

entre les voies biliaires et l'un des organes voisins ou la paroi abdominale.

Mais ces *fistules biliaires*, internes ou externes, sont rares. Des conditions assez spéciales sont nécessaires à leur production.

Avant tout, on peut poser comme règle que les fistules biliaires calculeuses sont toujours précédées de cholécystite ou d'angiocholite; cette phase préparatoire se manifeste aussi bien en clinique qu'à l'amphithéâtre, et les faits nombreux cités par Mossé en donnent la preuve. On constate de l'épaississement inflammatoire des parois de la vésicule ou du cholédoque, une ou plusieurs ulcérations irrégulières, grisâtres ou teintées par la bile, à bords saillants, plus ou moins profonds, assez parfois pour arriver jusqu'à la séreuse péritonéale et provoquer ainsi un travail de péritonite partielle adhésive.

Quand les choses en sont là, la perforation est imminente et succédera soit au moindre traumatisme, soit à l'évolution naturelle et continue de la lésion. Comme conséquence, péritonite suraiguë, s'il ne s'est pas formé d'adhérences protectrices préalables, ou fistule biliaire en un ou deux temps, comme nous le verrons bientôt.

Pour produire d'aussi graves désordres, l'arrêt seul du calcul et son contact prolongé ne suffisent pas. Combien de fois n'a-t-on pas trouvé des calculs enclavés depuis longtemps sans avoir provoqué autour d'eux de réaction inflammatoire ou ulcéreuse!

Un autre facteur doit intervenir, c'est l'infection biliaire. Il en va ici comme pour les appendicites et typhlites perforantes, où Talamon a démontré que le corps étranger ne joue qu'un rôle indirect: par son contact il entrave la circulation et, par suite, la vitalité des parois de l'appendice; mais l'action vulnérante principale est due à la pullulation des microbes intestinaux dans l'épaisseur de ces parois privées de leur résistance vitale.

De même pour les calculs biliaires: normalement, ils sont aseptiques, et n'agissent que mécaniquement par leur contact; mais, si les voies biliaires sont infectées et laissent pulluler les staphylocoques ou les streptocoques, ceux-ci trouveront au niveau même du calcul enclavé les conditions les plus favorables à leur pullulation et à l'envahissement pariétal. La virulence microbienne s'exalte, de plus, dans la *cavité close* formée au-dessus du calcul oblitérant, suivant la loi établie par Dieulafoy pour l'appendicite.

Le rôle du calcul peut si bien n'être qu'indirect que la perforation peut ne pas se faire au niveau du point d'enclavement: ainsi Spillmann l'a vue siéger sur le canal cystique, alors que le calcul était arrêté dans l'ampoule de Vater.

Les faits si curieux recueillis par Dupré d'infection biliaire par le bacille d'Eberth nous expliquent que, chez les lithiasiques atteints de fièvre typhoïde, la suppuration et l'ulcération de la vésicule sont toujours à redouter, le bacille typhique pouvant à lui seul être nettement pyogène.

Le siège des fistules biliaires est très variable, et, suivant qu'elles aboutissent à la paroi abdominale ou dans l'un des organes creux de l'abdomen, on peut établir une première subdivision, en fistules biliaires cutanées et fistules biliaires internes.

Les *fistules biliaires cutanées* sont assez fréquentes pour que Mossé ait pu dans sa thèse en recueillir 121 cas publiés. Elles sont le plus souvent précédées et préparées par une cholécystite suppurative; celle-ci provoque autour d'elle des adhérences péritonéales et pariétales, puis, peu à peu, la vésicule s'ulcère, et un nouveau foyer purulent se développe, intra-péritonéal d'abord, si l'ouverture se

fait dans une loge de péritonite enkystée, sinon, dans l'épaisseur même des parois abdominales.

Ce double processus d'ulcération cystique et de phlegmon pariétal se fait lentement, parfois en plusieurs mois, et s'accompagne de douleurs profondes, puis plus superficielles, dans la région de la vésicule, d'une tuméfaction irrégulière, d'un empâtement souvent assez mal circonscrit. Puis la paroi abdominale est soulevée par une collection de plus en plus nettement fluctuante, enfin l'ouverture spontanée au dehors se produit.

