

SECTION DEUXIÈME.

MALADIES DES VOIES D'EXCRÉTION DE LA BILE.

Les différents tissus qui entrent dans la composition des parois de la vésicule du fiel, ainsi que les canaux cholédoque, cystique et hépatique, peuvent être frappés, isolement ou simultanément, d'inflammation aiguë ou chronique. Cette inflammation peut être bornée à un point plus ou moins circonscrit de la vésicule ou des canaux; elle peut aussi en envahir toute l'étendue. Tantôt, soit par la simple inspection anatomique, soit par l'étude des symptômes, on est conduit à admettre que l'inflammation des voies d'excrétion de la bile est consécutive à une phlegmasie du duodénum; tantôt, au contraire, rien ne prouve plus cette dépendance; rien ne démontre que le travail phlegmasique qui a frappé ces voies d'excrétion ne soit pas primitif. N'en est-il pas ainsi à l'extérieur? Et si, par exemple, l'observation apprend que dans un très-grand nombre de cas l'inflammation des voies d'excrétion du sperme ou de la salive est consécutive à une urétrite ou à une stomatite, n'y a-t-il pas aussi d'autres cas où l'on voit survenir, soit un engorgement aigu ou chronique du testicule, soit une inflammation du conduit de Sténon et des canaux qui le forment par leur réunion, sans qu'il y ait eu phlegmasie antécédente du canal de l'urètre ou de la cavité buccale?

Les altérations de texture que l'inflammation détermine dans les voies d'excrétion de la bile sont nombreuses et de plusieurs sortes. D'abord, elles peuvent être bornées à la membrane muqueuse, ou étendues aux tissus subjacents à celle-ci.

La membrane muqueuse peut s'ulcérer, ainsi que M. Louis en a cité des cas; nous l'avons trouvée considérablement tuméfiée, épaissie, hypertrophiée, à la suite de diverses inflammations aiguës ou chroniques. Si cette augmentation d'épaisseur n'existe que dans la portion de membrane qui tapisse la surface interne de la vésicule du fiel, il n'en résulte aucun phénomène particulier; mais il n'en est plus de même dans les canaux, dont la membrane muqueuse ne peut se tuméfier sans qu'il en résulte une oblitération complète ou incomplète, durable ou passagère, de ces canaux.

Les tissus subjacents à la muqueuse peuvent aussi subir différentes espèces d'altérations. Dans la vésicule, nous les avons trouvés infiltrés plusieurs fois de sérosité, et une fois de matière purulente. Nous les avons vus, dans cette même vésicule, tantôt ramollis, profondément ulcérés et perforés, en même temps que la muqueuse, d'où résultait un épanchement de bile dans le péritoine; tantôt considérablement épaissis, indurés, squirrheux; ailleurs, transformés en tissus fibreux, cartilagineux ou parsemés de plaques osseuses; ailleurs enfin, dans un cas que nous citerons plus bas avec détail, des fibres rougeâtres, d'apparence musculaire, apparaissaient sur les parois de la vésicule; un cas semblable à ce dernier a déjà été vu, d'abord par M. Amussat, puis par M. Louis. Dans les canaux hépatique, cystique et cholédoque, le tissu cellulaire sous-muqueux peut également, soit se ramollir, se détruire en même temps que la muqueuse, d'où résulte la perforation d'un point de leurs parois (voyez plus bas les observations particulières); soit s'épaissir, s'indurer, et devenir une cause d'oblitération de ces canaux, de même que dans le canal de l'urètre certaines indurations du tissu cellulaire sous-muqueux en déterminent fréquemment le rétrécissement.

Il y a des cas où l'on ne trouve plus aucune trace de la ca-

vité de l'un ou de l'autre des canaux hépatique, cystique ou cholédoque. A leur place, on n'observe plus qu'un simple cordon fibreux. La cavité de la vésicule peut aussi singulièrement diminuer, s'effacer même complètement, et, là où elle existait, il arrive quelquefois qu'on ne trouve plus qu'un petit corps plein auquel se termine le canal cystique oblitéré lui-même; elle peut disparaître plus complètement encore, et la fosse où elle était logée n'est plus alors occupée que par du tissu cellulaire plus ou moins condensé.

