infectieuses données, toujours craindre la possibilité d'une angiocholite infectieuse, il faut en essayer la prophylaxie, et pour cela nous disposons d'une arme précieuse, l'*antisepsie intestinale*. Celle-ci s'impose au cours des lithiases biliaires graves, des infections intestinales capables de retentir sur le foie. Les préparations salicylées et le salol sont ici particulièrement indiqués, puisque l'acide salicylique est un des rares antiseptiques qui s'éliminent en partie par la bile; on peut donc réaliser à la fois et l'antisepsie intestinale et l'antisepsie biliaire. J'ai vu pour ma part plusieurs fois les accès de la fièvre angiocholitique des calculeux céder à l'administration du salol à la dose de 4 à 5 grammes par jour.

Il ne faudrait pas, du reste, s'attarder trop longtemps au traitement médical, et toute infection biliaire fébrile, persistante, arrivant ou menaçant d'arriver à la suppuration, crée une indication opératoire formelle⁽²⁾. Après incision de la vésicule et création d'une fistule biliaire externe, la rétention biliaire est supprimée, la fièvre tombe, la bile infectée revient progressivement à l'état aseptique; la guérison définitive succède ultérieurement à l'occlusion spontanée ou opératoire de la fistule biliaire cutanée.

CHAPITRE VIII

LA LITHIASE BILIAIRE

L'existence de concrétions calculeuses dans les voies biliaires extra et intra-hépatiques, constatée d'abord chez différents animaux et notamment chez le bœuf, n'a été étudiée chez l'homme qu'à une époque relativement récente. On

⁽¹⁾ ADENOT. La cholécystite à forme d'appendicite. *Lyon médical*, 17 et 24 février 1901.

⁽²⁾ Voir à ce sujet : L. LONGUET. *Traitement chirurgical de l'angiocholécystite non calculeuse*. Thèse de Paris, 1896. — E. SCHWARTZ. *Chirurgie du foie*. Paris, 1901.

peut voir dans l'ouvrage de Thudichum⁽¹⁾ combien sont vagues et peu nombreux les documents recueillis dans l'antiquité; au xv^e siècle, avec Vésale, Fallope, Fernel, commence la période des constatations cadavériques; puis Baglivi, Boerhaave, Van Swieten, entrevoient l'histoire clinique de la lithiase biliaire; en 1757, paraît à Londres la première monographie due à Coe, et comprenant ce que l'on savait alors de l'histoire anatomique, chimique et clinique de la maladie, dont le développement est attribué à la stagnation et à l'épaississement de la bile.

Dès lors, recherches et documents se multiplient; Lieutaud, Hoffmann, publient de nombreux faits; Morgagni donne une description minutieuse des calculs biliaires; J.-L. Petit étudie les tumeurs calculeuses de la vésicule et pose les premières indications de la chirurgie hépatique; Durande préconise, en 1790, le remède qui porte encore son nom.

Au commencement du siècle, après la découverte de la cholestérine, Fourcroy et Thénard donnent les premières analyses chimiques exactes, puis Portal, Saunders, Bouillaud, Buisson, apportent de nombreux documents; avec la monographie de Fauconneau-Dufresne, en 1851, commence la période contemporaine, et, depuis lors, les travaux se sont tellement multipliés sur la lithiase biliaire, que son histoire, à part quelques points obscurs de pathogénie, est aujourd'hui à peu près définitive et complète⁽²⁾.

Nous aurons successivement à étudier dans ce chapitre trois ordres de faits : les caractères physico-chimiques des calculs — leur déterminisme chimique et étiologique — les lésions et les symptômes que provoquent leur séjour ou leur migration, ainsi que les indications thérapeutiques qui en découlent.

I

LES CALCULS BILIAIRES présentent des variétés infinies dans leurs apparences extérieures.

En général, ils sont de couleur assez claire, d'un blanc jaunâtre, ou jaunes et demi-transparents comme la gomme arabique. Leur surface est brillante, comme miroitante, ou tachetée de vert ou de brun. D'autres sont roux acajou, ou verdâtres, ou brun foncé et presque noirs.

Leur forme se rapporte soit au type olivaire, soit au type cubique.

Dans le premier cas, il s'agit en général de calculs très volumineux, souvent solitaires, et remplissant plus ou moins complètement la vésicule biliaire, sur la cavité de laquelle ils semblent se mouler. Ils peuvent acquérir alors jusqu'au volume d'un œuf de poule, peser frais jusqu'à 25 ou 50 grammes; par la dessiccation, leur poids diminue d'un tiers environ.

Les calculs de forme cubique sont au contraire presque toujours multiples, parfois en nombre énorme, puisqu'on a pu en compter jusqu'à plusieurs milliers chez le même sujet. Souvent ils ressemblent assez comme dimensions et comme forme à des grains de maïs ou de grenade, c'est dire qu'ils présentent quatre à cinq facettes à peu près planes, ou légèrement concaves ou convexes, séparées par des arêtes mousses. Ces facettes peuvent s'emboîter comme de

⁽¹⁾ THUDICHUM. *A treatise on Gall-Stones*, Londres, 1865.

⁽²⁾ Pour tout ce qui a trait à l'histoire chirurgicale de la lithiase biliaire, voir E. SCHWARTZ. *Chirurgie du foie*. Paris, 1901.