Le siège de la perforation se trouve situé le plus souvent au-dessous des fausses côtes droites, ou dans la région ombilicale, parfois à l'ombilic même; exceptionnellement dans des régions bien plus éloignées, au-dessus du pubis, ou même vers le pli inguinal.

L'orifice est d'abord petit, à parois cutanées minces et décollées. Mais celles-ci deviennent bientôt plus épaisses, fongueuses, renversées au dehors en cul de poule, ou au contraire déprimées en entonnoir.

Au moment de l'ouverture spontanée ou chirurgicale de l'abcès, il s'écoule un flot de pus phlegmoneux ou verdâtre; puis, les jours suivants, le liquide change peu à peu d'aspect, se montre de plus en plus bilieux, se compose enfin de bile presque pure. La fistule biliaire cutanée est alors définitivement constituée, et chaque jour s'écoule une quantité de bile variable, parfois très abondante, et pouvant aller jusqu'à un litre par 24 heures.

Quant aux calculs, leur expulsion au dehors est assez facile s'il s'agit de cholélithes petits et ayant cheminé jusque dans le phlegmon pariétal; elle se fait peu à peu, et l'on en a vu plus de cent sortir ainsi d'un orifice fistuleux.

Mais s'il existe, dans la profondeur, des clapiers intra-péritonéaux, si le trajet fistuleux est irrégulier, anfractueux, coudé et sinueux, si les calculs sont de grandes dimensions, alors la phase d'élimination devient singulièrement prolongée et périlleuse. L'exploration au stylet doit être interdite; elle expose à rompre des adhérences, à provoquer une péritonite parfois mortelle ou des accidents de pyohémie.

Une fois les calculs éliminés, la fistule cutanée se guérit souvent d'elle-même peu à peu, mais très lentement parfois et certains malades peuvent, pendant des années, conserver une fistulette biliaire.

Dans les cas moins heureux, si un ou plusieurs calculs restent retenus, la sécrétion purulente et biliaire continue à être rejetée, et de nombreuses complications restent possibles: érythème érosif de la lèvre inférieure de la plaie, infection érysipélateuse ou même pyémique, foyers phlegmoneux de voisinage.

Quand il existe de l'ictère, celui-ci diminue puis disparaît, une fois que l'établissement de la fistule cystico-abdominale a fait cesser la rétention biliaire. Quant à l'état général des malades, il s'améliore si la fistule biliaire ne passe pas à l'état chronique. Mais si la perte quotidienne de bile est abondante et se prolonge pendant des mois, l'appauvrissement de l'organisme se produit, et s'accompagne d'un véritable marasme par trouble des fonctions digestives et défaut d'utilisation de la bile. Une malade de Bouchard perdit ainsi, en six mois, 15 kilogrammes de son poids. — La mort peut être le résultat de cette cachexie croissante

On voit quelles éventualités incertaines et toujours menaçantes comporte l'ouverture au dehors des fistules biliaires.

Aussi les *fistules biliaires internes* sont-elles en général plus favorables.

Ici, dans la grande majorité des faits, c'est du côté du *tractus gastro-intestinal* que s'ouvre la perforation (65 cas recueillis par Mossé), soit par communication directe, bimuqueuse, soit avec interposition d'un foyer de péritonite purulente enkystée. Dans le premier cas l'évacuation des calculs est facile, et la fistule se guérit assez vite. Dans la seconde alternative, les clapiers se vident souvent mal, et n'arrivent que très lentement à se cicatriser.

L'évolution symptomatique est souvent très obscure. Dans une première période, se montrent les douleurs, la fièvre, la tuméfaction profonde de la cholécystite initiale. Dans un cas que j'ai observé, le malade avait parfaitement la sensation d'un corps dur, globuleux, pesant, se déplaçant dans les différents mouvements, et occupant la région sous-hépatique. Puis, à un moment donné, brusquement, survint une douleur déchirante et profonde, et, en quelques heures, la malade rendit plus d'un litre de bile mélangée de pus, en même temps que se montraient des symptômes graves de collapsus.

A cette première décharge peut succéder une phase d'accalmie; mais, si l'orifice bimuqueux s'oblitére, la vésicule peut se remplir de nouveau jusqu'au moment où une nouvelle débâcle se produit, s'accompagnant de la disparition brusque de la tumeur biliaire.

