

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON  
Année scolaire 1905-1906 — N° 141.



# DES PERFORATIONS

DE

## LA VÉSICULE BILIAIRE CALCULEUSE

### THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 13 juillet 1906

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**Gabriel BORDES**

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à Courbevoie (Seine), le 4 juillet 1879.



LYON

IMPRIMERIES RÉUNIES

ANCIENNES MAISONS

DELAROCHE ET SCHNEIDER

8, RUE RACHAIS, 8

BUREAUX } 85, rue de la République.  
9, quai de l'Hôpital.

1906

Bibliothèque Maison de l'Orient



160649

# PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. LORTET . . . . . DOYEN.  
HUGOUNENQ. . . . . ASSESSEUR.

**PROFESSEURS HONORAIRES**  
MM. PAULET, CHAUVEAU, AUGAGNEUR.

<b>PROFESSEURS</b>	
Cliniques médicales . . . . .	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales. . . . .	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements. . . . .	BARD.
Clinique ophtalmologique . . . . .	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. . . . .	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales . . . . .	FABRE.
Clinique des maladies des enfants . . . . .	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes . . . . .	X...
Physique médicale. . . . .	PIERRET.
Chimie médicale et pharmaceutique . . . . .	WEILL.
Chimie organique et Toxicologie. . . . .	POLLOSSON (A.).
Matière médicale et Botanique. . . . .	MONOYER.
Parasitologie . . . . .	HUGOUNENQ.
Anatomie . . . . .	CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie . . . . .	BEAUVISAGE.
Physiologie . . . . .	LORTET.
Pathologie interne. . . . .	TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales. . . . .	RENAUT.
Anatomie pathologique . . . . .	MORAT.
Médecine opératoire. . . . .	TEISSIER.
Médecine expérimentale et comparée. . . . .	MAYET.
Hygiène. . . . .	TRIPIER.
Thérapeutique. . . . .	POLLOSSON (M.).
Pharmacologie. . . . .	ARLOING.
	LACASSAGNE.
	COURMONT (J.).
	SOULIER.
	FLORENCE.

**PROFESSEUR ADJOINT**  
Physiologie, cours complémentaire. . . . . M. DOYON.

<b>CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES</b>	
Pathologie externe. . . . .	MM. VALLAS, agrégé.
Maladies des voies urinaires. . . . .	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx . . . . .	LANNOIS, —
Propédeutique médicale . . . . .	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale . . . . .	BERARD, —
Propédeutique de gynécologie . . . . .	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique . . . . .	DEVIC, —
Hygiène administrative . . . . .	ROUX, —
Thérapeutique générale . . . . .	COLLET, —
Accouchements . . . . .	COMMANDEUR, —
Matière médicale . . . . .	MOREAU, —
Embryologie . . . . .	REGAUD, —
Anatomie topographique. . . . .	ANCEL, —

<b>AGRÉGÉS</b>			
MM. BARRAL. PIC. PAVIOT NOVE-JOSSERAND. BERARD. SAMBUC.	MM. BORDIER. COURMONT (P.) CHATIN. VILLARD. TIXIER.	MM. REGAUD. CAUSSE. ANCEL. CHARVET. COMMANDEUR. GAYET	MM. MOREL. NIVEU-LEHAIRE. NICOLAS. PATEL. VORON, Ch... J. LEPINE, Ch...

M. BAYLE, Secrétaire.

## EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. JABOULAY, Président; BÉRARD, Assesseur;  
MM. VILLARD et GAYET, Agrégés.

*La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.*

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE, A MA SŒUR

Je dédie ce travail,  
faible témoignage de profonde affection  
et de reconnaissance.

Avant de quitter la *Faculté*, il nous est infiniment agréable d'adresser à nos camarades, dont l'affection et les bons conseils nous ont soutenu pendant notre vie d'étudiant, l'expression de notre profonde amitié. Nous sommes également très heureux que notre externat nous ait permis d'approcher de près les *Maîtres* qui nous ont si largement et avec tant de bienveillance prodigué leur science.

Nous remercions *MM.* les professeurs *Devic* et *Roques*, médecins des hôpitaux, *MM.* les professeurs *Durand*, *Tixier*, *Bérard*, chirurgiens des hôpitaux, qui nous ont enseigné la chirurgie et la médecine.

Que notre maître, *M.* le professeur *Pollosson*, à qui nous devons nos connaissances en gynécologie, et *MM.* les docteurs *Loison* et *Voron*, accoucheur des hôpitaux, qui nous enseignèrent l'obstétrique à la maternité de l'*Hôtel-Dieu*, soient assurés de notre vive reconnaissance.

A *Monsieur* le docteur *Jaboulay*, professeur de clinique chirurgicale, qui nous a donné l'idée de ce travail et qui nous fait l'honneur de présider notre thèse, nous adressons nos remerciements sincères.

Nous n'oublierons pas notre collègue et ami *M. Ed. Barbarin*, pour son aimable collaboration, ainsi que *MM.* les docteurs *Cavaillon* et *Rivière*, dont les avis nous ont été si précieux.



## INTRODUCTION

---

Nous avons pour objet dans ce travail l'étude des perforations spontanées et traumatiques de la vésicule calculeuse; nous laisserons donc de côté les perforations traumatiques simples et les perforations au cours d'infections aiguës de cette vésicule. Nous avons pourtant fait entrer dans nos observations plusieurs perforations de la vésicule calculeuse s'étant produites au cours et à la convalescence d'une fièvre typhoïde et abordons un peu par là la question des perforations de la vésicule dans les maladies infectieuses. Nous aurons l'occasion de revenir sur ce sujet, car dans le cas particulier les lésions observées de cette vésicule relevaient autant de la lithiase que de l'infection typhique.

Ces ruptures de la vésicule biliaire calculeuse, seules perforations qui nous intéressent dans ce travail, sont de plusieurs sortes, et sans pénétrer immédiatement dans l'anatomie pathologique des lésions, nous pouvons de suite les classer d'après le lieu où se fait cette rupture. Nous entrerons plus loin dans les différentes considérations intéressant la fréquence, le siège et la forme de ces perforations.

La situation de la vésicule biliaire règle d'elle-même le lieu où peuvent se produire les différentes perfora-

lions. Placée sous le foie, en rapport avec lui par sa face supérieure, sa face inférieure et son fond complètement libres sont recouverts par la grande séreuse péritonéale. On comprendra facilement qu'une rupture brusque de la vésicule se produisant à ce niveau, le contenu de cette vésicule fasse irruption dans la grande cavité péritonéale; le degré de virulence du liquide, ou, d'une façon plus générale du contenu de cette vésicule, réglera le pronostic de cet accident, en général extrêmement grave. Autrefois on attribuait à la bile elle-même ainsi épanchée cette action funeste sur le péritoine, action dont la caractéristique était la déclaration brusque et rapide d'une péritonite aiguë généralisée entraînant la mort à bref délai. De nombreux travaux modernes, ceux de Dupré (1) en particulier, des expériences et des faits cliniques sont venus démentir ces conclusions, ou plutôt leur donner une nouvelle interprétation. La bile normale est aseptique et, de ce fait, parfaitement tolérée par le péritoine. Un enfant ayant reçu un traumatisme deux ans auparavant dans la région hépatique, entraînait dans le service de M. Jaboulay pour son ventre devenu gros et douloureux. A l'incision on trouva l'abdomen plein de bile. C'est là un exemple frappant d'asepticité de la bile normale. Cette notion, aujourd'hui acquise, éclaire la pathogénie de la perforation: si lorsque la vésicule se perfore une péritonite se déclare, on peut affirmer que les liquides épanchés étaient virulents. Nous verrons d'ailleurs que cette septicité de la bile n'est peut-être pas seulement

---

(1) E. Dupré. *Des infections biliaires* (Th. Paris, 91).

la cause de la péritonite, mais encore de la perforation elle-même.

D'autres fois, l'infection de la vésicule aidant, le péritoine pariétal et le grand épiploon contractent des adhérences, des fausses membranes cloisonnent alors la grande cavité péritonéale, formant ainsi des poches secondaires, parfaitement étanches et isolées, qui recevront le contenu vésiculaire.

Parfois ces adhérences font varier les rapports normaux des organes ; c'est ainsi que la vésicule contracte des rapports beaucoup plus fixes avec les organes circonvoisins, comme l'estomac, le gros intestin où plus tard elle pourra s'ouvrir.

Parfois la perforation s'ouvre dans une poche de plus ou moins d'épaisseur située entre elle et la paroi, formant ainsi de véritables phlegmons biliaires qui, plus tard, perforeront la peau ; parfois encore les adhérences tiraillent la vésicule et lui font contracter des rapports très étroits avec la paroi abdominale antérieure à laquelle elle se fixe et à travers laquelle elle s'évacue. Nous voyons donc par ce rapide exposé des différents et nouveaux rapports contractés par la vésicule, par la formation de ces adhérences péritonéales, de ces fausses membranes inflammatoires, survenir toute une classification de perforations.

Celles-ci pourront donc se faire de quatre façons principales : 1° dans la cavité péritonéale libre ; 2° dans une poche ou dans le péritoine cloisonné ; 3° à l'extérieur (fistule cutanée) ; 4° enfin dans un viscère circonvoisin.

Avant d'étudier chacune de ces perforations en détail, avant d'exposer leur symptomatologie, le diagnostic et



le traitement, nous commencerons par faire une étude approfondie de la vésicule calculeuse, du mécanisme de la perforation et nous étudierons ensuite ces adhérences et ces cloisonnements du péritoine qui dirigent l'épanchement bilieux soit à l'intérieur (péritonite, abcès enkystés, fistules viscérales), soit à l'extérieur (fistules cutanées bilieuses, purulentes, muco-purulentes).

La tâche nous sera d'ailleurs bien facilitée, et nous nous appuierons sur les travaux antérieurs encore récents de Guéniot, Bricka, Thorel, Pujebet, etc...

---



## CHAPITRE PREMIER

---

### **Anatomie pathologique. — Pathogénie.**

« *La vésicule calculeuse.* — La variété la plus simple  
« de vésicule calculeuse comprend les faits où la vési-  
« cule ne présente aucune altération appréciable et  
« dans lesquels, à part l'existence de calculs à son  
« intérieur, elle est restée normale. Il n'est pas très  
« rare de rencontrer à l'autopsie de sujets morts d'af-  
« fections diverses de ces vésicules calculeuses sans  
« lésion apparente. L'examen histologique a confirmé  
« d'ailleurs que la paroi d'une vésicule calculeuse peut  
« être absolument saine. Il peut y avoir lithiase vésicu-  
« laire sans cholécystite calculeuse » (Guéniot. Thèse  
de Paris, 1903). Mais d'une façon générale, il existe des  
lésions marquées de la vésicule, lésions dérivant de  
plusieurs processus que nous allons énumérer. Ce sont  
d'abord des lésions d'ulcérations de la muqueuse; quel-  
quefois ce sont des lésions d'ulcérations particulières  
ou d'ulcération trophique, présentant une certaine res-  
semblance avec les lésions d'ulcères d'estomac (Jabou-  
lay et Bricka). On trouve aussi parfois, dans l'épaisseur  
des parois de la vésicule, de petits abcès dont la pro-  
gression vers l'intérieur ou l'extérieur de la cavité vési-

culaire est la cause d'une perforation. Enfin nous verrons des cas de rupture de la vésicule par distension brusque due à l'oblitération du cystique, par hydropisie de la vésicule, par suppuration.

*Résumé d'après Testut de la constitution anatomique et histologique de la vésicule saine.* — La longueur de la vésicule biliaire est de 9 à 11 centimètres. Les parois sont très peu épaisses mais très extensibles. Son volume varie avec le contenu. A l'état de distension moyenne la vésicule renferme de 50 à 60 cc. Mais elle peut contenir sans rupture 150, 200, 250 cc. d'eau et même plus.

D'après les expériences relatées dans le livre de M. Testut, sur le point de rupture par distension, on constate que le point faible de sa paroi se trouve sur la partie de la face droite qui avoisine le col, un peu au-dessus du bassinnet. Elle se compose de trois tuniques : une séreuse, une fibreuse, la dernière muqueuse. La première dépendance du péritoine la recouvre partout sauf au point où elle s'adosse au foie dans la fossette cystique. Nous aurons l'occasion de voir que cette tunique forme souvent la dernière barrière qui s'oppose à l'épanchement biliaire dans la grande séreuse. La tunique fibreuse est composée de tissu conjonctif assez serré : il existe à sa face interne toute une couche de fibres musculaires, à disposition plexiforme permettant et causant de véritables contractions qui jouent un certain rôle dans le mécanisme des perforations. Enfin la tunique muqueuse dont nous examinerons les lésions plus loin présente des plissements particuliers, temporaires, affectant les directions les plus diverses. En

s'anastomosant les uns avec les autres ils circonscrivent des cavités ou aréoles, qui suivant les cas sont triangulaires, quadrangulaires ou polygonales. Aucune trace de valvule. Les artères, provenant de la cystique, viennent former sous la muqueuse un riche réseau à mailles polygonales. Disons tout de suite que cette richesse vasculaire explique les épanchements hémorragiques trouvés quelquefois dans le péritoine par déchirure d'une de ces artérioles par un calcul perforant ou ulcérant la muqueuse.

*Élaboration des calculs.* — La vésicule est le principal laboratoire de la lithiase biliaire. On sait que là les calculs, sous l'influence de différentes causes — parmi lesquelles il faut citer l'infection atténuée de la bile déversée d'une façon intermittente dans la vésicule — se forment en quantité plus ou moins grande. Ils s'accroissent, ils séjournent dans le réservoir de la bile, soit par apposition, soit par infiltration de cholestérine. Presque toujours, ou du moins dans le plus grand nombre des cas, ils sont expulsés par la mise en jeu de la contractilité de l'appareil musculaire, des voies biliaires accessoires et principales. Cette expulsion par les voies habituelles constitue la colique hépatique sur laquelle nous n'avons pas à insister.

Nous allons envisager les deux modes de perforation de la vésicule, perforation par où s'échappent ou non les calculs : 1° le processus d'ulcération ; 2° le processus de rupture.

I. ULCÉRATIONS. — Lésions des parois de la muqueuse. Abscesses interstitiels. Gangrène.



La vésicule biliaire peut rester plus ou moins longtemps sans présenter de lésions graves de sa muqueuse, de ses parois. Schwartz (1) a opéré trois malades calculeux où la vésicule paraissait absolument normale comme consistance, comme épaisseur des parois. Il semble qu'elle n'ait pas été encore touchée par la cholécystite et que l'infection ait été si atténuée que les dégâts sont nuls ou minimes.