D'autres fois, au contraire, on trouve la cavité de la vésicule beaucoup plus grande que de coutume; cela paraît surtout arriver dans les cas où, un obstacle au libre cours de la bile existant dans le canal cholédoque, ce liquide reflue et s'accumule dans la vésicule, d'où il ne peut plus sortir pour s'écouler dans le duodénum.

Cette même augmentation de dimension peut aussi exister dans des portions mêmes des canaux biliaires, situées derrière un obstacle. Dans un cas particulier, où un calcul bouchait l'orifice duodénal du canal cholédoque, nous avons trouvé celui-ci tellement dilaté dans le reste de son étendue que son diamètre égalait celui de la veine-porte.

Tout le monde sait que les matériaux de la bile peuvent se solidifier dans ses voies d'excrétion, de manière à y former des calculs très-variables dans leur composition chimique, dans leur forme, leur couleur, leurs dimensions, leur nombre, leur siège, etc. Nous ne ferons point ici l'histoire des calculs biliaires, parce que nos propres recherches ne nous ont rien appris, à leur égard, qui ne soit déjà consigné dans les livres. Nous signalerons seulement à l'attention des chimistes un calcul blanc uniquement formé de phosphate de chaux, que nous avons trouvé dans une vésicule qui, autour de lui, de contenait qu'un peu de mucus. La bile n'y arrivait plus depuis long-temps, car

le canal cystique était transformé en un cordon fibreux, sans aucune trace de cavité.

Dans un cas que nous citerons plus bas, nous avons trouvé la vésicule remplie, au lieu de bile, d'une grande quantité de pus.

Les symptômes auxquels peuvent donner lieu les différentes altérations des voies d'excrétion de la bile que nous venons de passer en revue sont variables, en raison de la nature et du siège de ces altérations.

La vésicule peut être remplie de calculs et même de pus; ses parois peuvent être le siège d'altérations diverses; sa cavité peut avoir considérablement diminué, ou même disparu; elle peut enfin cesser de recevoir de la bile par suite de l'oblitération du canal cystique, sans que d'aucune de ces lésions il résulte, pendant la vie, la production de quelque phénomène morbide qui les fasse reconnaître.

Distendue outre mesure par de la bile ou par d'autres matières (calculs, pus, etc.), la vésicule peut dépasser le bord tranchant du foie, et former tumeur en différents points de l'abdomen, où elle devient appréciable au palper. Nous en avons reconnu l'existence, 1° immédiatement au-dessous du bord cartilagineux des côtes droites; 2° plus bas, dans l'hypochondre, soit dirigée perpendiculairement en bas, et répondant au lieu qu'elle occupe ordinairement, soit singulièrement inclinée en arrière ou en avant; venant à faire, par exemple, saillie dans l'épigastre; 3° nous l'avons vue toucher la crête iliaque, et même descendre au-devant d'elle jusque dans la fosse du même nom.

Cette tumeur, ainsi formée par la vésicule du fiel, peut ne plus cesser une fois qu'elle s'est manifestée. Ailleurs, on la voit disparaître au bout d'un temps plus ou moins long. Cette disparition survient principalement dans les circonstances sui-

vantes : 1° lorsque l'obstacle qui s'opposait au cours de la bile dans le canal cholédoque cesse d'exister ; 2° lorsque la bile, d'abord accumulée dans son réservoir, y est ensuite résorbée, et que la vésicule, n'en recevant plus de nouvelle, tend à s'atrophier ; 3° lorsque les parois de cette même vésicule, distendues et plus ou moins altérées, viennent à se perforer ; d'où issue de la bile, soit dans le péritoine, soit dans un autre organe creux, avec la cavité duquel la vésicule communique accidentellement, soit à l'extérieur, dans le cas où des adhérences sont préliminairement établies entre la vésicule et les parois abdominales, et que celles-ci se sont à leur tour enflammées, ulcérées de dedans en dehors, et perforées.

En parlant des altérations diverses qui peuvent frapper le parenchyme hépatique, nous avons dit que l'ictère pouvait survenir dans toutes, mais n'était nécessairement le résultat d'aucune. L'observation démontre, au contraire, que toutes les fois qu'il y a oblitération, soit du canal hépatique, soit du canal cholédoque, il y a production d'ictère. Cette oblitération peut être produite, soit par un corps étranger qui obstrue la cavité des canaux, soit par des tumeurs qui la compriment de dehors en dedans, soit par un travail inflammatoire qui a produit l'engorgement, l'épaississement de la membrane muqueuse, ou celui des tissus subjacents. On conçoit que l'ictère, dû à l'oblitération déterminée par une de ces causes, doit être, comme cette oblitération elle-même, passager ou permanent.