En même temps que s'établit la perforation, on peut voir survenir des vomissements, du péritonisme, et même, comme dans un cas de Frerichs, une hématomèse et du melæna.

Tous les accidents disparaissent souvent avec l'arrivée du calcul dans l'intestin, et, si la perforation se cicatrise, la guérison spontanée est obtenue. Mais que de complications possibles dans le présent et dans l'avenir! Infections biliaires d'origine intestinale, avec les grands accès symptomatiques de la fièvre intermittente hépatique, et tous les dangers des angiocholites suppurées ou même de l'infection purulente; rétrécissement cicatriciel, fibroïde, des voies biliaires ulcérées, et icère chronique; voilà les deux complications les plus à craindre.

Mais les calculs eux-mêmes, une fois parvenus dans l'intestin, peuvent rester encore une cause de dangers.

S'ils sont très volumineux, ils peuvent cheminer difficilement le long du tractus intestinal, s'arrêter en route dans l'intestin grêle, ou contre les parois de la valvule iléo-cæcale, et devenir ainsi une cause d'*obstruction intestinale*.

De cet accident les exemples sont aujourd'hui assez nombreux<sup>(1)</sup>, et il semble que l'obstruction lithiasique de l'intestin présente quelques caractères assez spéciaux.

Elle survient en général chez des sujets déjà âgés et qui souvent n'ont pas, dans leurs antécédents, d'accès francs de colique hépatique. Son début est souvent précédé de coliques douloureuses, d'occlusions avortées, correspondant aux différentes étapes du calcul, jusqu'au jour où les signes francs d'obstruction se montrent, avec les douleurs souvent atroces, les vomissements bilieux puis fécaloïdes, l'arrêt des matières, le facies péritonéal, le collapsus des septiciémies intestinales. Sous l'influence d'un purgatif, et parfois au bout de 7 à 8 jours seulement, les accidents cessent tout à coup, pour reparaitre parfois de nouveau un peu plus tard, ou définitivement si le calcul est expulsé au dehors. Cette allure lente, irrégulière, par étapes, est assez fréquente pour

(<sup>1</sup>) DAGRON (Thèse de Paris, 1891) compte 140 cas d'obstruction intestinale par calculs biliaires, et L. GALLIARD (*Presse médicale*, 1895, p. 185) porte à 225 le nombre de cas publiés.

acquérir par cela même une grande valeur clinique. Dans un cas de Moore, par exemple, trois mois et demi s'écoulèrent entre la perforation de la vésicule et l'expulsion anale des cholélithes.

Dès que le calcul a 5 centimètres de largeur (Naunyn), il peut devenir cause d'occlusion, mais non dans tous les cas, et l'on a vu de volumineux calculs être expulsés par l'anus sans accident. Dans d'autres cas, l'obstruction peut être provoquée par des calculs moins gros, mais *agglomérés*, et une malade de Piéchaud guérit à la suite d'une débâcle où furent rendus 26 calculs.

Les cholélithes semblent s'arrêter en des lieux d'élection, dernière portion de l'iléon, valvule de Bauhin, S iliaque, rectum. Ils se fixent et font obstacle non seulement par leur masse, mais surtout par *spasme intestinal*, par tétanisation réflexe de la tunique musculaire qui les enchatonne parfois comme entre deux véritables sphincters (Thiriard).

Enfin, des dépôts secondaires, pigmentaires, stercoraux, ou calcaires, peuvent, pendant le séjour intestinal, accroître le volume des cholélithes.

Le dernier temps, lui-même, du processus peut être rendu difficile et douloureux à cause du volume extrême du calcul; quand il est gros comme un œuf de poule, par exemple, c'est d'un véritable accouchement rectal qu'il s'agit.

Dans quelques cas, on a pu, par la palpation abdominale, sentir le corps étranger, en apprécier le siège, et même le cheminement sous l'influence de manœuvres de massage, manœuvres dangereuses, du reste, et dont il faut s'abstenir.

Pour les calculs peu volumineux, un nouveau danger est possible: ils peuvent s'engager dans l'appendice, en amener la perforation, et, à la suite, tous les dangers d'une péritonite suraiguë, ou d'un phlegmon stercoral de la fosse iliaque droite, ou de la paroi abdominale. On a vu ainsi des calculs être éliminés au-dessus du pli inguinal droit.