Peut-être l'examen histologique aurait-il montré des lésions plus sérieuses que celles qu'on soupçonnait. C'est qu'il se produit en effet, lorsque les calculs restent dans la vésicule sans être expulsés sous l'influence des infections secondaires et successives, des modifications de l'appareil biliaire particulièrement bien décrites par Charcot. D'après Laugenbuch, la première action de l'infection détermine un œdème de la paroi de la vésicule, l'exsudation d'un liquide inflammatoire qui se mêle à la bile vésiculaire; il y a de la cholécystite en même temps que de l'angiocholite. La contraction vésiculaire est diminuée par cela même et les calculs formés demeurent, se juxtaposent et se pénètrent par pression réciproque.

Jannowski a étudié les modifications destructives de la cholécystite calculeuse. Mais il existe des degrés dans cette altération des parois de la vésicule qui passent par plusieurs stades avant d'en arriver à la perforation.

a) *Examen des lésions pariétales aboutissant à l'ulcération puis à la perforation.* — La paroi vésiculaire est

---

(1) Schwartz. *Chirurgie du foie.*

épaissie; couramment son épaisseur atteint 3, 4, 5, 6, 8 millimètres et maintes fois 1 centimètre et 1 cent. 1/2. Elle est de consistance dure ou ferme, plus ou moins rigide, « résistante comme du carton ». Elle crie parfois à la coupe. Certaines vésicules présentent une certaine friabilité gênante pour le traitement: elle empêche en effet toute fixation à la paroi abdominale (les fils de suture coupant le tissu vésiculaire).

Quelquefois la paroi de la vésicule est calcifiée. Nous verrons quand nous étudierons les lésions péritonéales que la face péritonéale de la vésicule présente souvent des adhérences de péricholécystite, adhérences qui joueront un grand rôle dans l'évolution des accidents dus à la perforation.

La surface interne présente une accentuation des saillies et crêtes normales. Souvent même l'exagération des travées fibro-musculaires en arrive à rappeler l'aspect « d'une vessie à colonnes ». (Denucé, th. Paris, 1886.)

Quelquefois encore la surface interne est lisse et a perdu son aspect réticulé normal. La vésicule est parfois déformée, présente des diverticules où se logent des calculs. Il faut citer les taches ecchymotiques disséminées sur toute l'étendue de la muqueuse.

b) *Formation de l'ulcération.*— Souvent les lésions des parois sont beaucoup plus marquées; la muqueuse est enflammée, l'épithélium devenu trouble se détache par endroit de la couche sous-muqueuse qui est infiltrée de cellules embryonnaires qui pénètrent de plus en plus profondément; l'ulcération est bientôt constituée. Le

processus ulcératif peut ne pas s'arrêter là. La couche sous-muqueuse est envahie par des globules blancs ; de véritables petites collections purulentes se forment qui, en s'ouvrant dans la cavité vésiculaire, augmentent la profondeur de l'ulcération. La paroi musculaire mise à nu ne résiste pas toujours ; elle se désorganise et ses éléments subissent la fonte purulente ; il ne reste plus alors pour empêcher la perforation, que la faible barrière qu'offre la séreuse péritonéale ; des autopsies ont montré que certaines ulcérations avaient pour fond le péritoine qui tapisse la vésicule. La perforation ne tarde pas à se faire, « quelquefois il s'agit de véritables « ulcères trophiques rongant la paroi vésiculaire « comme cela se passe dans certains cas, ulcère d'estomac et d'appendicite ». (Jaboulay et Bricka.)

La marche de l'ulcération de dedans en dehors n'est pas toujours uniforme. Au niveau d'un ulcère superficiel, un abcès peut se former dans l'épaisseur des tissus (Charcot et Gombault). Ch. Devergne a observé une collection liquide comme enkystée et soulevant la muqueuse. Leudet a trouvé la vésicule biliaire adhérente au côlon et contenant un abcès dans ses parois. Quelquefois même la muqueuse ne présente pas d'ulcération au niveau de l'abcès (Hagenmüller). De pareilles collections ont du reste été trouvées dans les parois d'autres organes. A la vessie notamment (1) « on a pu constater la genèse de ces ulcères pariétaux, appelés aussi « interstitiels, quelquefois punctiformes ». M. Laveran a montré les éléments embryonnaires naissant dans

---

(1) Bernioux. Soc. anat., 1858-65.



l'épaisseur même des tuniques et envahissant la musculieuse par des traînées. Terrier a vu aussi la paroi infiltrée de petites cellules rondes et des foyers où se remarquait un début de fonte cellulaire. Les abcès de la paroi en s'ouvrant soit d'un côté, soit de l'autre, déterminent une ulcération qui peut devenir perforante.

c) *Ulcération dans la lithiase.* — L'ulcération de la muqueuse est très fréquente dans la cholécystite calculieuse, et nous avons vu rapidement les rôles respectifs du calcul et de l'infection dans sa genèse et son développement. Elle est quelquefois unique, plus souvent on en trouve deux ou trois ; elles siègent d'ordinaire en un point qui correspond au calcul.

L'ulcération est ordinairement irrégulière, à fond grisâtre ; les bords sont rouges, élevés, fournis par la muqueuse déchiquetée ; le fond est recouvert de débris putrilagineux et la moindre pression peut suffire à en déterminer la rupture. La forme de l'orifice ainsi créée, souvent arrondie, peut être assez irrégulière ; son diamètre varie de la grosseur d'une plume d'oie à celle d'une pièce d'un sou. Nous n'insisterons pas sur les lésions de sphacèle assez rarement observées. Dans ces cas la marche du processus destructeur, au lieu d'être progressive est au contraire foudroyante.

Les éléments anatomiques sont tous ensemble frappés de mort et toute l'épaisseur de la paroi se trouve atteinte par le sphacèle. On observe alors « une ou plusieurs escarres humides, circulaires, noirâtres, qui ne tardent pas à se ramollir » et dont la chute ouvre une large brèche dans les parois de la vésicule.

II. DISTENSION DE LA VÉSICULE. — Un des mécanismes de rupture de la vésicule, facteur très important de perforation, ou plutôt d'ulcération, provient de la distension de la vésicule. Cette distension peut se produire soit par :

- 1° Des calculs ;
- 2° De la bile ;
- 3° De l'hydropisie vésiculaire ;
- 4° Du pus.

1° La distension calculeuse de la vésicule est une variété qu'on peut appeler « tumeur calculeuse », comprenant les vésicules distendues et plus ou moins augmentées de volume par les calculs qu'elles renferment, sans qu'il y ait d'ailleurs, dans les cas typiques, d'altérations notables de leurs parois. Les calculs, accumulés ordinairement en assez grand nombre, remplissent intégralement ou à peu près la vésicule, la bourrant et la distendant, et traduisent parfois même leur pression sur une paroi restée souple par des bosselures visibles à sa surface extérieure et qui décèlent la présence de concrétions avant même d'ouvrir l'organe ; à ces bosselures correspondent des dépressions alvéolaires qui marquent l'empreinte des calculs. Cette distension calculeuse ne paraît pas extrêmement rare, mais il s'y ajoute très souvent un processus de cholécystite scléreuse. On comprend facilement qu'il suffit que les parois soient un peu altérées ou amincies pour qu'à l'occasion d'un effort, d'une chute, cette vésicule, en état de distension, se rompe facilement.

2. *Dilatation biliaire.* — Ici, c'est l'accumulation du liquide biliaire qui surdistend la vésicule. Il existe de

nombreuses observations de vésicules ainsi distendues et que l'autopsie a vérifiées avant leur rupture (1). Cette distension, il est vrai, n'appartient pas qu'à la lithiase et on l'observe couramment dans certains cas d'obstruction du cholédoque (cancer de la tête du pancréas). Dans la lithiase on l'explique par le « calcul soupape », permettant l'entrée de la bile mais empêchant sa sortie. Il est bien naturel de supposer qu'alors, la bile s'accumulant de plus en plus et par suite d'un processus d'amincissement des parois que nous étudierons, la vésicule éclate et déverse son contenu à l'extérieur.

3° *L'hydropisie de la vésicule* ou encore l'hydrocholécystite est une sorte de distension muqueuse de la vésicule (2). Le liquide est clair et incolore et coïncide avec l'obstruction du canal cystique. Guéniot a étudié, dans sa thèse, l'aspect de ces vésicules hydropiques.

Il existe aussi une hydrocholécystite intermittente étudiée par MM. Jaboulay et Villard. La vésicule se surdistend, puis se vide tout d'un coup.

Ainsi, quand la dilatation est très rapide ou considérable, la paroi vésiculaire est très amincie ; dans les cas d'hydropisie lente, au contraire, elle devient fibreuse et s'épaissit, présentant des lésions de cholécystite scléreuse. Elle existe également en dehors de la lithiase (obstruction du cystique, tumeur, polype, cancer).

*Empyème de la vésicule.* — Un autre cas peut se présenter : c'est que la vésicule se trouve distendue par du

(1) Terrier. Bull. Acad. méd., mars 91, p. 388.

(2) Morin. *Hydropisie de la vésicule biliaire*, Th. Paris, 94.



pus, en quantité variant ordinairement entre 150, 200 ou 300 grammes. Tantôt il y a simplement du pus, tantôt il y a mélange d'une certaine quantité de bile, tantôt il y a des stades intermédiaires entre l'hydropisie et l'empyème, et la vésicule contient un liquide hydro-pique contenant des stries de muco-pus. Presque toujours il y a un calcul obstruant le canal cystique.

Très souvent la paroi est mince, quelquefois elle est épaissie ; en somme, fréquemment, à l'empyème s'associent des altérations pariétales préparant soit la perforation, soit la rupture. Disons pour terminer qu'il y a souvent alors des adhérences avec les organes voisins.

*Lésions observées dans les ruptures.* — Nous venons de voir que souvent la vésicule, dans ces cas de distension, est amincie. Voyons maintenant les lésions de ces vésicules perforées. Ce mécanisme par « éclatement » s'explique sans peine. Les parois de la vésicule ne sont pas, il est vrai, toujours amincies d'une façon uniforme. Lorsqu'il y a des calculs d'un volume suffisant ou en assez grand nombre (Wagoner), la vésicule se moule pour ainsi dire sur eux. Des portions qui enchatonnent un calcul se distendent et s'emincissent ; d'autres restent épaisses et font saillie dans la cavité de la vésicule, qui peut être ainsi divisée en un certain nombre de compartiments, de logettes (obs. IX). Il est clair que lors d'une augmentation brusque de la pression intra-vésiculaire, ce sont les portions amincies qui céderont sous la pression du calcul.

La fragilité des parois de la vésicule a été observée dans un grand nombre d'autopsies ; elle ne coïncide

pas toujours du reste avec leur amincissement ; on a vu des vésicules très épaisses et dont les tuniques semblaient hypertrophiées, mais le tissu était friable, d'apparence lardacée et incapable de résister à la distension. Dans les cas de cholécystite purulente, la muqueuse prête à se désagréger, tous les tissus ramollis, infiltrés, n'offraient pas non plus de résistance suffisante ; enfin, on peut rappeler ici encore que la vésicule, quand elle est transformée en abcès à parois closes par l'oblitération du cystique, peut se rompre ou se perforer (Cruvelhier). Les lésions histologiques qui ont favorisé la rupture sont évidemment le plus fréquemment les « ulcérations » que nous avons déjà étudiées. Mais elles ne sont pas constantes. Dans quelques cas, la rupture semble avoir été étrangère à l'ulcération et être simplement résultée d'une pression excessive sur les parois des voies biliaires, dont la résistance avait peut-être été atténuée par l'inflammation ou la dégénérescence graisseuse. Delbecq a étudié ces lésions dans la cholécystite calculeuse.

Frerichs cite l'atrophie de la vésicule dont les parois sont transformées en tissu fibreux et lardacé, et note l'atrophie des fibres musculaires. Dans certains cas on note une dégénérescence granuleuse des éléments musculaires, convertis en masse homogène, compacte, finement grenue.

Quelquefois on ne peut retrouver les fibres musculaires dans l'épaisseur de la paroi. Quant aux artères qui rampent dans les parois, elles ne sont pas indemnes ; leur tunique musculaire est en dégénérescence granulo-graisseuse ; ces altérations retentissent indirectement

sur la nutrition des tissus mal irrigués. De telles lésions ne sont pas sans gravement compromettre la résistance des parois de la vésicule : la dégénérescence, l'atrophie de la couche musculaire lui enlèvent ses propriétés contractiles ; la transformation de la celluleuse en une couche graisseuse lui ôte son élasticité, et les foyers inflammatoires qui la parsèment sont autant de points de moindre résistance. La vésicule dans cet état ne peut plus ni lutter par sa contraction contre l'effort d'une pression brusque, ni se distendre, elle se rompra.

#### CARACTÈRES GÉNÉRAUX DES PERFORATIONS

a) *Siège et aspect.* — La perforation peut siéger sur tous les points du système biliaire extra-hépatique, mais dans la très grande majorité des cas, c'est la vésicule qui est rompue. Mossé en donne les raisons suivantes : la vésicule contient plus souvent des calculs que les autres portions du système biliaire, de plus, sa situation superficielle la rend plus accessible au traumatisme et enfin pendant la colique hépatique et pendant l'effort, la contraction des parois abdominales contribue à la violenter. La perforation occupe des régions variables de cet organe, le plus souvent, nous le savons déjà, son fond et sa face inférieure, qui sont les moins bien protégés. La perforation au niveau de la face supérieure logée dans la fossette cystique ne saurait atteindre le péritoine qui ne la recouvre pas, c'est la capsule fibreuse et le tissu du foie qui sont lésés, et l'on a pu noter des abcès calculeux du foie ainsi déterminés. Quelquefois la perforation a été notée au



niveau du col de la vésicule (obs. XXXVI) et à l'embouchure du canal cystique.

La perforation est toujours unique. Souvent un grand nombre d'ulcérations ont été trouvées sur les parois de la vésicule, mais une seule était perforante. C'est que la première brèche joue un peu le rôle de soupape de sûreté vis-à-vis des autres perforations imminentes. Il arrive souvent, en effet, si un calcul ne vient pas obliterer l'orifice, que la vésicule se vide et se rétracte quand elle n'est pas sclérosée ou ne contient pas une trop grande quantité de calculs.