On a aussi admis un ictère, par spasme des canaux biliaires ; mais ce spasme a été plutôt supposé que démontré ; et, bien que nous admettions, en nous fondant sur plusieurs observations précédemment citées, que, sous l'influence de certaines modifications du système nerveux, le foie peut être altéré dans son mode de sécrétion, de manière à ce qu'il en résulte un ictère, nous pensons que la cause de la production de celui-ci

réside alors dans la profondeur même du parenchyme de l'organe, là où s'opère l'acte de la sécrétion, et non dans les voies d'excrétion de la bile, dont la contraction spasmodique ne nous semble être qu'une pure supposition.

Il résulte d'ailleurs, comme corollaire de nos observations, que dans un très-grand nombre de cas l'ictère est produit, et persiste plus ou moins long-temps, sans qu'il y ait dans les voies d'excrétion de la bile aucun obstacle appréciable : c'est ce qu'a également vu M. Louis.

Les observations suivantes vont nous montrer les lésions les plus importantes que peuvent subir les voies d'excrétion de la bile, et les divers symptômes auxquels ces lésions donnent lieu.

XLVI^e OBSERVATION.

Inflammation aiguë du canal cholédoque ; oblitération de la cavité. Rupture du canal hépatique par distension de ses parois. Ictère avec douleur dans l'hypochondre droit, et tumeur dans cette même région formée par la vésicule. Péritonite.

Un cordonnier, âgé de trente-cinq ans, entra à l'hôpital de la Charité le 8 novembre 1821. Six jours auparavant, à la suite d'un excès de table, il fut pris d'une assez vive douleur à droite de l'épigastre, un peu au-dessous du bord des côtes. Le lendemain, il s'aperçut qu'il était jaune. Le 9 novembre, septième jour, il présenta l'état suivant : teinte jaune des conjonctives et de toute la surface de la peau, douleur obtuse dans l'hypochondre droit ; au-dessous de l'extrémité antérieure de la onzième côte, on sent une tumeur piriforme, mobile sous le doigt, indolente, dont la grosse extrémité dépasse un peu le niveau de l'ombilic, et dont la petite se perd derrière les côtes. La lan-

gue est naturelle, la soif peu vive, l'appétit nul, les selles rares et décolorées. Le pouls est fréquent, la peau chaude et sèche. Nous regardâmes la tumeur de l'hypochondre comme produite par la vésicule remplie de bile. (*Sangsués à l'anus, petit-lait avec acétate de potasse, diète.*) Les quatre jours suivants, la tumeur augmenta; aucun autre changement n'eut lieu. Dans la journée du 13 novembre, onzième jour de l'invasion de la douleur de l'hypochondre, le malade fut pris tout-à-coup d'une douleur beaucoup plus vive, qui, partant de la région du foie, envahit bientôt la totalité de l'abdomen. Lorsque nous vîmes le malade le lendemain matin, cette douleur persistait; son extrême acuité, son exaspération par la pression la plus légère, indiquaient suffisamment qu'elle avait pour cause une inflammation péritonéale; en même temps, face pâle, grippée, profondément altérée; anxiété générale portée au plus haut degré; pouls petit, très-fréquent; extrémités déjà froides. (*Deux vésicatoires aux jambes, vingt sangsués sur l'abdomen*). Mort dans l'après-midi.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Le péritoine était rempli d'un liquide purulent, dont la teinte, généralement jaune, le devenait beaucoup plus dans le flanc droit. La surface interne du duodénum présentait une couleur rouge intense. Le point où s'ouvre le canal cholédoque, et qu'on ne trouve pas ordinairement sans l'avoir un peu cherché, était marqué par une petite tumeur arrondie, percée à son centre d'une sorte d'orifice capillaire, large d'une ligne au plus, et s'élevant de trois lignes environ au-dessus du niveau de la surface intestinale. Un stylet très-fin, introduit par l'ouverture que cette tumeur présentait à son centre, ne rencontra pas d'abord de cavité. Toutefois, poussé avec