Le pronostic des iléus lithiasiques est des plus graves, puisque la statistique de Dufourt donne une mortalité de 56 pour 100, celle de Courvoisier de 44 pour 100.

Le traitement opératoire, le seul à employer, donne une mortalité d'environ 55 pour 100 (L. Galliard) et a d'autant plus de chances de succès qu'il sera institué de meilleure heure.

Tout ce que nous venons de dire s'applique à l'élimination gastro-intestinale, en général, des calculs biliaires. Reste à voir vers quels segments du canal digestif peut se produire la perforation.

L'ouverture dans l'estomac est très exceptionnelle; Mossé n'a pu en réunir que 5 cas, et il ne faudrait pas attribuer, *a priori*, à une fistule gastrique les faits un peu plus nombreux où des calculs biliaires ont été rejetés par vomissement, les contractions antipéristaltiques du duodénum pouvant permettre aux cholélithes de franchir l'anneau pylorique.

Vers le duodénum, l'ulcération des voies biliaires est bien plus fréquente, et, si l'on doit considérer comme exceptionnel un fait de Frerichs de fistule duodéno-cholédoque, on compterait facilement une cinquantaine de cas publiés de fistules cystico-duodénales. L'intimité des rapports anatomiques entre les deux réservoirs explique cette fréquence relative.

Les fistules cystico-coliques sont plus rares, et font communiquer la vésicule avec l'angle droit du côlon, ou l'extrémité droite du côlon transverse. Le cancer de la vésicule lithiasique constitue une prédisposition spéciale à ce

mode de perforation, puisqu'il existait dans 6 cas sur 9 observés par Murchison.

Enfin, dans quelques cas, l'ulcération peut faire communiquer la vésicule à la fois avec le côlon et le duodénum.

On conçoit combien, en clinique, le diagnostic différentiel de ces diverses localisations fistuleuses est difficile à établir. Tout au plus peut-on arriver à quelques présomptions en tenant compte de l'existence ou non de vomissements bilieux, du caractère plus ou moins précoce ou tardif de la débâcle bilieuse, de la coexistence d'une hématomérose, ou d'un melæna.

Des travaux récents ont montré que des accidents gastriques graves, et notamment la *sténose pylorique*<sup>(1)</sup> pouvaient venir compliquer la cholélithiase. Bouveret en a décrit et interprété les premiers cas. Des conditions anatomiques différentes peuvent intervenir. Tantôt il y a simplement compression pylorique par action directe de calculs contenus dans la vésicule ou le cholédoque; tantôt, et plus fréquemment, la péri-cholécystite chronique agit comme cause sténosante extrinsèque, par étranglement scléreux ou par coudure pyloro-duodénale. D'après Bouveret, le décubitus horizontal atténue les accidents, dont l'origine ne peut être suspectée que par la nature de la cholélithiase antérieure et la constatation, parfois possible, d'une masse indurée et profonde dans la région sous-hépatique.

En cas de fistule vésiculo-gastrique, des calculs peuvent être rendus par vomissements. Un des cholélithes peut même s'arrêter au niveau du pylore, y être enclavé par spasme de l'anneau musculaire, et devenir cause directe d'occlusion pylorique<sup>(2)</sup>.

Pour en finir avec les migrations anormales des calculs du côté des organes digestifs, nous ne ferons que mentionner l'ouverture des voies biliaires dans le parenchyme hépatique, nous retrouverons ces faits à propos des abcès du foie.

Du côté du péritoine lui-même, l'ulcération peut s'ouvrir dans une loge de péritonite enkystée, et souvent alors ce n'est que la première étape d'une migration ultérieure vers la paroi abdominale ou vers l'intestin, ou dans la cavité même du péritoine, si des adhérences antérieures ne la protègent pas. On observe alors l'ensemble des symptômes et des lésions qui accompagnent la péritonite diffuse aiguë par perforation. Une douzaine d'observations de ce genre ont été publiées.

Encore plus exceptionnels sont les cas où la fistule calculeuse vient s'ouvrir dans la veine porte; à peine en existe-t-il trois ou quatre cas authentiques, véritables trouvailles d'autopsie plutôt que faits cliniques.