La perforation peut alors paraître beaucoup plus petite qu'elle ne l'est réellement. Son aspect est variable: c'est tantôt une déchirure, quelquefois fort étendue (obs. XXX), longitudinale ou transversale, à bords plus ou moins déchiquetés par l'éclatement; tantôt au contraire c'est un orifice arrondi, à bords indurés, taillés à pic et qui correspond au fond d'un ulcère de la face interne. Quelquefois c'est un tout petit orifice, punctiforme (obs. I, Jaboulay), quelquefois la perforation existe, mais l'épiploon vient la boucher après évacuation de la bile dans le péritoine.

b) *État de la vésicule.* — En dehors de la perforation elle-même, il n'est pas inutile de rechercher dans quel état se trouve la vésicule au moment de l'accident. Nous avons vu plus haut quelles étaient les formes de vésicules prêtes à se rompre. Nous n'y reviendrons donc pas ici. On peut conclure qu'avant la perforation la vésicule est dans quelques cas bien sentie. Le symptôme douleur malheureusement et la contraction spasmodi-

que des muscles abdominaux empêchent souvent la perception de ce phénomène. La distension paraît avoir été surtout marquée dans les cas où la rupture est survenue brusquement (accès de coliques hépatiques). Dans quelques cas on a trouvé la vésicule atrophiée et scléreuse.

On comprendra facilement que la perforation soit une complication rare de la lithiase, car, nous l'avons constaté, elle ne survient guère que chez les vieux calculeux, depuis longtemps déjà infectés, et chez de tels malades la vésicule est très rarement distendue ; par suite sa rupture est moins facile.

c) *État des voies biliaires.* — L'obstruction des canaux biliaires est, nous l'avons vue, un facteur de grande importance dans la perforation ; d'abord en causant la distension permanente de la vésicule, et ensuite en empêchant le liquide de s'écouler au moment où une augmentation brusque de pression vient à se faire sentir. Cette obstruction est causée surtout par la présence de calculs, mais peut aussi exister en leur absence.

L'obstruction du cystique se rencontre plus fréquemment. Elle provoque souvent la distension de la vésicule. Aussi la perforation dans ce cas se produit non pas sur le canal cystique lui-même, surtout au niveau du calcul, mais presque toujours sur les parois de la vésicule distendue. Quant au cholédoque, son obstruction a des conséquences encore plus graves, puisqu'elle retentit sur tout l'arbre biliaire. Le courant de la bile est arrêté, l'ictère apparaît et les selles se décolorent. Les canaux et la vésicule elle-même se dilatent au début

de l'accident sous l'effort des liquides emprisonnés; la perforation se fait très souvent au niveau de la vésicule (obs. VI, XXX, XXXI). Plus tard, la vésicule se rétracte et s'atrophie lorsque l'obstruction calculuse du cholédoque persiste; l'atrophie est même la règle, ainsi que l'ont démontré Courvoisier et Terrier. La perforation devient alors moins facile. Dans quelques cas exceptionnels, plusieurs canaux ont été trouvés oblitérés, soit par une même pierre placée à leur intersection, soit par plusieurs (obs. IX).

#### État du péritoine.

Nous venons de voir comment se rompt la vésicule. Examinons le milieu où s'épanchera son contenu.

Le péritoine se comporte de deux façons : ou bien il reste tel à l'ouverture de la vésicule, ou bien des adhérences se sont formées à son intérieur. Examinons les deux cas.

#### PAS DE LÉSIONS PÉRITONÉALES PRÉEXISTANTES

*Péritonite généralisée.* — La péritonite généralisée peut succéder directement à la perforation de la vésicule sans l'interposition d'un foyer septique intermédiaire. On l'observe alors dans les cas de rupture ou de perforation brusque, alors que des adhérences protectrices n'ont pas eu le temps de se produire.

- a) La péritonite peut affecter la forme suraiguë et le malade est alors emporté par suite d'infection générale et d'autant plus rapidement qu'il était plus cachectisé.
- b) Dans d'autres cas assez nombreux, elle affecte la



forme plastique : des fausses membranes colorées en vert par la bile accolent les anses intestinales également colorées. Elles sont d'autant plus nombreuses que l'on se rapproche davantage de la vésicule perforée.

c) Dans les formes suppurées, le liquide est généralement d'une abondance médiocre, mélangé de bile, de pus, de sérosité péritonéale. Quelquefois il y a une quantité assez considérable de sang (observation de Leared).

Le liquide n'occupe pas toujours toute la cavité péritonéale. Lorsqu'il vient de la vésicule, il a une tendance à s'accumuler dans la partie droite de l'abdomen, grâce surtout à la présence du méso-côlon transverse et ascendant. C'est ainsi qu'il peut se collecter dans la fosse iliaque droite et donner lieu à des erreurs de diagnostic avec l'appendicite. L'épanchement s'absorbe par la surface péritonéale et par les lymphatiques; Hayem a trouvé le péritoine, ses ganglions mésentériques colorés en vert; les ganglions du médiastin bronchique et cervicaux l'étaient également. Mais ce cas est exceptionnel. La mort survient d'ordinaire bien avant le début de la résorption.

#### LÉSIONS PÉRITONÉALES

*Péricholécystite.* — Il est rare que l'inflammation de la paroi propre de la vésicule ne retentisse pas sur la séreuse qui la tapisse. Lorsque l'ulcération a creusé toute l'épaisseur de la paroi vésiculaire, le péritoine qui forme le fond de la plaie s'enflamme naturellement, mais d'ordinaire ces points de péritonite localisée se forment avant que l'ulcération ait atteint une telle pro-

fondeur. La perforation de la vésicule n'est pas nécessaire pour que le péritoine s'enflamme. Nous avons déjà parlé des abcès pariétaux ; on a observé aussi de petites collections purulentes sous-péritonéales. La séreuse ne tarde pas à s'infecter en un point d'abord très circonscrit ; des dépôts fibrineux se font à sa surface, où ils peuvent limiter des abcès très localisés.

L'existence d'adhérences de la vésicule avec les organes voisins est tout à fait banale. Ces adhérences séreuses unissent suivant les cas la vésicule à l'épiploon, au côlon, au bord inférieur du foie, au duodénum, au pylore et à l'estomac, à la paroi abdominale antérieure. Tantôt elles sont molles, faibles, se laissant facilement décoller avec le doigt ; tantôt au contraire elles sont fortes, résistantes et unissent si solidement la vésicule aux organes voisins qu'il est des plus difficiles et parfois des plus dangereux de l'en détacher et d'en pratiquer l'isolement chirurgical, car on s'expose alors à déchirer l'intestin.

L'étendue de ces adhérences est également fort variable. Elles peuvent être assez développées pour entourer et cacher complètement la vésicule qui devient impossible à reconnaître à l'ouverture du ventre. Il en résulte que suivant la forme de la direction de ces adhérences, la vésicule sera fixée dans telle ou telle position et, lorsque ces adhérences auront elles-mêmes formé ensemble des cloisonnements secondaires, des poches parfois volumineuses interceptant de grands espaces péritonéaux, on aura affaire à diverses variétés d'abcès péritonéaux lorsque la vésicule se sera rompue.

On aura des collections :

- 1° Dans la paroi antérieure de l'abdomen, par adhérence de la vésicule à la paroi ;
- 2° Des collections situées entre la vésicule et la paroi ;
- 3° Des péritonites enkystées ;
- 4° Des ouvertures dans les viscères voisins.

Examinons en détail chacun de ces quatre cas.

1° *Dans la paroi antérieure de l'abdomen.* — Quand par suite d'adhérences ayant fixé la vésicule à la paroi il se produit les processus de gangrène ou d'ulcère que nous avons étudiés plus haut ; quand par suite de cholécystite suppurée il se produit une inflammation de la paroi vésiculaire aboutissant à une perforation, la paroi abdominale s'infiltrant peu à peu du contenu vésiculaire après s'être désorganisé elle-même, il se produit une fistule. La peau à ce niveau finit par rougir et s'ulcérer et par cet orifice fistuleux ainsi formé il s'écoule soit de la bile, soit du pus et c'est ainsi une voie nouvelle d'élimination des calculs. Nous relatons de nombreuses observations où ce phénomène se produit avec souvent des symptômes de coliques hépatiques lors de l'élimination de ces calculs quelquefois sans douleur et spontanément pour ainsi dire. Quelquefois la paroi même abdominale peut s'enflammer et donner lieu à de véritables phlegmons de la paroi. Nous verrons plus loin le siège habituel de ces fistules, leur évolution et leur traitement.

2° *Collection entre la vésicule et la paroi.* — Parfois, au lieu d'aboutement direct de la vésicule à la paroi, celle-ci s'ouvre tout d'abord dans une poche préalablement formée par des cloisonnements péritonéaux.



Secondairement donc, celle-ci vient s'ouvrir par une fistule à l'extérieur, et par cet orifice s'écoule du pus et des calculs. De sorte qu'à l'exploration au stylet on pourrait croire qu'il s'agit d'un malade rentrant dans la catégorie précédente.

L'observation de M. le professeur Bérard prouve bien cette différence et combien l'erreur est facile à commettre (obs. IX). Il s'agit donc ici de véritables abcès en bouton de chemise qui ne peuvent guérir que lorsqu'il ne s'écoule plus rien de la vésicule dans la poche intermédiaire aux deux fistules.

3° La vésicule peut également se rompre dans de *castes cavités limitées* par des organes et des adhérences. — Il s'agit ici de véritables péritonites localisées, enkystées et affectant les situations les plus diverses suivant le caprice de la rupture de la vésicule. C'est ainsi qu'il peut se former des abcès sous-hépatiques, des collections dans l'arrière-cavité des épiploons, des abcès sous-diaphragmatiques. Dans la majorité des cas, la péritonite est sous-hépatique. Elle siège à droite de l'hiatus de Winslow et ses parois sont fournies par la face inférieure du foie, la vésicule, le côlon transverse, souvent aussi le duodénum et l'épiploon. La paroi abdominale et des anses agglutinées peuvent aussi contribuer à limiter cette poche. Elle occupe parfois presque tout l'hypocondre droit. Le contenu est purulent; le pus épais, crémeux, fortement teinté par la bile; parfois même il est formé par de la bile presque pure. On y trouve souvent des calculs échappés de la vésicule du fiel. Les malades succombent le plus souvent à la septicémie produite par ces péritonites biliaires. Quand ils

résistent, les phénomènes inflammatoires s'étendent de proche en proche et le pus collecté cherche une issue. Tantôt l'inflammation gagne la paroi abdominale et y détermine un phlegmon biliaire, tantôt le pus désorganise les enveloppes d'organes voisins et il se fait des phlegmons périréneaux par exemple, lombaires (Jaboulay). Parfois il se produit une fistule interne. Tantôt enfin, les adhérences se rompent et il se produit une péritonite généralisée.

*4<sup>e</sup> Ouverture dans les viscères. — Voies anormales de migration des calculs.* — Les migrations ont été surtout étudiées par Thucidum, Fauconneau, Dufresne, Mosse et Courvoisier. Nous relatons quelques cas et renvoyons aux observations originales. Les organes dans lesquels la perforation s'est faite sont l'estomac, le duodénum, le jéjunum et l'iléon, enfin le côlon. Courvoisier a pu rassembler trois cas de perforation entre le foie et l'estomac, une perforation cystico-stomacale et neuf perforations vésiculo-stomacales.

Les perforations dans l'estomac sont relativement rares ; parmi elles, ce sont celles qui font communiquer l'organe avec la vésicule qui le sont le moins (voir obs. Bérard VIII ; Le Bec et Muller, obs. LVII ; Hayem, obs. LVI). Grunzachs et Hayem ont pu ramener des calculs par le lavage de l'estomac. Galliard a observé des vomissements contenant des calculs.

Les communications anormales entre les voies biliaires et le duodénum paraissent beaucoup plus fréquentes. C'est généralement avec la première portion ou portion horizontale du duodénum que s'établit la communication. Quand c'est la vésicule qui communique, c'est

presque toujours par le fond; la fistule est directe. On a trouvé quelquefois une cavité abcédée entre les deux organes. Ce sont généralement de très gros calculs biliaires qui donnent lieu à ces fistules qui peuvent se refermer une fois qu'ils ont passé. Il n'est pas rare de voir ces calculs donner lieu ensuite à des accidents d'occlusion intestinale calculeuse. L'iléon et le jéjunum sont très rarement perforés. Il en est autrement du côlon transverse. La communication se fait également ici soit par fistule directe, soit par une cavité abcédée. Les calculs expulsés par ces fistules peuvent être éliminés avec les fèces. Il est rare qu'un calcul remonte du duodénum dans l'estomac; cela peut se produire cependant (Galliard, Montprofit, Fleischauer). L'accident le plus fréquent dans les cas où le calcul est entraîné par l'intestin est l'arrêt subit, puis l'obstruction qu'il détermine. Il peut s'arrêter dans n'importe quel segment de l'intestin, mais c'est surtout au niveau de l'intestin grêle et particulièrement vers la valvule de Bauhin qu'il produit le plus souvent les accidents d'obstruction.

Pour être complet, nous terminerons cette étude en ajoutant qu'il existe encore d'autres voies de migration des calculs; mais outre qu'elles sont extrêmement rares, elles sont encore bien peu connues pour pouvoir être approfondies. Nous citerons donc seulement les perforations pleuro-pulmonaires et les migrations par les voies urinaires.

---



## CHAPITRE II

---

### Évolution.

1° *Ruptures à la paroi.* — Il en résulte des fistules. Ces fistules siègent ordinairement au niveau de l'ombilic, le plus souvent un peu au-dessous et à droite. Nous avons souvent noté le siège à 2 centimètres au-dessus et à droite de l'ombilic. Ces fistules peuvent siéger d'ailleurs en des points très éloignés des ouvertures habituelles. Dans un cas de M. Jaboulay, la fistule s'était ouverte en arrière, dans la région lombaire. L'évolution de ces fistules est extrêmement variable et subordonnée à l'état des voies biliaires sous-jacentes. Examinons les fistules :

- 1° Biliaires ;
- 2° Muqueuses ;
- 3° Muco-purulentes.

Les premières subissent très souvent des alternatives d'ouverture et de fermeture spontanées, coïncidant avec l'expulsion des calculs. L'occlusion définitive arrive après l'expulsion du dernier calcul et la cicatrisation spontanée sans curettage, ni traitement d'aucune sorte, survient très souvent. Mais il est vrai, les calculs enclavés profondément dans la vésicule ou dans une

poche intermédiaire, enchatonnés dans des replis membraneux, entretiennent la fistule qui devient intarissable et qui relève alors du traitement chirurgical.