force, il parut franchir un obstacle, et il s'engagea dans le canal cholédoque, qu'il parcourut avec peine dans toute son étendue, comme si la cavité ordinaire du canal se trouvait effacée, et que le stylet la reformât un peu, à mesure qu'on le poussait avec précaution de l'intestin vers le foie. Incisé en divers sens, le conduit cholédoque ne présenta en effet qu'une cavité presque imperceptible; ses parois étaient considérablement épaissies; elles avaient d'ailleurs une grande friabilité, et se déchiraient par la plus légère traction. Au contraire, les canaux hépatique et cystique présentaient une augmentation notable de capacité, ainsi que la vésicule. Un peu avant l'union de ces deux canaux, l'hépatique offrait une solution de continuité irrégulièrement arrondie, et assez large pour admettre un petit pois. Autour de cette perforation, la texture des parois du canal ne paraissait point altérée. La cause de la péritonite fut dès lors évidente. Le tissu du foie ne présenta rien de remarquable. L'estomac offrait quelques plaques rouges dont la couleur résidait dans la muqueuse. Le reste du tube digestif et les autres organes parurent sains.

Il est peu de cas où les symptômes observés pendant la vie soient en rapport aussi rigoureux avec les lésions trouvées sur le cadavre. Par suite d'un écart de régime l'estomac et le duodénum s'enflammèrent; peu marquée dans le premier de ces organes, la phlegmasie prit dans le second un plus haut degré d'accroissement; l'irritation de la muqueuse duodénale se propagea, par continuité de tissu, à la portion de membrane qui tapisse le canal cholédoque. Ainsi s'enflamment, dans l'ophtalmie, les conduits lacrymaux, et, dans l'urétrite, les canaux séminifères. De là, engorgement de la membrane

muqueuse, oblitération de la cavité du canal cholédoque, et par suite accumulation de la bile dans la vésicule, formation de la tumeur de l'hypochondre, résorption vraisemblable d'une autre portion de bile, et production de l'ictère. Quant au canal hépatique, l'excès de capacité qu'il présenta semble prouver qu'il avait été fortement distendu par la bile. Cette distension fut-elle poussée assez loin pour produire la rupture de ces parois? On peut le supposer, en raison de leur peu d'épaisseur. Une autre circonstance remarquable, c'est que l'inflammation, très-intense dans toute l'étendue du canal cholédoque, n'occupait que ce seul conduit, et que les canaux hépatique et cystique en étaient entièrement exempts. D'autres surfaces muqueuses nous offrent également de fréquents exemples d'inflammations, dont le siège se trouve, comme ici, exactement circonscrit. Ainsi, dans le plus grand nombre des gastrites, la rougeur de la muqueuse se termine brusquement, d'une part au cardia, et d'autre part au pylore. Ainsi, il n'est pas rare de voir l'une des faces de la valvule iléo-cœcale présenter une vive rougeur, tandis que l'autre face est blanche; ce changement de couleur a lieu tout-à-coup. Aucune nuance, aucune teinte intermédiaire ne sépare l'endroit enflammé de l'endroit resté sain.

XLVII. OBSERVATION.

Tumeur dans l'hypochondre droit formée par la vésicule biliaire; douleur dans cette même région. Ictère. Guérison.

Un homme de trente ans environ ressentit pendant deux jours une assez vive douleur dans l'hypochondre droit, puis il devint jaune. Lorsqu'il entra à la Charité pendant le cours de l'été de 1824, l'ictère et la douleur de l'hypochondre

persistaient. Immédiatement au-dessous du rebord cartilagineux des côtes, un peu en dedans d'une ligne droite, dont l'extrémité inférieure eût été supposée répondre à l'épine antérieure supérieure de l'os des îles, on sentait une tumeur piriforme, mobile, dépassant de deux travers de doigt environ le bord des côtes, derrière lesquelles elle se prolongeait. Cette tumeur nous parut être produite par la vésicule du fiel, qu'une grande quantité de bile distendait outre mesure. Le pouls était fréquent, et la peau chaude: la constipation était opiniâtre (*vingt sangsues à l'anus, tisane d'orge, lavements, pédiluve*). Dès le lendemain, la fièvre n'existait plus. Pendant les trois jours suivants, la tumeur diminua d'abord, puis disparut ainsi que la douleur: l'ictère se dissipa, les selles se rétablirent, et le malade ne tarda pas à sortir très-bien portant.

