

moins considérable, chez des personnes qui jusque-là n'en avaient jamais eu. Elle ne se produit pas à des heures régulières, elle arrive le matin, le soir, pendant la nuit. Elle est sans relation avec l'état de plénitude ou de vacuité de l'estomac.

N'ayant aucun rapport avec la gastrite alcoolique, cette pituite est souvent symptomatique d'un *cancer de l'estomac*.

Si vous interrogez les malades qui sont atteints de cette affection, vous trouverez chez un quart d'entre eux la pituite comme antécédent pathologique.

De même que le cancer de l'estomac a une anorexie, une douleur, une gastralgie d'espèce spéciale; de même il a une pituite particulière: c'est celle dont je viens de vous indiquer les caractères.

## DES COLIQUES HÉPATIQUES.

(Leçons recueillies par M. Charrin.)

### I

La colique est par définition un syndrome douloureux, spasmodique, occasionné par les contractions des parois d'un organe creux. Ainsi les contractions de l'uretère, de la vessie, de l'urètre et surtout du côlon provoquent des crises, qui portent le nom générique de colique. La colique hépatique rentre évidemment dans cette définition, les voies biliaires étant un appareil canaliculaire, un ensemble d'organes creux à parois contractiles, à ne considérer surtout, en dehors des origines intra-lobulaires, que les conduits principaux, le canal hépatique, la vésicule et le canal cholédoque. C'est le plus souvent la présence d'un corps étranger qui détermine une colique; ce corps peut appartenir à l'organisme ou venir du dehors.

Il est à remarquer que si certaines coliques, comme les coliques néphrétiques, sont ordinairement provoquées par une concrétion absolument solide, il en est d'autres où l'influence des substances liquides irritantes paraît prédominer. Ainsi pour les voies digestives, pour l'intestin en particulier, le spasme douloureux peut évidemment survenir à l'occasion d'un corps solide venu de l'extérieur ou formé dans l'organisme lui-même, mais le plus souvent il faut incriminer des sécrétions liquides ou semi-liquides qui viennent irriter les parois. Une sécrétion liquide

inflammatoire arrivant au niveau de l'ampoule rectale, quelquefois même un simple lavement détermine une colique du rectum ou cause une colique véritable de l'extrémité du gros intestin. Et ces sensations de colique rectale accusées par la souffrance du grand sympathique sont différentes de celles que donne la névralgie anale proprement dite. Celle-ci se passe dans le nerf sensitif, dans son tronc ou sa périphérie ; il n'est pas nécessaire d'un corps solide ou liquide pour la faire apparaître ; de plus, dans la névralgie, il existe un maximum de douleur beaucoup plus limité que dans la colique.

La colique hépatique, comme celle de l'uretère, reconnaît pour cause habituelle un produit de sécrétion anormal solide, qui, en dehors des cas absolument exceptionnels où on a rencontré des débris d'échinocoque, des ascarides lombricoïdes ou des caillots sanguins, n'est autre chose qu'un calcul hépatique. Ce calcul est, comme vous le savez, formé dans l'intérieur des voies biliaires, surtout aux dépens de la cholestérine, des matières colorantes, des sels biliaires auxquels s'ajoute de la chaux.

Mais il existe aussi des coliques hépatiques dont le mécanisme, dont les causes sont comparables à celles dont nous parlions à propos de l'intestin. Des altérations de la bile, une bile semi-liquide, boueuse, épaisse, ou encore une bile surabondante, une bile irritante par un vice quelconque de composition, peuvent provoquer le spasme douloureux des voies biliaires. De plus des altérations inflammatoires ou autres, portant non plus sur le liquide sécrété, mais bien sur les parois des conduits, de la vésicule, du canal hépatique, ou du canal cholédoque, sont également capables d'engendrer la colique hépatique. Ces inflammations, ces lésions de parois naissent dans l'appareil canaliculaire lui-même ou, suivant une marche ascendante, elles proviennent par propagation des maladies si peu connues du duodénum, organe qui par sa situation échappe à nos moyens d'exploration et dont le rôle est par conséquent si mal déterminé.

Ces derniers mécanismes montrent qu'il ne faut pas toujours accuser une recherche incomplète, lorsqu'après une ou plusieurs coliques on ne retrouve pas le corps du délit dans les garde-robes ou dans les canaux, quand par suite d'une complication ou d'une maladie intercurrente, on est amené à faire l'autopsie. Il y a vraiment des coliques hépatiques sans calcul véritable.