Les fistules muqueuses suivent la même évolution et souvent la cicatrisation spontanée survient après l'expulsion du dernier calcul. Quant aux fistules purulentes ou muco-purulentes, elles ne se tarissent que rarement, car il se forme de l'infection secondaire qui les entretient. Elles relèvent le plus généralement du traitement opératoire, et ne se ferment qu'après qu'on a vidé les abcès intermédiaires dont elles dérivent le plus souvent.

*2° Rupture dans le péritoine enkysté.* — Quand les adhérences sont épaissies et résistantes, le pus ou le contenu vésiculaire, bile, muco-pus, calculs s'épanchent, forment des abcès qui entraînent des troubles locaux et généraux variant avec le siège de ces abcès. Suivant le degré de septicité du liquide épanché, la grandeur de la cavité péritonéale envahie, on aura des péritonites localisées plus ou moins bien supportées par le malade, mais qui nécessiteront dans un délai généralement très court un traitement chirurgical. Souvent il se produira des ruptures secondaires dans la grande séreuse et l'on aura les accidents de la péritonite généralisée. Nous avons vu que ces abcès pouvaient émigrer petit à petit et devenir le point de départ de phlegmons biliaires périhépathiques de la paroi, périnéaux, etc...

*Ouverture dans les viscères.* — Nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons déjà dit au chapitre précédent. Résumons-nous simplement : dans l'estomac, rejet de calculs et de bile par lavages, guérisons sponta-

nées (Hayem). Souvent mort par obstruction pylorique (Le Bec et Müller).

Dans l'intestin : fistules guérissant quelquefois spontanément après le passage d'un gros calcul. Mais souvent, accidents graves d'occlusion intestino-calculuse se terminant le plus souvent par la mort.

---



### CHAPITRE III

---

**Étiologie. — Symptômes. — Diagnostic.  
Pronostic.**

Les considérations de sexe sont peu importantes et nous avons remarqué ces accidents de rupture aussi souvent chez les hommes que chez les femmes. Les notions d'âge sont tout autres. C'est en effet chez les vieux calculeux, dont la vésicule est altérée, friable, dont les voies biliaires (surtout le cystique) sont obstruées que la rupture de la vésicule se produit le plus souvent. Presque toujours il s'agit donc de personnes âgées de 50 ans et plus ayant plus ou moins des antécédents hépatiques.

La colique hépatique est l'affection, dont tous les malades ayant présenté des ruptures de la vésicule, ont le plus communément souffert. Mais il est à remarquer que lorsque la colique hépatique manque dans les antécédents du malade celui-ci a présenté très nettement des troubles digestifs, consistant en crises gastralgiques, douleurs vagues dans l'abdomen, alternatives de diarrhée et de constipation, etc.

Les maladies infectieuses et surtout la fièvre typhoïde sont un facteur important d'altération des parois vésiculaires et par là de rupture de cette vésicule.

Le traumatisme enfin (chute, coup violent sur l'hypocondre droit), toux, effort, contraction violente des muscles abdominaux viennent s'ajouter aux causes précitées.

Les symptômes qui précèdent la rupture de la vésicule sont généralement ceux de la lithiase biliaire.

Nous avons vu que c'étaient les vieux calculeux qui payaient le plus lourd tribut à cette affection. Nous citerons simplement la douleur brusque que ressent le malade au moment de l'accident, avec sensation de déchirure dans l'hypocondre droit.

Souvent un malade porteur d'une grosse tumeur au niveau de la vésicule la voit soudain disparaître à l'occasion d'un traumatisme quelconque, d'une chute ou d'un effort violent, et bientôt se déclarent des symptômes de péritonite. Nous examinerons simplement les divers types cliniques qui ont fait l'objet de notre étude.

*Phlegmon biliaire.* — Siège généralement à la paroi antéro-latérale droite de l'abdomen. Il s'agit généralement d'un malade qui depuis longtemps voit grossir une petite masse située à l'hypocondre droit : cette tumeur évolue quelquefois sans douleur ; souvent il ressent de la pesanteur de l'hypocondre avec des tiraillements douloureux dans la région épigastrique. Bientôt la peau de l'abdomen rougit au niveau de la tumeur elle s'ulcère, et par un orifice fistuleux dont le siège est variable, mais avoisine généralement l'ombilic, le malade est souvent étonné de voir sortir des calculs.

L'expulsion de ces calculs se fait quelquefois simplement sans douleur. Souvent c'est une véritable

colique hépatique qui préside à leur sortie. Le nombre de calculs expulsés est également très variable et les intervalles d'expulsion peuvent être extrêmement longs. Souvent il se produit une cicatrisation de la fistule après la sortie d'un calcul que le malade croit être le dernier et trois mois, six mois, un an après même, la cicatrise se rompt et donne issue à de nouvelles pierres. Il arrive cependant que la guérison est spontanée et la cicatrice définitive.

Le diagnostic, lorsque les malades apportent eux-mêmes leurs calculs ou lorsque l'exploration est possible par une fistule déjà formée, est assez facile. Mais il est très malaisé, lorsque la fistule ne laisse échapper aucun calcul et qu'elle siège par exemple en des points très éloignés de la région ombilicale (voir observation Jaboulay et observation Bérard), d'autant que souvent l'état général du malade est mauvais, qu'il est amaigri, quelquefois cachectique. On conçoit que le diagnostic du néoplasme puisse être fréquemment fait quand cette cachexie est très prononcée.

La symptomatologie des accidents de rupture dans le péritoine libre est celle de la péritonite généralisée : les symptômes sont trop connus pour que nous insistions. Quant aux formes d'abcès péritonéaux, c'est en un mot toute la symptomatologie des abcès sous-phréniques.

La rupture dans les viscères amènent quelquefois un soulagement au malade dont la vésicule grosse, douloureuse, se vide subitement. Quelquefois le diagnostic est dû au hasard : une injection d'eau boriquée par une fistule cutanée fut évacuée par la bouche (voir observa-



tion Bérard) quelquefois le malade rejette de la bile; ceci il est vrai n'a rien de pathognomonique. Les sténoses calculeuses pyloriques sont décelables seulement à l'opération ou constatées à l'autopsie. Quant aux fistules vésiculo-intestinales, la présence de gros calculs dans les selles, des accidents brusques d'occlusion intestinale chez des lithiasiques biliaires peut y faire penser.

*Le pronostic* est variable avec les formes cliniques de la rupture. Mais avant toutes choses il dépend du degré de septicité du liquide contenu dans la vésicule. Plus la virulence de ce liquide sera grande, plus sera violente la réaction péritonéale, et même si la rupture se fait dans un péritoine cloisonné. La vésicule étant nous l'avons vu plus ou moins infectée, la péritonite qui en sera la conséquence, lorsque l'irruption se fera dans le péritoine libre, sera presque toujours mortelle à échéance plus ou moins brève, mais si l'on intervient à temps, et qu'après lavage ou drainage du péritoine on assure ainsi l'écoulement et la disparition de tout liquide septique, on obtient des résultats surprenants. Dans les cas de perforation vésiculaire qui n'ont pas été opérés la mort est extrêmement fréquente et les statistiques de Courvoisier et Bricka le prouvent surabondamment. La rapidité de l'intervention est le meilleur facteur de guérison, bien qu'on ait vu des cas d'opération tardives suivies de très heureux effets. Hallet, de Liège, rapporte un certain nombre d'observations que nous résumons dans notre travail où nous voyons que Reichel intervient cinq jours après la rupture et guérit son patient; Schönborn et Verall ont eu des succès dans des cas où la laparotomie fut faite au troisième jour de la perfora-

tion. D'autre part, Ullmann intervenant après quarante-huit et Weigel après quatre heures n'ont pu sauver leurs malades.

Le pronostic des *abcès péritonéaux* est également basé sur la virulence du liquide épanché, sur l'étendue du péritoine envahi, sur l'état général du malade. Il est toujours assombri par la possibilité qu'ont les collections cloisonnées soit de se rompre dans la grande séreuse, soit de fuser vers des régions voisines. Les complications, phlegmons périrénaux, phlegmons péri-hépatiques, ouvertures secondaires possibles dans les viscères, exigent un diagnostic et une intervention précoces, qui malheureusement ne sauvent pas toujours le malade.

De même la rupture dans les viscères a des conséquences le plus généralement mortelles. Sans doute il existe des cas heureux, comme celui que signale M. Bérard, et que nous relatons à la fin de ce travail où la malade présentait nettement une fistule vésiculo-stomacale en même temps qu'une fistule à la paroi qui est actuellement guérie sans opération du côté de son estomac. Hayem de même signale également un cas de guérison, d'une malade rejetant des calculs par l'estomac, par simples lavages répétés; ces cas sont malheureusement exceptionnels. La mort est souvent la conséquence de ces ruptures dans les viscères; nombreux sont les cas d'obstruction pylorique et d'obstruction intestinale calculeuse dus à la migration de gros calculs subitement arrêtés et encastrés dans la muqueuse et qui ont été suivis de mort. Mais le diagnostic de ces ruptures est très difficile et celles-ci sont quelquefois de véritables trouvailles d'autopsie.

Il en est tout autrement des fistules à la paroi et nombreux sont même les cas de guérison spontanée sans traitement d'aucune sorte que les seuls soins de propreté au niveau de la plaie. Il en résulte pourtant une infirmité extrêmement désagréable : l'écoulement constant de liquide muqueux, bilieux ou purulent, bien que peu abondant même, tourmente considérablement les malades qui réclament d'eux-mêmes une opération. Car il faut le dire, rien n'est moins sûr que ces cas de guérison apparente spontanée. Beaucoup de malades porteurs de ces fistules se croient en effet guéris après la cicatrisation de celles-ci. Mais, nous l'avons déjà étudié, à la suite de l'émigration d'un nouveau calcul ces cicatrices se rouvrent et la fistule reparait avec tout son cortège de douleurs, quelquefois en tout cas d'ennuis de toutes sortes. C'est que souvent les voies biliaires, surtout le cystique, sont oblitérées, la bile ne peut s'écouler par les voies habituelles et la fistule peut dans ces conditions indéfiniment subsister. La durée est subordonnée à la résistance du malade qui vient de nouveau nous le répétons, demander le soulagement au chirurgien.

---



## CHAPITRE IV

---

### Traitement.

Nous éliminerons le traitement préventif et ne nous occuperons que du remède à apporter à ces trois catégories d'affection précédemment étudiées. Nous examinerons donc le :

- 1° Traitement de la péritonite généralisée ;
- 2° Traitement de la péritonite enkystée ;
- 3° Traitement des fistules biliaires.

Voyons les deux premiers cas.

Tous les cas de perforation de la vésicule calculeuse dans le péritoine libre d'adhérences qui se sont terminés par la guérison ont été opérés.

Plus la laparotomie est précoce et plus on a de chance de sauver son malade ; il faut se hâter de supprimer ou isoler la cause d'infection et de lutter contre la péritonite déjà existante.

Si le diagnostic n'est pas certain, on fera la laparotomie médiane et l'on recherchera ensuite la lésion primitive. Si à l'ouverture de la séreuse on trouve un liquide teinté par la bile ou des calculs biliaires, on regardera immédiatement du côté de la vésicule en faisant une nouvelle incision le long du bord externe

du droit, ou mieux en prolongeant la première incision parallèlement au rebord costal.

Si ce diagnostic d'affection biliaire a été posé dès le début, on fera l'incision le long du bord externe du droit, ce qui donne un grand jour.

Ce qu'il importe surtout, c'est de drainer largement soit par la voie antérieure, soit par la voie postérieure de l'abdomen ; effondrer le rectum chez l'homme, le vagin chez la femme, voies déclives préconisées à Lyon (Jaboulay).

\* Ne pas employer de gaze en tant que moyen de drainage : celle-ci fait de la compression, de la rétention, de l'éventration et provoque de vives douleurs à l'ablation. Se servir de tubes en caoutchouc ou en verre et multiplier ces drains.

Le lavage du péritoine est discuté : on ne le fait pas à Lyon ; Hallet présente une brillante statistique de péritonites aiguës opérées et guéries et où le lavage du péritoine avait été fait. En tout cas n'employer que la solution physiologique tiède, tout liquide irritant étant proscrit.

*Conduite à tenir à l'égard de la vésicule.* — L'indication primordiale étant de désinfecter le péritoine, on tâchera d'aboucher la vésicule à la paroi, mais à condition de ne faire aucun tiraillement et sans manœuvres difficiles : il ne faudra pas songer à la cure radicale. Si l'abouchement à la peau n'est pas possible, on aura soin de placer au-dessous de la perforation une compresse de gaze qui l'isolera du reste de la cavité. On pourra même placer un drain au niveau de la perforation pour emmener au dehors le contenu septique. On

agira de même dans la péritonite enkystée, sauf que le drainage se bornera à évacuer la collection ; les voies varient avec son siège : ce seront les voies antérieures, postérieures, lombaires ; quand la collection siègera à la face convexe du foie, ce sera la voie trans-diaphragmatique ou transpleurale.

3° *Perforation à la peau.* — La fistule peut être primitive ou secondaire à un abcès. Dans ce dernier cas on ouvrira largement, on extraira les calculs, on drainera la vésicule. Lorsqu'il s'agira d'une fistule directe, on agira plus prudemment, on perfectionnera la cholécystotomie que la nature a faite, sans déchirer les adhérences pour ne pas infecter la cavité séreuse.

Quand, à la suite des perforations à la peau, il persiste des fistules, on pourrait attendre deux mois au moins et faire subir au malade le traitement alimentaire de la fistule biliaire (faire manger le malade toutes les deux heures).

#### Conduite à tenir vis-à-vis de la fistule.

Elle varie :

- 1° Avec l'état de la vésicule ;
- 2° Avec l'état des voies biliaires sous-jacentes.

Dans les cas de fistules vésiculaires persistantes on distingue si l'écoulement est bilieux ou muqueux.

1° *Le caractère muqueux* semble indiquer l'imperméabilité des voies sous-jacentes, en particulier du cystique. On ne saurait, dans ce cas, pratiquer l'excision, ni la suture de la fistule, car la sécrétion de cette cavité ne pourrait s'écouler par un cystique non perméable ;



on retournerait à l'hydropisie de la vésicule. On ne saurait davantage penser à une cholécystectomie d'emblée, qui exposerait le malade à des migrations de calculs du cholédoque et à l'obstruction de ce conduit qui serait aggravée par l'ablation de la vésicule. Donc le premier point important dans la fistule muqueuse est d'explorer le canal cystique, d'abord par le toucher, ensuite par le cathétérisme. Celui-ci peut être impossible, parce que les calculs sont nombreux ou parce que les valvules envahissent presque toute la lumière. On pourra alors inciser le cystique pour en faire l'exploration plus complète. La présence de calcul du cystique reconnue, on l'extraira soit par refoulement au doigt, soit en le broyant avec des pinces, soit en l'enlevant par l'incision qui aura pu être faite. Ce n'est que lorsqu'on sera très sûr qu'il n'existe plus de calculs dans le cystique qu'on pourra être autorisé à tenter la fermeture de la perforation. On emploiera les procédés ordinaires. Il sera prudent de laisser ensuite un drainage ou de la fixer à la paroi pour éviter le péritoine.

