

telle l'hydropisie intermittente de la vésicule biliaire. La fréquence avec laquelle apparaissent les accidents, la courte durée des crises douloureuses, l'intégrité souvent complète de la vésicule en dehors des paroxysmes démontrent une pareille origine.

Cette hydropisie intermittente de la vésicule, décrite par MM. Villard et Cotte, puis plus récemment dans le travail de Cotte (1908, Maloine-Lyon) sur le traitement chirurgical de la lithiase biliaire, se produit au cours de toutes les obstructions du canal cystique, quand le calcul fait soupape.

Le syndrome clinique évolue sous la forme de crises paroxystiques qui reviennent plus ou moins régulièrement à des intervalles plus ou moins rapprochés. Ces crises sont caractérisées par l'apparition de deux symptômes: la douleur et la tumeur. L'intensité des phénomènes douloureux rend quelquefois l'examen impossible et empêche de reconnaître l'existence d'une tumeur dans la région vésiculaire. Le début de la crise survient au milieu d'une santé parfaite ou bien à la suite d'un passé hépatique, particulièrement chargé de lithiasique. C'est vers quatre à cinq heures de l'après-midi que la crise débute. La douleur se montre tout d'abord, elle siège dans la région vésiculaire ou la région épigastrique. Atroce, paroxystique, elle arrache des cris au malade, irradie de même qu'une colique hépatique et entraîne même des symptômes réflexes.

L'examen local, avons-nous dit, est souvent empêché par l'intensité de la douleur.

Dans les cas où il est possible, on perçoit une tumeur pyriforme au bord externe du grand droit et immédiatement au-dessous du rebord du foie. Certaine malade insiste même sur la présence constante dans l'hypocondre droit, au moment des crises douloureuses, d'une boule atteignant le volume du poing, mobile et se dirigeant vers l'ombilic.

Ces accès sont de courte durée. En deux heures, ils se terminent, vis en même temps que la douleur s'atténue, on voit la vésicule diminuer de volume et reprendre des dimensions normales. Après la crise, la palpation de la région ne fournit plus aucun renseignement et réveille à peine une douleur vague.

Les malades présentent bientôt d'autres crises, et un jour une cholécystite suppurée peut se développer et compliquer cette hydropisie jusqu'alors cliniquement aseptique. Aussi, comprend-on la nécessité d'une intervention radicale. M. Chauffard (*com. orale*) a observé des cas de ce genre et ayant constaté la rareté de la guérison spontanée, considère l'intervention chirurgicale comme une nécessité thérapeutique. M. Cotte manifeste la même opinion (*Th. Lyon, 1908*). La cure radicale de l'hydropisie intermittente de la vésicule appartient tout entière aux procédés chirurgicaux.

En attendant, M. Chauffard conseille le repos, et au moment des crises, *l'application locale de la glace*; la morphine doit être maniée avec prudence: dans une observation de M. Chauffard, son administration précéda une mort subite. L'intervention chirurgicale de choix est la cholécystostomie, c'est celle que recommandent MM. Villard et Cotte.

ACCIDENTS AIGUS BILIAIRES DUS A LA PRESENCE DE CALCULS.

A une récente réunion de la Société des Chirurgiens de Berlin, M. Martens rappela quelques faits cliniques en présentant des malades, qui montrèrent à quelles graves et subites complications peuvent donner naissance des calculs biliaires. Cette communication montra bien aussi que, quoi qu'on ait dit, il y a plus d'un point de ressemblance dans la pathologie de la vésicule biliaire et celle de l'appendice iléo-cœcal. Chez les 2 malades en question, l'opération montra, au 2^e et au 3^e jour d'une attaque de colique hépatique, une gangrène totale de la vésicule dans un cas, une gangrène partielle dans l'autre et, dans les deux cas, une distension telle du réservoir qu'on peut dire qu'il était en imminence de rupture: dans un cas, il existait de la péritonite suppurée dans le voisinage; dans l'autre de la péritonite fibrineuse avec exsudat séreux libre abondant. Grâce à la *cholécystectomie d'urgence* ces deux malades guérirent.

M. Martens communiquait ensuite l'observation d'une femme de 58 ans, qui, 3 jours avant son admission à l'hôpital avait été prise, de vives douleurs dans la moitié droite du ventre, avec fièvre, frissons, etc. L'opération, pratiquée dès l'admission, montra une péritonite généralisée avec énorme épanchement de bile, due à une *perforation du canal cystique*, gangréné, par un volumineux calcul. Extirpation de la vésicule calculeuse et du cystique, drainage de l'hépatique, lavage du péritoine à l'eau salée physiologique. La malade fit, au 6^e jour après l'opération, une pneumonie à laquelle elle succomba le lendemain. L'autopsie ne révéla qu'un petit foyer de pneumonie et M. Martens est persuadé que si cette femme avait été opérée plus tôt, d'urgence, comme une appendicite, dans les premières heures de la crise, avant d'avoir été touchée si profondément par l'infection, elle aurait certainement pu résister victorieusement à sa pneumonie.

Enfin M. Martens cita encore l'observation d'une femme de 67 ans, entrée à l'hôpital, dans un état bien misérable, avec une *obstruction calculeuse du cholédoque* s'accompagnant d'un ictère très accentué durant déjà depuis 2 ans 1-2, et d'accès fréquents de fièvre (40°) et de frisson. L'opération permit d'enlever 16 calculs du cholédoque. Drainage de l'hépatique, guérison, qui se maintient actuellement parfaite depuis 2 ans.

Ces faits et combien d'autres que nous pourrions citer de notre expérience personnelle, ne prouvent-ils pas combien est heureuse la chirurgie dans ses interventions sur les voies biliaires.