En somme il est possible que l'inflammation, que le catarrhe de la muqueuse du duodénum, se propage au canal cholédoque comme on voit si souvent le fait se produire pour le pharynx et la trompe d'Eustache. Que de fois, en effet, le catarrhe de ce conduit n'est-il pas la conséquence du catarrhe de la muqueuse de l'arrière-gorge ! On peut donc concevoir de la sorte tout un ordre de causes provoquant la colique dans le canal cholédoque. On voit d'ailleurs que c'est dans cette dernière portion des voies biliaires, la plus riche en fibres musculaires, que se passent les plus nombreuses des crises douloureuses dont nous parlons. Il y a peut-être des coliques du canal cystique, mais elles sont plus difficiles à apprécier.

Quel que soit d'ailleurs l'agent et le mécanisme intime de la colique hépatique, cette crise douloureuse se caractérise par un certain nombre de symptômes bien décrits dans la plupart des auteurs et dans le détail desquels je ne veux pas entrer ; je vous en dirai seulement quelques mots.

Le malade est pris subitement quelques heures après le repas ; cependant l'invasion ne se fait pas le plus souvent avec une soudaineté absolue ; il y a une préparation variant de quelques minutes à un quart d'heure. Il éprouve, au début du moins, une douleur vive à l'épigastre et cette douleur initiale paraît siéger au moins aussi fréquemment, pour ne pas dire plus, à l'épigastre que dans l'hypochondre droit ; c'est là un détail qu'il faut savoir pour ne point croire à une gastralgie. La douleur de la colique hépatique est en général térébrante, augmentant par intervalles, mais peut-être moins exacerbante, moins suspensive que celle de la colique néphrétique. Le patient se tord sur lui-même, se jette sur son lit, se roule par terre, se place sur le

côté droit, puis sur le côté gauche; il lui semble qu'un changement de position, qu'une pression large sur le point douloureux calment momentanément sa douleur; puis elle s'exacerbe de nouveau et de nouveau il se pelotonne, il cherche une autre situation et s'agite peut-être davantage que dans la colique néphrétique.

Des nausées, des vomissements accompagnent les douleurs, mais habituellement le nombre des vomissements n'excède pas deux ou trois. Le facies pâle exprime l'angoisse, le pouls peut être ralenti, quelquefois accéléré. On peut voir survenir des troubles respiratoires, des palpitations, des phénomènes nerveux exagérés, la syncope et d'autres symptômes, tel que l'ictère consécutif, sur lesquels je ne veux pas m'arrêter.

Puis la douleur s'apaise soit brusquement, soit avec un peu de progression. La colique dure de trois à cinq heures, et alors le plus souvent il y a répit, ou bien sa durée atteint un jour, un jour et demi et plus dans les formes suspensives.

Il existe, il est vrai, de grandes variétés dans l'intensité, dans la répétition comme dans la prolongation de ces coliques. Je ne fais que vous signaler ces faits. Je n'insiste pas davantage sur l'influence, attribuée à certains états tels que les règles, l'accouchement, dans la production des crises, pas plus que je n'ai insisté sur les diathèses, causes premières de la lithiase. Vous trouverez tous ces faits admirablement discutés et mis au point par mon ami Ch. Bouchard, dans le livre qu'il vient de nous donner sur la nutrition retardante. Du reste ce que je pense au sujet de cette pathogénie, je me réserve de vous l'exposer dans une prochaine leçon, à propos de deux excellents livres que je compte critiquer avec vous, et développer dans leurs points principaux.

Au moment où la colique se termine, le malade peut avoir la sensation de l'expulsion d'un corps que l'on a comparée à la sensation qu'éprouve la femme au moment de la sortie du fœtus. Cette sensation est attribuée au passage du calcul tombant du canal cholédoque dans l'intestin. Là il cheminera plus ou moins vite avec ou sans accident, et si on veut confirmer le diagnostic

et voir la nature du corps étranger, il faudra le rechercher par des procédés spéciaux dans les matières fécales.

La colique terminée, le malade entre en quelque sorte en convalescence et il ne faut pas croire qu'à ce moment le rôle du médecin soit fini. Son rôle ne se borne pas à administrer des narcotiques ou des calmants de toute sorte pendant l'accès; le calcul peut laisser des traces après lui, et c'est ce qu'il faut rechercher. Il a pu irriter, ulcérer, enflammer les voies biliaires, les canaux ou la vésicule; une palpation spéciale se faisant par saccades au niveau du point connu, vers le rebord des fausses côtes, fournira d'utiles renseignements et déterminera de la douleur dans le cas de cholécystite.