2° *Si la fistule est biliaire*, elle indique la perméabilité du cystique et, dans quelques cas, un imperméabilité absolue ou relative des voies sous-jacentes. Il importe, avant de tenter l'oblitération de cette fistule, de s'assurer de l'état du cholédoque et hépatique. Procédé d'exploration ordinaire. Cathétérisme du cholédoque et de l'hépatique. Cette perméabilité étant assurée, soit qu'elle existe réellement, soit qu'on l'ait créée, faut-il enlever la vésicule ou la suturer? Dans un cas, le professeur Jaboulay a fait la cholécystentérostomie. (Voir Jaboulay, *Chirurgie des centres nerveux, des viscères et*

*des membres.*) Dans la majorité des cas, on choisira l'ablation ou la suture. M. Jaboulay est peu partisan de la cholécystectomie, en raison de la récurrence probable de la lithiase biliaire et de la possibilité de la formation de calculs en dehors de la vésicule. Kehr et Terrier, au contraire, défendent la cholécystectomie en la faisant précéder du drainage des voies biliaires.

---

## CHAPITRE V

---

### OBSERVATIONS

Nous publions *in extenso* les observations de MM. Jaboulay, Villard, Bérard, et donnons les résumés et indications des observations de Bricka, P. Thorel, Reyebel, etc.

#### OBSERVATION I (de M. le professeur Jaboulay)

Accidents de péritonite. — Laparotomie latérale. — Épanchement de bile dans l'abdomen. — Drainage par le rectum. — Mort.

Il s'agit d'un homme de 60 ans, entré en 1898 dans le service de M. Jaboulay et qui se présente avec des accidents de péritonite généralisée. Il avait souffert dans l'hypocondre droit et brusquement la douleur augmente d'intensité. A l'entrée, le ventre est ballonné, le pouls rapide, filiforme, le facies péritonéal, état général mauvais.

On fait une laparotomie latérale et l'on trouve une grande quantité de bile dans l'abdomen. On fait le drainage par le rectum.

Le malade meurt le lendemain.

A l'autopsie on trouve une perforation microscopique de la vésicule et une collection sus-hépatique.



OBSERVATION II (de M. le professeur Jaboulay)

Perforation de la vésicule biliaire calculeuse. — Drainage sous-hépatique par la voie antérieure et lombaire. — Mort.

Le malade rentre avec de la température et le ventre ballonné. Masse empâtée dans l'hypocondre droit. On fait le diagnostic d'appendicite en raison des phénomènes infectieux et des signes d'occlusion.

Incision droite : on voit sourdre du pus sous le foie. On ne trouve pas l'appendice.

Drainage lombaire.

OBSERVATION III (de M. le professeur Jaboulay)

Cholécystite calculeuse. — Abouchement naturel de la vésicule à la peau.

M<sup>me</sup> Voillot, 52 ans. Pas d'antécédents héréditaires. Père et mère morts très âgés; pas de coliques hépatiques dans sa famille.

*Personnellement*, pas de maladies dans l'enfance; réglée à 15 ans, mariée à 18 ans; cinq grossesses, cinq enfants vivants. pas de fausse couche. A 30 ans, fièvre typhoïde assez sérieuse sans cholécystite. Deux ans après, nouvelle grossesse. A 20 ans, la malade aurait eu à la suite d'un accouchement une douleur dans le côté droit qui se serait manifestée sous forme de trois crises. Elle n'a pas présenté d'ictère; la malade ne se souvient pas avoir souffert dans l'épaule. Rien de semblable ne s'est produit jusqu'à l'âge de quarante ans.

A partir de 40 ans, la malade a encore présenté quelques crises douloureuses espacées mais peu intenses, elle avait des troubles digestifs intermittents caractérisés par des aigreurs et des pesanteurs quelques heures après le repas.

Jamais de vomissements. Il y a trois ans les phénomènes se sont accusés et la malade a repris des crises très douloureuses. Elle en aurait eu environ une dizaine dans l'espace d'un an. Elles apparaissent sans causes, la douleur siègeait au creux épigastrique s'irradiant dans les lombes ; pas d'irradiation scapulaire, le lendemain la malade avait des urines fortement pigmentées, elle n'a jamais eu d'ictère ni de décoloration des selles.

Depuis deux ans la malade avait constaté la présence d'une tumeur siégeant au-dessous de la région hépatique. Cette tumeur était douloureuse, la marche, l'ascension des escaliers et les efforts de tout ordre augmentaient les douleurs. La malade a fait deux saisons à Vichy, à la suite desquelles la malade n'aurait plus repris des crises douloureuses.

Il y trois mois et demi, cette tumeur aurait augmenté de volume sans autres phénomènes douloureux, quelques frissons et un peu de température, puis cette tumeur s'est ouverte spontanément à la peau par une fistule donnant issue à des calculs (16 février 1906). Depuis cette époque il en serait sorti 34 à intervalle régulier et en nombre variable. L'expulsion des calculs un peu volumineux est seule douloureuse. Au début il s'est écoulé du liquide verdâtre. Depuis il sort du pus ordinaire, quelquefois un peu de sang, sous l'influence de l'expulsion des calculs. Actuellement l'état général de la malade est excellent, les douleurs ont disparu, l'appétit est revenu, en partie les digestions se sont régularisées, pas de constipation, la langue est humide non saburrale, pas de teinte subictérique.

*A l'examen de l'abdomen* on constate la présence d'une fistule siégeant au niveau d'un point délimité par la jonction d'une ligne horizontale passant par l'ombilic et verticale par le mamelon. Cet orifice laisse passer un peu de liquide mucopurulent, lorsqu'on l'examine au stylet on est immédiatement conduit sur des calculs qui paraissent être nombreux. La malade rentre pour se faire débarrasser de ses calculs et de sa fistule.

A la palpation on sent une masse indurée irrégulière difficile à délimiter, le foie ne paraît pas augmenté de volume, pas d'ascite, pas d'œdème des membres supérieurs, le pouls est normal.

Rien au cœur, rien au poumon, rien en particulier à la base droite. Urine, pas d'albumine.

2 juin. — Dilatation du trajet, ablation par l'orifice fistuleux d'une vingtaine de calculs.

19 juin. — La malade a continué à souffrir; on sent une masse empâtée au niveau de la région sous hépatique.

Opération. — Laparotomie sus-ombilicale sur le bord externe du droit, la vésicule est trouvée épaissie; l'épiploon est venu adhérer sur son flanc gauche.

Dissection du trajet fistuleux, excision, curettage.

La vésicule ouverte on fait sortir deux calculs, un volumineux à facettes, le cathétérisme du cystique est impossible, le toucher intra-vésiculaire montre l'absence de tout calcul.

#### OBSERVATION IV (Jaboulay)

Fistule biliaire lombaire. — Guérison.

Femme de 50 ans environ, de Saint-Chamond, entre dans le service de M. Jaboulay, en 1897, pour fistule siégeant en arrière de la région lombaire, à égale distance de la crête iliaque et de la douzième côte. La fistule donne du pus considéré comme du pus froid. On fait le diagnostic de fistule ostéopathique. Quelques mois après la malade revient apportant des calculs d'aspect biliaire s'étant échappés par cette fistule. Pendant quelque temps cette fistule a donné issue à de la bile et du mucus et sans intervention elle se serait oblitérée spontanément.



OBSERVATION V (résumée)

(Jaboulay)

Cholécystite calculeuse à forme d'appendicite aiguë.  
Intervention. — Mort.

Femme de 50 ans sans antécédents. Pas de lithiasé antérieure, pas d'ictère. Gastralgies après le repas. Fibrome utérin donnant de fortes métrorragies. Depuis six mois douleurs dans le flanc droit avec vomissements alimentaires et bilieux. Constipation. Elle entre trente-six heures après le début de ses douleurs à l'hôpital. Ventre météorisé, mais souple, résistance à droite. Douleur très vive au-dessus du point de Mac-Burney. Pas de plastron, pas de pigmentation dans les urines, pas d'ictère. Fièvre et pouls accéléré. On pense à une appendicite à localisation anormale. *Laparatomie exploratrice*. Appendice sain. La vésicule est de volume normal, mais distendue et entourée d'exsudats de sa face inférieure, suffusion sanguine avec plaques noirâtres. La ponction donne un liquide visqueux noirâtre avec des caillots; on ramène un calcul encastré dans la muqueuse ulcérée et très amincie à ce niveau. Drainage et cholécystotomie et fermeture du ventre. Pas d'écoulement de bile. Cystique obstrué. Mort de la malade quelques jours après.

OBSERVATION VI

(Due à l'obligeance du Dr Rivière.)

Rupture spontanée de la vésicule biliaire par calculs. — Épanchement biliaire péritonéal circonscrit. — *Laparatomie*. — Drainage. — Mort. (Société nationale de médecine, 16 novembre 1903.)

Le malade n'a jamais présenté de troubles hépatiques nets. Jamais d'ictère. Aucune maladie antérieure, sauf deux ou trois coliques passagères et indéterminées dans le courant de l'année, n'ayant même pas obligé le malade à se reposer.

Pas de traumatisme.

Le dimanche 8 novembre il est pris de douleurs brusques très vives dans l'abdomen. Deux ou trois vomissements dans la journée. Ballonnement du ventre qui augmente progressivement. Les douleurs ne sont pas localisées à la région hépatique mais au point de Mac-Burney. Les vomissements et le ballonnement du ventre augmentent les jours suivants et son médecin l'envoie avec le diagnostic d'appendicite.

A son entrée dans le service de M. Jaboulay, on note : ballonnement énorme du ventre. Sonorité remontant du côté droit à deux travers de doigt au-dessous du sein. Pas de matité dans les flancs. Dyspnée assez forte. Langue saburrale. Douleur toujours plus ou moins vive dans le flanc droit. Température 39°5. Extrémités froides. Pouls petit, filiforme.

Opération le 11 novembre 1903. Laparatomie à trois travers de doigt du bord externe du grand droit : issue de liquide nettement biliaire. On trouve une poche péritonéale circonscrite. Recherche de la vésicule. Extirpation par l'orifice de rupture d'un gros calcul. Fixation de la vésicule à la paroi. Drainage de la cavité péritonéale. Dans la vésicule, gros calcul du volume d'une noix.

Les jours suivants la température baisse, mais le malade continue à vomir et meurt trois jours après, le 14 novembre.

*A l'autopsie.* — Volumineuse poche au niveau du lobe hépatique droit, limitée en dedans par le ligament suspenseur du foie et au-dessous par l'épiploon adhérent. Cette poche remonte jusqu'à la face postérieure du foie. Le contenu est un liquide biliaire dans lequel on trouve une quinzaine de petits calculs. La vésicule présente encore un gros calcul presque aussi volumineux que le premier et d'autres du volume de lentilles. La paroi présente en un point une ulcération de la largeur d'une pièce de 2 francs contre laquelle extérieurement on trouve l'épiploon adhérent. La poche est complètement séparée du reste de la cavité péritonéale dans laquelle on trouve des lésions de péritonite diffuse, canal cystique perméable au stylet.

OBSERVATION VII

(Malade du service de M. le Dr Villard, chirurgien des hôpitaux, 7 juillet 1904.)

Cholécystite calculeuse. — Perforation de la vésicule. — Péritonite purulente. — Laparotomie, drainage à la Mickulicz. — Mort.

Aucuns antécédents héréditaires. Personnellement, cette malade âgée de 33 ans se plaint depuis plusieurs années de douleurs gastriques après le repas ayant affecté le caractère nettement hyperchlorhydrique. Jamais d'hématémèse, ni de mœlena, jamais de crise, de coliques hépatiques, ni d'ictère.

Trois jours avant son entrée dans le service elle était prise d'une douleur brusque, diffuse à tout l'abdomen. Immédiatement le ventre se ballonne, l'émission des matières et des gaz se suspend, le vomissement s'installe, d'abord alimentaire, puis bilieux.

A son entrée le 7 juillet, cette femme se présente avec un facies péritonéal. Le ventre est ballonné, sans grande résistance de la paroi, les muscles droits ne sont pas contractés. Pas de zone plus particulièrement mate, pas de disparition de la matité hépatique, pas de paralysie du diaphragme.

La douleur abdominale existe partout sans localisation. Le pouls bat à 120, la température s'élève à 38°5.

Le toucher vaginal permet de constater une douleur à la pression dans le cul-de sac postérieur. On fait le diagnostic de péritonite de cause indéterminée, peut-être appendiculaire.

*Le 8.* — Intervention. M. Villard fait une laparotomie médiane. La cavité péritonéale est transformée en une série de loges remplies de pus verdâtre. Le cul-de-sac de Douglas est également rempli. Sous le mésocolon transverse on trouve une loge remplie aussi de pus teinté en vert. Partout la séreuse est rouge, épaissie, recouverte de fausses membranes.



On fait de l'aspiration avec l'appareil de Villard et l'on termine par un tamponnement à la gaze dont le centre est occupé par un drain.

Mort trente-six heures après l'intervention, cinq jours après l'accident.

AUTOPSIE. — En retirant le tamponnement on donne issue à 300 ou 400 grammes de pus verdâtre retenu derrière cette lanière de gaze. Le péritoine est transformé par les fausses membranes en une série de cellules qui chacune sont pleines de pus. Celui-ci a le caractère du pus trouvé pendant l'opération, il est fortement teinté par la bile.

Perforation de la vésicule biliaire qui contient un calcul volumineux. Les bords de l'ulcération sont irréguliers, amincis. La vésicule apparaît partout ailleurs avec des parois épaisses. La muqueuse est villeuse, avec des petites hémorragies sous-muqueuses.

Le cholédoque est absolument libre. Rien à l'appendice. L'estomac est plein de matière noirâtre, mais il n'y a aucune lésion.

#### OBSERVATION VIII

(Dr Bérard, chirurgien des hôpitaux. *Bulletin de la Société de chirurgie de Lyon*, 1902-1903, p. 316.)

Cholécystite calculuse ouverte spontanément dans l'estomac et à la paroi abdominale; intervention; guérison.

Ici, les voies de la migration des calculs sont multiples, et à ce titre exceptionnel, l'ouverture à la peau est toujours la plus fréquente. Sur 109 cas (Murchison), 70 parois, 28 duodénales, 7 coliques, 4 stomacales.