==

Cette observation, comparée à la précédente, nous offre avec celle-ci la plus grande analogie, sous le rapport du début de la maladie et de ses symptômes. Dans l'un et l'autre cas, l'hypochondre droit est d'abord douloureux; il offre bientôt une tumeur circonscrite qui est évidemment la vésicule du fiel, puis un ictère avec fièvre se manifeste. Dans le premier cas, le malade succombe à une péritonite; et l'on trouve dans l'engorgement inflammatoire du canal cholédoque l'explication de tous les accidents qui ont préexisté à la phlegmasie du péritoine. Dans le second cas, ces mêmes accidents se dissipent promptement sous l'influence des antiphlogistiques, et le malade est rendu à la santé. L'identité des phénomènes doit, ce me semble, faire admettre ici l'identité de cause. Dans ce second cas, comme dans le premier, la douleur et la tumeur de l'hypochondre, l'ictère, le mou-

vement fébrile, nous paraissent devoir être rapportés à l'oblitération inflammatoire du canal cholédoque. Résultat d'une phlegmasie aiguë, cette oblitération se dissipa à mesure que la résolution de la phlegmasie s'opéra. Citons maintenant d'autres cas dans lesquels l'inflammation, passée à l'état chronique, a donné lieu à une oblitération permanente.

XLVIII. OBSERVATION.

Inflammation chronique des canaux cholédoque et cystique; oblitération de leur cavité par épaissement des parois; ramollissement et rupture des parois de la vésicule. Ictère. Péritonite sur-aiguë.

Un fort à la halle, âgé de soixante-quatre ans, entra à la Charité dans la dernière quinzaine du mois de décembre 1821. Trois mois auparavant, cet homme avait été pris, sans cause connue, de vomissements bilieux qui persistèrent pendant plusieurs jours. Ils cessèrent spontanément, mais ils furent remplacés par une diarrhée très-abondante, qui dura pendant un mois environ, et épuisa le malade. Vers le milieu du mois de septembre, le flux du ventre diminua, mais les forces ne se rétablissaient pas; l'appétit était à peu près nul, et les aliments étaient difficilement digérés. Le malade commença à s'apercevoir alors que les yeux et toute la surface du corps avaient une teinte jaune assez prononcée. Cependant, bien que perdant chaque jour son embonpoint et ses forces, il continua à travailler jusqu'au huit derniers jours qui précédèrent son entrée à l'hôpital. Il présenta alors l'état suivant.

Toute la peau était d'un jaune tirant un peu sur le vert; la maigreur était considérable, la langue s'éloignait peu de son état naturel, mais il y avait anorexie complète, et le peu d'aliments qui étaient introduits dans l'estomac causaient à la ré-

gion de l'épigastre une sensation de pesanteur et de chaleur qui se prolongeait pendant plusieurs heures. Les selles étaient rares, d'une couleur gris-cendré. L'abdomen, palpé avec soin, ne présentait aucune tumeur; partout il était souple et indolent. Le pouls, sans fréquence le matin et dans le jour, s'accélérait un peu chaque soir. Des sangsues appliquées à l'épigastre ne rendirent pas les digestions plus faciles. Un vésicatoire placé sur cette région fut plus efficace. Le malade prenait pour toute nourriture du lait et quelques potages. Quinze jours environ après son entrée, l'état de l'estomac semblait s'être amélioré; le mouvement fébrile du soir était beaucoup moins prononcé; mais l'ictère persistait; les forces ne revenaient pas; la maigreur augmentait. (*On donna l'eau de Vichy, le petit-lait avec addition de crème de tartre, des pilules de mercure doux et de savon.*)

Un matin, en se plaçant sur son séant, le malade ressentit tout-à-coup comme un déchirement (c'était son expression) dans l'hypochondre droit. Quelques minutes après, une vive douleur se manifesta d'abord dans le flanc droit, puis dans tout l'abdomen. Lorsque le lendemain nous vîmes le malade, il présentait d'une manière non douteuse tous les symptômes d'une péritonite aiguë. La manière brusque dont elle avait débuté, la sensation de déchirement bien caractérisée qu'avait éprouvée le malade, nous portèrent à penser que cette péritonite reconnaissait pour cause une perforation intestinale (*trente sangsues furent appliquées sur l'abdomen*). Dans la journée le malade s'affaissa rapidement; il succomba dans la nuit.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Une grande quantité de liquide d'un gris sale, comme bour-