C'est alors que l'on pourra recourir avec avantage aux petites purgations répétées, à la révulsion, aux émissions sanguines locales, quatre ou cinq sangsues; le foie en effet et les voies biliaires répondent facilement aux dérivatifs cutanés.

Ainsi en résumé, la colique hépatique, accident douloureux, spasmodique, est due le plus souvent au passage d'un corps étranger dans les canaux biliaires, mais il est probable que l'inflammation de ces canaux, primitive ou secondaire, que les altérations de la bile sont capables aussi de donner naissance à ces crises. Le médecin peut et doit intervenir dans l'accès, mais il doit s'occuper aussi de la phase qui précède l'accès et de la phase qui le suit. Pour ce qui concerne la première période, la période de formation des calculs, il est peu armé, étant mal renseigné sur le mécanisme et les causes de leur formation. On a en effet invoqué bien des influences: l'âge, le sexe, les professions, les conditions sociales, l'alimentation, les diathèses; mais comme on voit la lithiase biliaire survenir dans des conditions disparates, chez des gens de tempéraments différents, on a en réalité peu d'action sur cette phase de formation. C'est une hygiène à régler sévèrement et non une médication à formuler.

Nous avons au contraire montré qu'il fallait surveiller la phase consécutive à l'accès et que pour cette dernière le médecin pouvait beaucoup plus.

## II

Les traités que résume cette leçon ont été écrits par deux médecins placés sur le même théâtre d'observation. On sait combien affluent à Vichy, de toutes les contrées, les malades atteints d'affections hépatiques ; avec Carlsbad, il n'est pas une clinique au monde aussi favorable à l'étude approfondie des maladies curables et incurables du foie.

Le défaut des observations recueillies dans les stations minérales, c'est qu'elles sont forcément incomplètes. Une affection chronique qui absorbe la moitié de la vie des hommes apparaît pendant quelques semaines ; on en sait mal la veille, on en ignore presque toujours le lendemain. S'il fallait constituer avec les documents ainsi rassemblés une pathologie hépatique, on ne réussirait qu'à accumuler des matériaux d'une difficile élaboration.

La maladie doit être aussi courte que l'intervention de l'observateur, sous peine qu'il arrive à instituer des espèces artificielles répondant à une des phases de l'évolution.

Les coliques hépatiques semblent, à première vue, réunir ces conditions favorables ; elles sont brèves, soudaines ; elles surviennent souvent au plein de la santé et disparaissent sans laisser de traces visibles. Le malade se croit guéri parce qu'il est délivré, et il est peut-être dans le vrai.

Mais la colique hépatique n'existe en réalité qu'à titre de convention ou plutôt de concession. Sous ce nom, nous désignons, d'accord avec le patient, une série de souffrances qui ne doivent avoir pour le médecin que la valeur d'un symptôme. La colique est à la lithiase ou à toute autre lésion du foie ce que la toux est aux affections pulmonaires. Traiter expressément de la colique hépatique comme d'une unité pathologique, ce serait tomber

(1) Cette leçon a paru sous forme de revue dans les *Archives générales de médecine*, 1870.

dans une erreur de logique médicale. Tant vaut la lésion, tant vaut le symptôme par lequel elle s'accuse.

Les médecins des eaux minérales sont obligés par la nature des choses à restreindre leur étude à la phénoménologie. Les malades remis à leurs soins n'achèvent jamais la maladie sous leur contrôle, et leur premier devoir est de renvoyer le malade dès qu'il ne s'amende pas sous l'influence du traitement. Leur médecine ressemble à celle de nos devanciers auxquels les autopsies étaient à peu près interdites, et l'anatomie pathologique n'est pas de leur domaine. Ils constatent dans la mesure de ce qu'ils voient, et ne dépassent la sphère limitée de la clinique qu'avec l'aide des conjectures.

Il importe, et pour estimer la portée de leurs écrits et pour en profiter, de se représenter au vrai la situation. Ainsi réduite à l'examen des sensations éprouvées par le malade et au petit nombre des phénomènes objectifs, l'observation devient minutieuse ; elle aiguise sa sagacité et supplée, à force de recherches attentives, à l'insuffisance avouée de ses moyens. Ce que nous pouvons, ce que nous devons attendre de monographies conçues dans ces données, c'est justement le récit du détail, la prévision des moindres incidents, la sûreté d'un diagnostic superficiel. Or ces qualités nous les trouvons au plus haut degré dans les livres des D<sup>rs</sup> Willemin et Senac. Aussi prendrons-nous à chacun ce qui nous paraît, soit par l'originalité, soit par la délicatesse de l'étude clinique, se recommander surtout à l'attention.