M<sup>me</sup> X..., 57 ans, avait souffert plusieurs fois de coliques hépatiques avec ictère léger il y a dix ans. Depuis, pas d'accès parus, mais pesanteur dans l'hypocondre, sans ictère, digestions lentes et quelquefois douleur à l'épaule droite; en résumé, les signes de la fausse colique vésiculaire.

Il y a deux ans, sous les fausses côtes droites, apparition d'une masse indurée faisant corps avec le foie, sensible à la palpation et douloureuse. Le fils de la malade, médecin, voyant la malade maigrir demanda l'avis d'un de nos maîtres en pathologie digestive. Le diagnostic d'un médecin des hôpitaux devant l'état général de la malade amaigrie fut celui : de cholécystite calculeuse avec, peut-être, dégénérescence néoplasique. Il ne conseilla pas l'intervention. Par la suite état stationnaire de la masse, mais l'amaigrissement continuait.

Au mois de mai 1902, la peau de l'abdomen, au niveau de la grosseur, rougit, s'ulcéra et un calcul gros comme une châtaigne, constitué de sels biliaires et de cholestésine, fut éliminé; pas de retentissement sur l'état général, il resta un suintement purulent, de l'irritation des téguments, des douleurs, de l'anorexie qui continuèrent à faire maigrir la malade.

Pour désinfecter ce foyer on tenta d'injecter par un des quatre orifices de la fistule pariétale de l'eau boriquée tiède. Au premier lavage, des nausées immédiates survinrent, puis des vomissements de matières alimentaires mêlées à l'eau de lavage. Chaque tentative eut le même effet, la malade disait elle même qu'elle sentait le liquide injecté passer de suite dans l'estomac; elle rendait aussitôt *sans mélange de bile*.

C'est dans ces conditions que j'eus à examiner la malade : elle était très émaciée, faible, mais sans ictère, sans ascite, sans teinte cachectique ni œdème des jambes; l'alimentation était restreinte sans anorexie élective; les digestions lentes s'effectuaient sans troubles graves. Les selles n'étaient pas décolorées. Il n'y avait ni sucre, ni albumine, ni pigments biliaires dans les urines, qui contenaient 25 grammes d'urée par jour. Localement, la masse vésiculaire, adhérente à la paroi semblait assez limitée, elle communiquait avec l'extérieur par plusieurs petits pertuis donnant issue à un liquide franchement purulent sans bords indurés.

Le stylet explorateur introduit par l'un des orifices arrivait à quelques centimètres de profondeur au contact de calculs fixes. Le foie ne paraissait pas gros, bien que la succussion pratiquée par la main à plat sous les lombes donnât un ballottement qui paraissait mobiliser ensemble tous les organes profonds, rein, foie, côlon.

Tous ces signes me firent pencher pour la cholécystite calculeuse simple, sans dégénérescence néoplasique et conseiller une intervention.

La constatation faite de deux fistules, l'une cutanée l'autre probablement gastrique me détournait d'entrer délibérément dans le grand péritoine, je préfèrai d'abord évacuer, par la fistule pariétale si c'était possible, les calculs.

Le 7 mai, l'opération fut pratiquée. Je réséquai d'abord assez largement les téguments et les parties molles, en cheminant très prudemment pour ne pas tomber dans le péritoine. L'ouverture de la vésicule ainsi séparée, je l'agrandis en réséquant les bords muqueux, de façon à pouvoir introduire une pince forte dans la cavité; un premier gros calcul fut broyé sans peine; puis quatre autres encore volumineux, extirpés presque entiers.

Immédiatement un peu de liquide filant, non teinté, fit issue au dehors.

Le cathétérisme des voies biliaires avec une sonde de Nélaton me montra la liberté au cystique et des voies inférieures, en même temps, une autre sonde en gomme, poussée doucement dans la direction de l'estomac s'engageait dans un autre orifice profond, plus latéral et ramena le liquide clair, filant, déjà constaté lors de l'extirpation des calculs.

Comme le cholédoque semblait perméable, qu'il n'y avait d'autre part aucun signe de sténose pylorique malgré les adhérences avec l'estomac, je résolus de m'en tenir là et d'attendre l'oblitération spontanée des fistules cutanée et gastrique. La cavité de la vésicule fut tamponnée à la gaze.

Le soir, la température s'éleva à 39°3 pour s'abaisser deux jours après à 37°8 sans réaction péritonéale. Le troisième



jour, l'ablation de la mèche donna issue à une certaine quantité de liquide teinté en jaune, mais d'odeur aigre et mêlé de grumeaux de lait. Un drain ayant remplacé la mèche, il s'établit de suite un écoulement abondant du même liquide avec prédominance de suc gastrique et de substances alimentaires (vin, lait, semoule, vermicelle) et avec très peu de bile.

Pendant dix jours, le contenu de l'estomac fut ainsi partiellement évacué, puis l'écoulement diminua peu à peu, la plaie cutanée était presque cicatrisée au bout de trois semaines, vers le milieu de juin la malade était complètement guérie, elle l'est restée depuis cette époque.

Sans doute il s'agit là d'un fait exceptionnellement heureux, car il est rare, avec de si gros calculs dans la vésicule, qu'il n'y en ait pas dans le cystique et dans le cholédoque. Peut-être la communication avec l'estomac a-t-elle facilité l'évacuation par l'intestin des sécrétions vésiculaire.

En tout cas, cette observation montre une fois de plus la curabilité spontanée des fistules cutanées ou gastriques de la vésicule quand les voies naturelles sont redevenues libres.

#### OBSERVATION IX

(Dr Bérard.)

Phlegmon subaigu. — Absès en bouton de chemise de la paroi abdominale antérieure; gros calcul biliaire enclavé dans la loge la plus profonde. — Ouverture de l'abcès et drainage de la vésicule. — Guérison.

Dans le deuxième cas, il s'agissait d'une plantureuse paysanne, mère de plusieurs enfants, âgée de 37 ans, sans aucun antécédent hépatique ou intestinal, entrée le 7 mars

1904, dans le service de M. Jaboulay, que j'avais l'honneur de suppléer. Elle présentait, depuis quinze jours, aux limites de l'hypocondre et de la fosse iliaque droite, à quelques centimètres de l'ombilic, une tuméfaction survenue progressivement, sans douleurs aiguës, et qui avait tous les caractères d'un phlegmon subaigu de la paroi abdominale. L'origine de cet abcès était assez difficile à préciser, à cause des troubles très vagues qui avaient accompagné son apparition et à cause de la difficulté de toute exploration profonde à travers l'épaisse couche de graisse sous-cutanée. La peau, au niveau de la tuméfaction, était un peu rouge autour de l'orifice fistuleux qui s'était formé, il semblait que la tuméfaction avait des racines un peu diffuses dans la profondeur. L'origine biliaire en avait été discutée ; il y avait, en effet, un léger ictère des conjonctives ; cependant une large bande sonore séparait le rebord inférieur du foie de l'abcès ; la pression, au niveau de la vésicule, était à peu près indolore.

La nuit qui précéda son entrée à l'hôpital, il s'est produit, au niveau de la tumeur, un amincissement notable de la peau, aboutissant à la formation d'un petit orifice donnant issue à un liquide plutôt séreux.

Petite hernie ombilicale.

Quelques râles très fins à la fin de l'inspiration, aux deux poumons.

Rien au cœur.

Le toucher vaginal révèle un col largement fendu. Utérus normal ; rien dans les culs-de-sac.

Intervention le 20 mars 1904.

A l'incision, faite obliquement, au centre de l'orifice cutané, nous trouvâmes une première collection franchement purulente, immédiatement sous la peau amincie ; puis, à travers un trajet tortueux, comparable à une taupinière d'actinomyose, nous arrivâmes dans une deuxième poche sous-péritonéale du volume d'un œuf, avec du pus légèrement verdâtre, au fond de laquelle était encastré un gros calcul biliaire à bords arrondis. Ce calcul enlevé, un petit orifice

apparut, qui conduisit dans une vésicule ratatinée, libre de tout autre calcul et contenant de la bile. Un simple drainage par un gros tube fut laissé dans le compartiment le plus profond. Au bout de deux mois, la cicatrisation était obtenue.

OBSERVATION X  
(D<sup>r</sup> Bérard)

Phlegmon gangreneux de la loge périnéphrétique droite pointant au-dessus de la crête iliaque. — Origine : perforation de la vésicule biliaire remplie de calculs. — Incision d'urgence. — Mort par septicémie. — Infection propagée au rein droit.

Voici les détails essentiels : Marie D..., âgée de 53 ans, sans enfants, entre à Sainte-Catherine le 24 janvier 1906. Pas d'antécédents pathologiques anciens ; cependant depuis trois ans et demi la malade avait perdu l'appétit ; elle *digère mal et lentement*, surtout les graisses, avec de *fréquentes nausées*. A plusieurs reprises elle aurait éprouvé dans l'*hypochondre droit de violentes coliques, irradiées à la région lombaire et aux membres inférieurs*. Après une de ces crises s'installa un *ictère assez foncé* qui persista *durant huit mois*, avec décoloration des matières et urines brun acajou, prurit cutané intense, et *retour des coliques en moyenne tous les huit jours*.

Deux ans s'écoulèrent ; l'ictère s'atténua, la malade put reprendre quelques unes de ses occupations, malgré d'assez fréquentes *poussées douloureuses, très violentes, en coup de fusil*, qui éclataient dans la fosse iliaque droite, pour s'irradier à tout l'abdomen et s'accompagner d'un *météorisme plus ou moins généralisé*, surtout marqué à droite et autour de l'ombilic. Constipation rebelle. *Amaigrissement de 8 kilogr.*

Quinze jours avant l'entrée à l'hôpital, à la suite d'une de ces poussées, particulièrement aiguë, avec *constipation*,



nausées, perte totale de l'appétit, température oscillant de 38° à 38°5, se montra une tuméfaction rapidement étalée des fausses côtes à la crête iliaque droite, de la colonne au bord externe du grand droit. Les urines étaient foncées, ictériques, sans albumine, leur quantité s'était abaissée à 200 grammes par vingt-quatre heures. L'état général était mauvais, la langue sèche, la peau terreuse.

L'exploration, assez difficile à cause des douleurs qu'elle réveillait, démontra l'existence d'une volumineuse collection, plaquée sous le foie, englobant la loge rénale et la fosse iliaque droite, près de s'ouvrir à la peau dans le triangle de J.-L. Petit. Les téguments étaient à ce niveau rouges livides, la fluctuation très superficielle. Touchers vaginal et rectal négatifs.

D'urgence la malade est endormie, la collection fut incisée en arrière où elle pointait; il s'écoula une grande quantité d'un pus mal lié, gris rougeâtre, d'odeur fécaloïde et gangreneuse, qui était infiltré entre les divers plans musculaires et qui semblait provenir d'une loge haut placée, sous les fausses côtes autour du rein droit. Trois gros drains sont placés dans ces divers clapiers, au milieu de tissus sphacelés. Une exploration plus complète du rein et du foie est remise à quelques jours, lorsque l'état général se sera amélioré.

Pendant une semaine la température s'abaisse, mais le sphacèle de la paroi progresse vers la région fessière où il faut inciser une nouvelle collection. Les urines se font de plus en plus rares et chargées. Une broncho-pneumonie emporte la malade avec crise d'urémie asphyxique, le 9 février.

A l'autopsie, on reconnaît que le phlegmon s'est développé en arrière de la vésicule biliaire *qui est perforée*. Une énorme cavité abcédée s'étend entre la colonne et le psoas jusqu'au côlon et aux anses grêles, refoulées en bas et à gauche; le pus, après avoir disséqué toute la loge rénale, a fusé dans la gaine du psoas et de là entre les muscles larges de l'abdomen. Les drains étaient bien placés aux points déclives.

La vésicule biliaire, très épaissie, enfoncée dans des adhérences, présente à sa face postérieure un orifice du calibre d'un porte-plume qui s'ouvre dans la cavité de l'abcès. Elle est remplie par huit gros calculs et présente à côté de la zone perforée une muqueuse tomenteuse semée de petites ulcérations abcédées. Les voies biliaires intra et extra-hépatiques sont libres. Il n'y a pas d'abcès dans le foie, qui est traversé par des bandes de sclérose et qui présente sur les tranches de section une coloration jaune verdâtre. Le pôle inférieur du rein droit, qui baignait dans le pus, est livide, grisâtre, avec des traînées jaunes dans la substance corticale. Tout le côlon est très distendu, sans coudure infranchissable. Le grand péritoine est cloisonné; l'appendice est sain. Foyers multiples de broncho-pneumonie.

#### OBSERVATION XI

(Dr Bérard)

Occlusion intestinale chronique avec poussée aiguë depuis quatre jours. — Distension énorme et ptose des côlons ascendant et transverse. — Obstruction de l'angle droit du côlon par une énorme masse adhérente. — Anastomose iléo-sigmoïdienne. — A l'autopsie: angle droit du côlon englobé dans une masse épiploïque; vésicule calculeuse perforée dans l'arrière-cavité des épiploons.

F..., Marie, 70 ans, est amenée le 18 octobre 1903 dans mon service, salle Sainte-Catherine. Elle est dans un tel état de prostration (température de 40°), que l'on reconstitue difficilement ses antécédents. Depuis quelques mois, elle aurait eu des troubles digestifs persistants, avec constipation, ballonnement, douleurs vagues dans les deux hypocondres, surtout à droite. Depuis quatre jours, elle n'aurait émis ni gaz, ni matières; le ballonnement du ventre s'est beaucoup accentué. Le facies est plombé, subictérique, sans ictère vrai, la langue est sèche, les urines rares et foncées. *Le diagnostic du médecin traitant est occlusion intestinale par tumeur.*

L'examen de l'abdomen fait constater une distension surtout marquée au niveau du côlon ; le cæcum, le côlon ascendant et le côlon transverse très abaissé, se dessinent sous la paroi amaigrie. Une masse indurée profonde semble occuper l'angle droit du côlon, en dehors de la vésicule ; la palpation à ce niveau est douloureuse.

Tympanisme généralisé, sans matité aux points déclives. Le toucher rectal et l'exploration vagino-abdominale restent négatifs. Pouls : 110. Température : 40°.

A cause de l'ancienneté des accidents, de leur allure progressive avant la dernière poussée, de l'absence de toute affection hépatique antérieure, le premier diagnostic paraît devoir être maintenu : *cancer infecté et sténosant de l'angle droit du côlon.*

De larges applications de glace et des lavements de sérum semblent relever un peu la malade, que l'on avait hésité à opérer dès l'entrée, à cause de sa faiblesse.