Parmi les migrations descendantes des cholélithes, on peut encore mentionner un cas de Franck, où, après adhérences préalables de la vésicule et de l'utérus gravide, l'élimination calculeuse se fit par le vagin; quelques faits, cités par Mossé, où la vésicule vint s'ouvrir soit dans le bassin du rein droit, soit dans la vessie, directement ou par l'intermédiaire d'une poche de péritonite enkystée.

Quant aux migrations ascendantes, tendant à l'élimination pleurale ou bronchique des cholélithes, elles sont également des plus rares. Elles peuvent se produire de deux manières: ou bien à la suite d'un abcès sous-hépatique et sus-hépatique, ou comme conséquence d'un abcès biliaire parenchymateux du foie.

<sup>(1)</sup> MARCHAIS. *Du rétrécissement du pylore d'origine biliaire*. Thèse de Paris, 1898.

<sup>(2)</sup> MANGOURD. *Obstruction du pylore par calculs biliaires*. Thèse de Paris, 1898. — FLEISCHAUER. *Deutsche med. Woch.*, 27 avril 1899.

Suivant la rapidité du processus, et l'existence ou non d'adhérences pleuro-pulmonaires, on voit évoluer une pleurésie purulente aiguë, à liquide parfois teinté de bile, ou une vomique de médiocre abondance, accompagnée de l'apparition des signes d'un pyo-pneumothorax sous-phrénique droit.

#### IV

Après cette longue revue des innombrables accidents qui menacent les lithiasiques, on comprend combien LE DIAGNOSTIC doit souvent présenter d'incertitudes ou de difficultés. Les éventualités cliniques possibles sont si diverses, les causes d'erreur si nombreuses, que nous ne pouvons qu'envisager les principaux groupes de faits dans leur ensemble.

A. Il n'y a pas eu de colique hépatique franche, à peine quelques-unes de ces crises pseudo-gastralgiques qui sont si communes, surtout chez la femme, ou quelques troubles digestifs aigus, avec vomissements bilieux survenant quelques heures après le dîner. Même dans ces cas frustes, on peut souvent soupçonner la lithiase biliaire, pour peu que l'on songe à en rechercher les stigmates. La palpation permet de provoquer une douleur sourde, profonde, localisée au niveau de la vésicule biliaire, et c'est là un signe de première importance. Souvent même on peut palper directement la vésicule, en sentir la saillie globuleuse et rénitente, et Willemin a montré la valeur de ce signe comme phénomène prémonitoire de l'attaque de colique hépatique. Beaucoup plus exceptionnellement, la palpation peut produire la collision de calculs multiples contenus dans la vésicule, et cette crépitation calculeuse est tout à fait pathognomonique.

En dehors de ces signes directs, la séméiologie chimique elle-même atteste une lésion du foie, et dans plusieurs cas de ce genre j'ai constaté de l'urobilinurie et de la glycosurie alimentaire.

On devra encore penser à la lithiase biliaire quand des accès fébriles pseudo-intermittents se montreront sans cause connue, sans lésions urinaires, surtout chez les vieillards.

B. Au moment de la crise de colique hépatique, si le tableau clinique est complet, l'hésitation ne sera guère possible. Le siège et les irradiations des douleurs, l'absence de modifications urinaires, permettront le diagnostic différentiel avec la colique néphrétique du rein droit; la coexistence assez fréquente, chez le même sujet, des deux lithiases peut cependant être une véritable cause d'erreur.

Comme causes d'erreur fréquentes, il faut compter avec les crises douloureuses d'origine intestinale, localisées à l'angle du colon droit, dans l'entérite muco-membraneuse, dans l'entérite sableuse (Dieulafoy). L'examen méthodique des fèces permettra seul le diagnostic.

Dans la colique de plomb, la rétraction du ventre, l'attitude des sujets, le soulagement des douleurs par la large pression en surface sur l'abdomen, les stigmates du saturnisme enfin, guideront le diagnostic.

Les empoisonnements aigus par les agents caustiques ou irritants peuvent simuler la colique hépatique; mais on les reconnaîtra au début immédiat des accidents, à la douleur uniquement stomacale et médiane, aux caractères spéciaux des matières vomies.