La crise de colique hépatique franche ne mérite pas une description : mais combien de déviations du type réputé normal ! D'où viennent les différences ? Tiennent-elles à la nature de la cause, dépendent-elles de la diversité des tempéraments et des aptitudes individuelles ? Il est hors de doute que ces deux éléments interviennent, mais dans quelles proportions ?

Le problème ainsi posé est presque insoluble, et tout ce qu'on peut espérer, c'est de se rapprocher de plus en plus de la solution.

Le D<sup>r</sup> Senac (1) s'est attaché de préférence aux états diathésiques, qui représentent pour lui l'antécédent obligé de coliques hépatiques. « Les individus, dit-il, que cette maladie frappe, ne sont point pris en pleine santé. Chez eux, la maladie hépatique s'ajoute ou succède à des états pathologiques existant ou ayant existé antérieurement. Ces états pathologiques appartiennent au groupe des maladies arthritiques et sont ordinairement les migraines, la lithiase urique sous toutes ses formes, les coryzas diathésiques, les hémorrhoides avec ou sans hémorrhagies, les arthrites aiguës ou chroniques de nature rhumatismale ou goutteuse; les arthritides, et en particulier l'urticaire, l'eczéma, l'acné rosea arthritique. »

Le D<sup>r</sup> Willemin (2) a eu surtout en vue de montrer les relations moins connues qui existent entre les coliques hépatiques et diverses conditions de santé qu'on ne saurait classer parmi les diathèses. En envisageant les choses sous cet aspect, il insiste sur les maladies antécédentes, sur les maladies consécutives aux coliques hépatiques, bien plus que sur les prédispositions constitutionnelles.

On pourrait dire que les deux ouvrages se complètent l'un par l'autre sans presque jamais faire double emploi.

Nous suivrons d'abord le D<sup>r</sup> Willemin dans la série de ses investigations, ou, comme nous le dirions plus volontiers, de ses explorations.

En premier lieu, quelle influence peut avoir sur la production ou sur l'arrêt des manifestations de la maladie hépatique cette période particulière de la vie de la femme qui est formée par la grossesse, les couches, l'allaitement? On observe des cas où les coliques hépatiques reviennent périodiquement aux époques menstruelles avec assez de régularité pour qu'on ne puisse pas voir là le hasard d'une coïncidence.

Le D<sup>r</sup> Willemin en cite deux observations qui ne nous ont pas semblé concluantes.

(1) *Du traitement des coliques hépatiques*, 1870.

(2) *Des coliques hépatiques et de leur traitement*, 1870.

Avant d'admettre la périodicité des coliques hépatiques, il faut poser des réserves. Chez certains malades, la colique hépatique s'épuise, pour ainsi dire, dans un seul accès; chez d'autres elle n'aboutit qu'après une succession prolongée pendant des mois, des semaines, des années, de petites attaques qui sont aux coliques vraies, comme les *mouches* aux douleurs expulsives de l'accouchement: un effort improductif. Dans ce dernier cas, mais dans celui-là seulement, des occasions de tout ordre peuvent ramener la douleur, que ce soit le molimen menstruel, une course forcée, une indigestion, une simple constipation. Il n'y a pas là de périodicité dans le sens médical du mot. Ajoutez que les femmes chez lesquelles les règles avaient paru provoquer les attaques étaient hystéro-névropathiques, et subissaient, au plus haut degré, l'influence de la fluxion utérine.

La grossesse, chez les malades dont le D<sup>r</sup> Willemin a recueilli l'observation, aurait produit des résultats très différents; chez les unes, les coliques n'ont pas reparu pendant cette période; chez les autres, elle a été le point de départ ou l'époque du retour des accidents.

L'allaitement fournit des données encore moins précises, et l'auteur se refuse lui-même à tirer de faits sans parité une conclusion.