Après vingt-quatre heures, est pratiquée (avec anesthésie prudente à l'éther) une laparotomie médiane de part et d'autre de l'ombilic. Le côlon transverse, énorme, livide, se présente aussitôt dans la plaie ; il est incisé pour faciliter l'exploration des autres anses : peu de liquide stercoral s'écoule, avec beaucoup de gaz. Nous atteignons alors facilement l'angle gauche, coudé par traction mais non induré. *L'angle droit au contraire est enfoncé dans un bloc induré, largement adhérent au côlon ascendant et au côlon transverse et constitué par de l'épiploon enflammé ou cancéreux.* L'hypothèse de *cancer de l'angle droit avec réaction péritonéale* semble encore confirmée par la distension énorme et par la couleur livide du cæcum. Rapidement, après suture de l'incision colique transverse, une anastomose iléo-sigmoïdienne est faite au bouton. Suture de la paroi à un plan. Injection de sérum.

Le soir même la température s'abaisse à 37°8. Dans la nuit la malade rend des gaz. Mais son état général ne se relève pas. Elle succombe quarante-huit heures après, sans avoir



présenté de vomissements, avec une température remontée à 39° et 39°8.

A l'autopsie on trouve le gros intestin resté très distendu et livide. Il n'y pas d'autre trace de péritonite généralisée. pas de liquide épanché dans le bassin. L'angle droit du côlon est enserré dans un paquet d'épiploïte et d'adhérences fibreuses qui le fusionnent avec la vésicule biliaire très épaissie et indurée. Dégagée de ses adhérences, la vésicule présente *sur sa face postérieure une perforation* du calibre d'une sonde cannelée, par laquelle environ 1 demi-litre de bile trouble s'est épanché au-dessous du foie et en arrière de l'estomac, sans doute dans la loge supérieure de l'arrière-cavité des épiploons.

La vésicule est incisée; elle contient trois énormes calculs brunâtres, peu consistants, gros comme des châtaignes qui la remplissent complètement et qui se sont creusées de logettes secondaires; la perforation est au fond d'une de ces logettes. Le cholédoque est libre, non distendu. Les voies biliaires intra et extra-hépatiques ne renferment pas d'autre concrétion. Foie gros, pâle, sans abcès à la coupe.

L'examen histologique des parois de la vésicule, très épaisses et très indurées, a montré qu'il s'agissait seulement d'infection chronique et non de cancer.

#### OBSERVATION XII

(Dr Bérard)

Cholécystite calculeuse suppurée. — Perforation spontanée de la vésicule. — Péritonite sous-hépatique suppurée. — Laparotomie. — Évacuation des abcès. — Ablation d'un calcul du cystique. — Cholécystotomie. — Guérison.

Marie P..., âgée de 68 ans, entre dans mon service, salle Sainte-Catherine, le 17 janvier 1906, pour des phénomènes abdominaux aigus datant de quarante-huit heures, localisés à droite de l'ombilic.

Depuis longtemps constipée, obèse, la malade éprouvait depuis neuf à dix mois, en même temps qu'une recrudescence de sa constipation, une sensation de barrure d'un hypocondre à l'autre, avec soulèvement de la paroi à ce niveau. Nausées fréquentes, éructations fétides; de temps à autre quelque vomissements bilieux. A plusieurs reprises avait apparu un ictère foncé, coïncidant avec des douleurs dans l'hypocondre et dans l'épaule droite; les selles se décoloraient pendant quelques jours, puis tout rentrait dans l'ordre. Digestions lentes, surtout pénibles pour les graisses. Quarante huit heures avant l'entrée à l'hôpital cette femme, qui avait de plus un peu perdu l'appétit et qui se sentait incapable de tout effort, fut réveillée au milieu de la nuit par une douleur pongitive très aiguë dans la fosse iliaque droite. Elle rejeta quelques gorgées de bile, et eut au bout de quelques heures un vomissement bilieux plus abondant. Toute évacuation de gaz et de matières cessa, le ventre se ballonna progressivement, surtout à droite de l'ombilic.

A l'entrée le ventre est très gros, la cicatrice ombilicale distendue par une petite hernie. Il n'y a pas de circulation veineuse cutanée complémentaire, bien que toutes les zones déclives du péritoine soient mates, comme occupées par de l'ascite. Le tympanisme est surtout marqué dans la fosse iliaque et dans l'hypocondre droits, où la pression révèle un empâtement diffus et réveille de vives douleurs, surtout en deux points, le point de Mac-Burney qui est le plus douloureux et le point vésiculaire où la douleur est plus sourde mais plus diffuse.

Autant qu'on peut en juger à travers une paroi très grasse, le foie n'est pas volumineux. Le teint est légèrement subictérique sans ictère vrai. La langue est saburrale avec un enduit épais. Le pouls bat à 100. La température est de 37°8. De larges applications de glace pratiquées dès l'admission ont amené une rapide accalmie des accidents aigus; après une nuit de repos, la température est à 37°6. Le pouls bien frappé quoique un peu rapide (95 pulsat.) Les vomissements

ont cessé et deux lavements de sérum ont provoqué des débâcles diarrhéiques. Les urines sont peu abondantes, foncées avec un disque d'albumine sans sucre.

Après quelques évacuations de gaz et de matières, on perçoit plus nettement au-dessous de l'hypocondre droit une masse relativement mobile, déplacée par les mouvements de la respiration, qui semble plaquée sur le côlon distendu et qui se perd en bas vers la fosse iliaque. Les points douloureux persistent, avec maximum à mi-chemin entre l'appendice et la vésicule. Le reste du ventre est souple, le toucher vaginal et le toucher rectal négatifs.

Sous anathésie le diagnostic peut être affirmé, il doit s'agir d'une collection suppurée, avec réaction épiploïque tout autour, collection formée sous le foie, étalée vers le côlon ascendant et représentant une cholécystite avec péri-cholécystite suppurée. Les antécédents de lithiase biliaire relevés nettement viennent appuyer cette hypothèse.

Aussitôt est pratiquée une laparotomie sur le bord externe du grand droit. Elle conduit sur des anses grêles un peu distendues, agglutinées entre elles et avec un gâteau d'épiploïte qui s'épaissit à mesure qu'on se rapproche du foie. Le grand péritoine protégé par des compresses, on commence le décollement des adhérences épiploïques ; bientôt s'écoule un liquide d'abord gommeux, jaune verdâtre, qui doit être de la bile ; *il y a une perforation de la vésicule*. Puis c'est du pus franc, très épais, que l'on rencontre dans une collection sous-hépatique ; ce pus est si épais qu'on ne peut pas l'évacuer avec l'opérateur. Après assèchement de cette cavité avec des tampons, on recherche la vésicule ; il faut, pour arriver jusqu'à elle, traverser un nouveau matelas d'épiploon creusé d'un trajet suppuré et qui conduit dans un nouvel abcès. La vésicule scléreuse, petite, est tellement enserrée dans des adhérences, qu'il faut, pour la reconnaître, aller chercher le pédicule hépatique et remonter le long du cystique. Chemin faisant, le doigt *perçoit dans le cystique un calcul isolé* du volume d'une grosse noisette, qui est amené



par refoulement jusque dans la cavité vésiculaire. On voit alors la perforation du réservoir, qui est agrandie au ciseau ; il s'écoule un peu de bile épaisse mêlée de pus ; on ne trouve pas d'autre calcul que celui du cystique. Drainage du moignon de la vésicule sans suture de ses tuniques à la paroi abdominale. Drainage par des tubes et des mèches des collections sous-hépatiques. Suture à deux plans du reste de la plaie.

Les suites immédiates sont bonnes localement, mais la malade reste prostrée durant quelques jours, avec des urines brun chocolat, chargée de pigment biliaire et qui oscillent comme quantité entre 150 et 300 grammes par vingt-quatre heures. Pas de sucre, un peu d'albumine,

Des foyers multiples de congestion pulmonaire maintiennent la température durant une semaine entre 38° et 39°. Ventouses, cataplasmes, sinapismes, sérum. Le 4 février, tout accident a cessé et la quantité des urines est remontée à 850 grammes.

Depuis, la convalescence s'est effectuée normalement. Le 5 mars, la malade quitte l'hôpital, guérie ; sa fistule vésiculaire fermée, elle urine 1,000 à 1,200 grammes par jour, sans sucre et avec encore un petit disque d'albumine.

OBSERVATION XIII (obs. I, Bricka)

Cholélithiase biliaire ancienne avec coliques hépatiques. Accidents de cholécystite aiguë. Perforation probable de la vésicule biliaire. Mort rapide par péritonite généralisée.

OBSERVATION XIV (obs. III, Bricka)

Coliques hépatiques. Perforation de la vésicule. Mort par péritonite généralisée.

(Trousseau, *Clinique médicale*, t. III.)

OBSERVATION XV

Coliques hépatiques. Perforation de la vésicule. Péritonite. Mort.

(Werner. Cas rapporté par Trousseau.)

OBSERVATION XVI (obs. VII, Bricka)

Coliques hépatiques. Calcul biliaire arrêté dans le canal commun du foie. Perforation tardive de la vésicule sphacélée. Mort par hémorragie.

(Leared, *Pathol. trans.*, t. III, 15 mars 1859.)

OBSERVATION XVII (obs. VIII, Bricka)

Cholécystite calculeux. Crises répétées de coliques hépatiques. Mort soudaine. Rupture de la vésicule.

(Ogle, *Saint-Georges Hospital Reports*, III, 1889.)

OBSERVATION XVIII (obs. X, Bricka)

Coliques hépatiques. Rupture de la vésicule et d'un abcès enkysté. Péritonite généralisée. Mort deux jours après.

(Mauriac, *in th.* Magnin, XV, Paris 1869.)

OBSERVATION XIX (obs. X, Bricka)

Coliques hépatiques. Rupture de la vésicule et péritonite généralisée. Mort.

(Wagoner, *New York méd. J.*, août 1891.)

OBSERVATION XX (obs. XI, Bricka)

Rétention de la bile par calcul biliaire. Distension de la vésicule. Inflammation de cette vésicule et du péritoine circonvoisin. Rupture de la vésicule, péritonite circonscrite. Mort.

(Cruveilhier, *Anat. pathol.*, t. II, p. 220.)

OBSERVATION XXI (obs. XIII, Bricka)

Cholécystite calculeuse. Péritonite généralisée sans épanchement. Adhérences de l'épiploon à la vésicule. Mort.

OBSERVATION XXII (obs. XIV, Bricka)

Cholécystite calculeuse. Symptômes d'obstruction intestinale. Perforation de la vésicule neuf jours après. Péritonite suraiguë. Mort.

(Lyman, *Boston med. and surg. Journal*, 17 oct. 1878.)

OBSERVATION XXIII (obs. XV Bricka)

Cholécystite calculeuse. Perforation de la vésicule. Absès circonscrit sous-hépatique suivi de péritonite généralisée. Mort.

(Ch. A. Morton, *The Lancet*, 18 mars 1893.)

OBSERVATION XXIV (obs. XVI Bricka)

Cholécystite calculeuse. Perforation de la vésicule. Péritonite primitivement localisée. Mort.

(Mauriac, *Hôp. des Ménages*, th. Magnin XIV.)

OBSERVATION XXV (obs. XXI Bricka)

Cholécystite calculeuse. Pneumonie droite. Perforation de la vésicule. Péritonite enkystée. Mort.

OBSERVATION XXVI (obs. XXIV Bricka)

Cholécystite typhoïde méconnue. Lithiase. Perforation de la vésicule au cinquième septennaire. Péritonite généralisée. Mort.

(Ranvier, *Bull. soc. anat. an.*, 1864.)



OBSERVATION XXVII (Obs. XXX Bricka.)

Fièvre typhoïde. Cholécystite. Péritonite localisée. Lithiase. Perforation de la vésicule. Mort.

(Hawkins, *The Lancet*, 30 janvier 1897.)

OBSERVATION XXVIII (obs. XXXVII Bricka)

Cholécystite calculeuse. Perforation de la vésicule. Signes d'obstruction intestinale. Laparatomie. Suture de la vésicule et drainage. Guérison.

(T. Jenner-Verall, *Br. Med. Rep.*, 7 août 1897.)

OBSERVATION XXIX (obs. XXXVIII Bricka)

Crises de coliques hépatiques à répétition. Cholécystite aiguë et cholangite. Perforation de la vésicule. Abscess périhépatique. Laparatomie. Drainage. Guérison.

(Fuchs (Mikulicz), Berlin, *Klin. Woch.*, p. 647.)

OBSERVATION XXX

Perforation de la vésicule biliaire pendant la convalescence d'une typhoïde. Mort.

(John Harly. Cité dans *Revue de Hayem*, 1897.)

OBSERVATION XXXI

Crises de coliques hépatiques antérieures. Perforation de la vésicule. Mort foudroyante.

(Lebar et Bignon, *Bull. de la Soc. anat. dét.*, 1904, p. 636.)

OBSERVATION XXXII

(*Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1904, p. 822.)

Accidents de péritonite aiguë. Intervention. Perforation de la vésicule. Énucléation de calculs abouchement à la paroi. Lavage du péritoine. Drainage. Guérison.

(Dr A. Hallet, de Liège.)

OBSERVATION XXXIII

(*Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1904, p. 822.)

Accès de coliques hépatiques antérieure. Péritonite aiguë. Perforation de la vésicule. Laparotomie. Énucléation des calculs. Tamponnement du péritoine. Drainage de la vésicule. Guérison.

(Dr A. Hallet, de Liège.)

OBSERVATION XXXIV

(*Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1904, p. 823.)

Coliques hépatiques. Perforation de la vésicule. Péritonite aiguë. Laparotomie. Au troisième jour, drainage du péritoine. Guérison rapide.

(Cas de Naunyn opéré par Lehöborn, 1881.)

OBSERVATION XXXV

(*Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1904, p. 823.)

Coliques hépatiques. Péritonite aiguë après rupture de la vésicule, Laparotomie le troisième jour. Énucléation des calculs. Suture de la vésicule et de la paroi abdominale. Mort vingt-quatre heures après.

(Küster, 1884.)

OBSERVATION XXXVI

(*Rev. de gyn. et de chir. abd.*, 1904, p. 824.)

Coliques hépatiques. Péritonite. Laparotomie quarante-huit heures après. Cystectomie. Drainage du péritoine. Mort vingt-quatre heures après.

(Ullmann, 1897.)

OBSERVATION XXXVII

(*Rev. de gyn. et de chir. abd.*, 1904, p. 875.)

Coliques hépatiques. Péritonite par rupture de la vésicule. Laparotomie d'urgence. Ablation de calculs dans le péritoine. Nettoyage aux tampons du péritoine. Guérison.

(Ullmann, 1897.)

OBSERVATION XXXVIII

(*Rev. de gyn. et de chir. abd.*, 1904, p. 825.)

Signes d'obstruction intestinale. Laparotomie médiane vingt-quatre heures après accidents. Perforation de la vésicule. Ablation de calculs. Abouchement à la paroi. Drainage du péritoine et de la vésicule. Guérison trente-deux jours après.

(Hochenegg, 26 janvier 1899.)

OBSERVATION XXXIX

(*Rev. de gyn. et de chir. abd.*, 1904, p. 826.)

Accidents d'obstruction intestinale. Laparotomie d'urgence. Perforation de la vésicule. Voies biliaires libres. Cholécystectomie. Suture abdominale. Guérison.

(Koinig, 1902.)



OBSERVATION XL

(*Rev. de chir. et de gyn.*, 1904, p. 826.)

Phénomènes péritonéaux et grosse vésicule, Laparotomie. Perforation Cholécystotomie. Énucléation des calculs. Lavage du péritoine. Drainage. Guérison rapide.

(Von Arx, 16 mai 1902.)

OBSERVATION XLI

(*Rev. de gyn. et de chir.*, 1904, p. 827.)

Péritonite aiguë. Hernie ombilicale douloureuse tendue. Laparotomie médiane, puis latérale. Vésicule perforée. Énucléation de calculs. Isolement de la vésicule. Drainage. Guérison.

(Neck, août 1902.)

OBSERVATION XLII

(*Rev. de gyn. et de chir. abd.*, 1904, p. 828.)

Rupture de la vésicule. Péritonite aiguë. Laparotomie quatre heures après. Ablation des calculs. Nettoyage du péritoine. Cholécystotomie. Drainage. Mort le lendemain.

(Weigel, 23 août 1903.)

OBSERVATION XLIII

(*Rev. de gyn. et de chir. abd.*, 1904, p. 828.)

Crise de colique hépatique. Rupture de la vésicule. Péritonite. Laparotomie cinq jours après. Drainage et lavage du péritoine. Un mois après nouvelle laparotomie. Adhérences nombreuses enserrant la vésicule. Incision du cholédoque, ablation d'un calcul : suture. Drainage de l'hépatique. Écoulement biliaire par le tube enlevé six jours après. Guérison.

OBSERVATION XLIV

(*Rev. de gyn. et de chir. abd.*, 1904, p. 830.)

Colique hépatique. Péritonite. Perforation de la vésicule : ablation d'un calcul énorme. Drainage de la vésicule isolée et non fixée à la paroi.

OBSERVATION XLV

(*Rev. de gyn. et de chir. abd.*, 1904, p. 830.)

Colique hépatique. Rupture de la vésicule. Péritonite aiguë. Laparotomie d'urgence. Lavage du péritoine. Drainage. Mort.

(Rœrch, opérée par Von Winiwartes.)

OBSERVATION XLVI (obs. XIX Thorel)

Issue de calculs biliaires par un abcès au-dessus du mameelon. Fistule biliaire. Guérison.

(Dr Alli de Brünn, *Aster med. Jahr.*, Bd. XII, Heft I, in *Arch. med.*, 1839, p. 235. Reproduite par Deschamps, in thèse Paris, 1886.)

OBSERVATION XLVII (obs. XX Thorel)

Fistule biliaire de l'hypocondre droit. Guérison spontanée.

(Diancourt, thèse Paris, 1901.)

OBSERVATION XLVIII (obs. XXI Thorel)

Tumeur biliaire ouverte spontanément à la région ombilicale. Issue d'un calcul. Fistule. Mort par cachexie.

(Citée par Legullinel de Lignerolles, in thèse Paris, 1869.)

OBSERVATION XLIX (obs. XXII Thorel)

Tumeur biliaire faisant saillie à la région ombilicale. Fistule donnant issue à des calculs et à du pus.

(Citée par le précédent.)

OBSERVATION L (obs. XXV Thorel)

Calcul biliaire. Ulcération de la vésicule. Péritonite. Absès consécutif. Fistule donnant passage à du pus et à des calculs.

(Reichardt, *Gaz. méd.*, Strasbourg.)

OBSERVATION LI (obs. XXVI Thorel)

Tumeur de l'hypocondre droit. Fistule purulente.

(Vifile, *in* thèse Paris, 1876.)

OBSERVATION LII (obs. XXVIII Thorel)

Colique hépatique. Oblitération du cystique. Absès de la vésicule. Fistule abdominale donnant issue à un liquide muco-purulent et à des calculs. Guérison.

(Chaudron, thèse de Paris, 1878.)

OBSERVATION LIII (obs. XXII Thorel)

Fistule muco-purulente. Cholécystectomie. Guérison.

(Michaux, Congrès de chirurgie, 1889.)

OBSERVATION LIV (Société de médecine de Vaucluse,  
mai 1903.)

Un cas d'expulsion spontanée de cholélithes par la paroi abdominale. Guérison.

(D<sup>r</sup> Gallet, de L'Isle-sur-Sorgues.)



OBSERVATION LV (thèse de Guéniot, obs. X)

Fistule ombilicale purulente et expulsion spontanée de calculs sans accidents antérieurs de lithiase. Persistance de la fistule. Débridement et énucléation des calculs. Guérison.

(Bouilly.)

OBSERVATION LVI

(Soc. méd. des hôpit., 18 octobre 1893.)

Evacuation de calculs biliaires par la voie stomacale (Hayem).

Malade de 36 ans. Bonne santé habituelle.

En janvier 1893, crise de colique hépatique avec vomissements. Pas de fièvre, pas d'ictère.

En juillet, amaigrissement et constipation opiniâtre, vomissements tous les soirs après le repas.

Une cure à Vichy reste sans effet, l'amaigrissement et les vomissements ne font qu'augmenter.

En décembre, les symptômes sont encore plus accusés, l'affaiblissement est extrême et la constipation rebelle aux lavements laxatifs.

L'abdomen est saillant, arrondi, tendu au niveau de l'ombilic jusqu'où descend l'estomac rempli de gaz et de liquides. La matité hépatique n'est pas augmentée. Rien aux urines.

Diagnostic de sténose pylorique et traitement approprié. Les lavages d'estomac et les vomissements qu'ils provoquent ramènent de petits calculs. Insensiblement les douleurs et les vomissements cessent; le rétablissement semble obtenu, arrêt du traitement.

En avril 1894, retour des symptômes primitifs. Les lavages sont repris et amènent à nouveau le rejet de calculs biliaires. Continué au nombre de deux par semaine, ils ont amené l'expulsion de trente-huit calculs biliaires et un rétablissement complet.

OBSERVATION LVII

(Société anatomique, janvier 1903.)

Infiltration des calculs biliaires dans le pylore. — Sténose pylorique. — Pylorectomie. — Mort. (MM. les docteurs Le Bec et Müller.)

Sœur G..., 51 ans, entre à l'hôpital pour troubles gastriques.

Ictère antérieur. Actuellement, intolérance gastrique absolue, vomissements continuels après les repas. A la palpation on sent une résistance vague sous le foie. A la percussion, zone de sonorité épigastrique très étendue (descend jusqu'à l'ombilic). Faiblesse et maigreur extrêmes.

Diagnostic de sténose pylorique. Le traitement rationnel reste sans résultats.

Intervention : laparotomie médiane. On tombe sur l'estomac très dilaté. Le foie a des adhérences nombreuses avec le pylore et l'épiploon. A sa face inférieure on trouve la vésicule adhérente à lui et au duodénum, remplie de calculs. A l'incision elle présente un calcul du volume d'une grosse noisette et cinq autres un peu plus gros qu'une lentille ; pas de bile. Manuel opératoire de la pylorectomie, après qu'on a extrait les calculs de la vésicule et qu'on l'a suturée.

Examen de la pièce. — La partie réséquée a environ 4 centimètres de long ; elle est formée par le pyloré et la portion initiale du duodénum.

Vu du côté de l'estomac, le pylore nous présente un calcul et l'on en sent d'autres dans la paroi.

Vraisemblablement à la suite de péricystite, il s'est formé des adhérences entre la vésicule et le pylore, puis une perforation de la vésicule et migration des calculs. Ce sont eux qui par une irritation des tissus ont déterminé la sténose ; aucune trace d'ulcère ancien ou récent à qui l'on puisse l'attribuer. Mort trente heures après intervention par épuisement.

## CONCLUSIONS

---

- I. Il existe des perforations de la vésicule calculeuse, complication assez rare de la cholélithiase.
- II. Le siège de ces perforations se trouve au point le plus faible de la paroi, généralement au niveau du fond, quelquefois au niveau du bassin.
- III. Ces perforations peuvent se produire, soit par distension brusque et éclatement de la vésicule (rarement), soit par des abcès intrapariétaux, soit encore par un processus ulcéreux ou gangreneux (Jaboulay, Bricka).
- IV. L'évolution de ces perforations dépend du degré d'infection de la vésicule d'une part, de l'autre de l'état du péritoine avoisinant. A part les cas rares de perforations traumatiques où le contenu vésiculaire est aseptique, il y a presque toujours un certain degré d'infection.
- V. Du côté du péritoine, deux cas à envisager : a) il n'y a pas d'adhérences, rupture dans la cavité péritonéale libre : péritonite généralisée mortelle suivant l'infection, quelquefois enkystement



secondaire possible; *b*) il y a des adhérences :  
1° cloisonnant la grande cavité, ce sont les  
diverses formes de péritonite enkystée (abcès  
sous-phrénique, arrière-cavité des épiploons,  
péritonite sous-hépatique). Il peut y avoir rup-  
ture secondaire sous la grande cavité périto-  
néale; 2° adhérences à la paroi ou aux organes  
voisins ou simultanément adhérences à la paroi  
et aux organes (fistules).

VI. Nous n'avons pas à envisager le traitement pré-  
ventif de ces perforations. Il se résumera dans  
le traitement des trois catégories que nous avons  
énumérées, c'est-à-dire le traitement des péri-  
tonites généralisées, des péritonites enkystées,  
traitement enfin des fistules biliaires.

VU :

*Le Président de la Thèse,*

JABOULAY.

VU :

*Le Doyen,*

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 13 juillet 1906.

*Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,*

JOUBIN.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

- ANGER (Th.). — Fistules biliaires cutanées. (*France médicale*, 16 avril 1879.)
- BARR-SNIVELY. — Fistule entre vésicule et estomac. (*Journal of the american medic. Assoc.*, 11 avril 1903, n° 9663.)
- BARTH et BESNIER. — Fistules biliaires cutanées. (*Dict. des sciences méd.*, 1<sup>re</sup> série, n° 9.)
- BAUDOIN. — Les opérations nouvelles sur les voies biliaires. Paris, 1898.
- BOURGEOIS. — Des calculs biliaires, lésions et symptômes qu'ils déterminent. Th. Paris, 1858.
- BRICKA. — Perforations spontanées de la vésicule biliaire, Th. de Lyon, 1899.
- CHARCOT. — Des fistules biliaires. (*Progrès médical*, 1876.)
- CHARMAUX. — Calcul biliaire monstre spontanément évacué par l'intestin. (*Bull. Soc. anatomique*, février 1903.)
- COURVOISIER. — Statistische Beiträge zur Pathologie und Chirurgie der Gallenwege. Leipzig, 1880.)
- DELBEC. — Des lésions de la vésicule biliaire dans la lithiase. Paris, 1892.
- DENUCÉ. — Tumeurs et calculs de la vésicule biliaire. Th. d'agrég. Paris, 1888.
- FLECK. — Pénétration d'un calcul biliaire dans l'estomac. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 19 novembre 1903.)
- FLEYS. — Contribution à l'étude des ruptures des voies biliaires dans le péritoine. Paris, 1899, n° 83.

- FOWLER. — Perforation of the Gallblader. (Brooklyn. M. J., 1905, XIX, 450-455.)
- GAILLARD. — Diagnostic des fistules cholécysto-intestinales de la lithiase. (Semaine médicale, 1895, p. 309.)
- GRUNDZACH. — Gallensteine im Magem. (Wiener med. Presse, 1899, n° 28.)
- GUÉNIOT. — Formes anatomiques de lithiase biliaire. Th. de Paris, 1903.
- HOCHENEGG. — Un cas de perforation de la vésicule dans le péritoine. (Wiener klin. Vochensch., 1899.)
- JENNER-WERRAL. — Ulcérat. et rupt. de la vésicule (Brit. med. Reports, 7 août 1897.)
- KEHR. — Arch. f. klin. Chirurg. Berlin, 1899, p. 470, t. LVIII.
- KÖNIG. — Rupture spontanée de la vésicule calculeuse. (Deutsche med. Woch., 1902, n° 7.)
- KÜSTER. — Congrès de chirurgie allemand, 1897.
- LEDIARD. — Perforation de la vésicule biliaire. (Lancet, 1903, p. 20, 21.)
- MAC-LAREN. — Perforation de la vésicule. (Ann. of. Surg. Philad., janvier 1906.)
- MARTINET. — Absès sous-phréniques. Paris, 1898.
- MAXMILLER. — Perforation de la vésicule biliaire. (The Lancet, 1905, liv. 137-139.)
- MAYO. — Journal of med. Associat., 10 avril 1903.
- NAUNYN. — Klin. der Cholelithiasis, p. 83.
- NECK. — Perforation de la vésicule. (Deutsche Zeitschrift für Chir., LXXI, p. 334.)
- REED (C.-A.-L.). — Perforation cholangites. (The Lancet, 1905, liv. 382.)
- ROGER. — Du moment de l'intervention dans la lithiase. Paris, 1902.
- SCHWARTZ. — Chirurgie du foie, 1901.
- SCOTTE. — Obstruction intestinale par un calcul. (Philadelphia medical Journal, 27 décembre 1902.)





— 79 —

PUJEBET. — Perforation de la vésicule biliaire dans la fièvre typhoïde. Lille, 1903.

THIEL. — Perforation de la vésicule calculeuse dans le péritoine. (Centralb. f. Chir., 1904, n° 10.)

THOREL. — Fistules muco-purulentes de la vésicule biliaire. Paris, 1901.

ULMANN. — Perforation de la vésicule dans le péritoine. (Wien. med. Woch., 1899, n° 25-26.)

VON ARX. — Rupture de la vésicule dans le péritoine libre. (Korrespondenzblatt. für Ärzte, 1902, n° 19 et 20.)