La seule induction qu'il se croie autorisé à émettre touche de plus près à la théorie qu'à la pratique. « La compression qui s'exerce pendant la gestation sur tous les organes abdominaux, sur le foie en particulier, doit nécessairement gêner plus ou moins le cours et la libre excrétion de la bile. C'est là une circonstance favorable à la formation de calculs biliaires. Lorsque, par le fait de l'accouchement, cette compression cesse, *il est naturel* que les concrétions, trouvant une issue plus facile que durant la gestation, déterminent plus aisément les coliques hépatiques symptomatiques de leur expulsion. »

Les quelques mots que nous avons soulignés montrent assez la part faite au raisonnement, à défaut de preuves effectives. Durant la vie de la femme, les coliques hépatiques surviennent,

comme chez l'homme, à des âges de prédilection. Avant la puberté, elles sont également rares dans les deux sexes; dans la vieillesse, elles deviennent encore l'exception, bien que les calculs biliaires soient certainement plus communs chez les femmes que chez les hommes aux périodes avancées de la vie. La seule conclusion qui nous paraisse résulter des observations, d'ailleurs intéressantes, publiées par le Dr Willemin, ne manque pas d'importance pratique. Il est démontré expérimentalement que la cure alcaline ne produit, chez la femme, aucun dommage, ni pendant ni après le traitement, et que la grossesse n'est pas une contre-indication.

Les affections utérines que l'auteur a notées comme prédisposant aux coliques hépatiques ou plutôt comme les préparant, sont trop nombreuses et trop diverses pour figurer utilement dans l'étiologie. On sait, dit l'auteur, que ces affections ont pour effet habituel d'amener, au milieu de l'allanguissement de toutes les fonctions, le trouble des digestions. On comprend que, chez les sujets prédisposés, une altération de composition ou d'excrétion de la bile en soit la conséquence. D'une autre part, l'obstacle que les maladies de matrice apportent au mouvement, à l'exercice régulier, doit contribuer encore au développement de l'affection calculeuse du foie.

Nous n'hésiterons pas à nous inscrire contre ces propositions comme contre toutes les généralités du même ordre. La dyspepsie consécutive aux maladies chroniques de l'utérus ou de bien d'autres organes n'a rien de commun avec les troubles digestifs qui prédisposent à la lithiase hépatique. La langueur des fonctions est si peu une cause occasionnelle, qu'on voit au moins autant de gens à appétit robuste, à nutrition florissante, que d'individus débiles, affectés de coliques hépatiques. Si l'une des conditions joue le rôle de cause, elle exclut forcément l'autre, à moins qu'on ne consente à reprendre les vieux errements qui attribuaient les maladies aux raisons les plus contradictoires. En fait, il n'existe pas une solidarité telle entre les affections dissemblables de l'utérus, qu'on ait le droit de faire figurer en tête

d'une étiologie quelconque ce titre si vague d'affections utérines. Le Dr Willemin est un médecin trop expérimenté pour ne pas le savoir aussi bien que nous, mais peut-être aura-t-il succombé à la tentation séduisante de compléter ainsi son chapitre de l'influence du sexe féminin sur la genèse des coliques hépatiques.

Si les antécédents pathologiques éveillent plus d'un doute, il n'en est pas de même de certains états morbides qui succèdent à la crise. Les quelques pages où il est question de crises accompagnées ou suivies de fièvres d'accès ont une vraie valeur médicale, si peu nombreuses que soient les observations. Le fait suivant, que nous reproduisons en l'abrégeant, est plein d'utiles enseignements.

« Madame M..., 45 ans, souffrant depuis longtemps de coliques hépatiques, avec hypertrophie du foie, a recours au traitement alcalin.

« A son arrivée à Vichy, le 6 juin, la malade était dans un état de faiblesse extrême. Elle était maigre, jaune, la respiration courte, la voix faible. Le foie débordait de deux à trois travers de doigt les dernières côtes; l'appétit est faible, la digestion difficile, la langue anormale. Les selles étaient rares, les douleurs spontanées se faisaient sentir dans l'hypochondre gauche où la palpation et la percussion ne révélaient aucune altération appréciable.

« Je soumis la malade à un régime d'eau minérale extrêmement modéré, qui fut assez bien supporté. Mais dès le septième jour, il survint une crise de colique hépatique; la douleur la plus vive existait au côté gauche; cependant la plus légère pression sur le côté droit était très douloureuse. Aux vomissements, accompagnés d'ictère et d'une forte angoisse, se joignit une fièvre violente qui débuta par un frisson; au bout de quelques heures, ces symptômes s'étaient calmés; à la chaleur avait succédé une douce transpiration, lorsque, la nuit suivante, presque à la même heure que la veille, il survint un nouveau frisson plus fort que le précédent; il dura deux heures et fut suivi d'une grande chaleur avec fréquence et développement du pouls, et