

union naît, à angle droit, le canal hépatique. Elles reçoivent quelquefois des radicules dans leur trajet et à leur point de jonction.

Placé dans le bord droit de l'épiploon gastro-hépatique, en avant

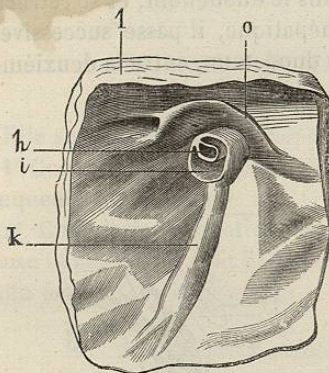


Fig. 129.

Fig. 129. — Orifice des conduits biliaire et pancréatique dans l'intestin. — *h*, orifice du conduit cholédoque ; — *i*, orifice du canal pancréatique qui forme l'ampoule de Vater ; — *k*, pli de Vater ; — *o*, replis de la membrane muqueuse existant au-dessus de l'ampoule de Vater ; — *l*, coupe d'un fragment d'intestin.

(Cl. BERNARD.)

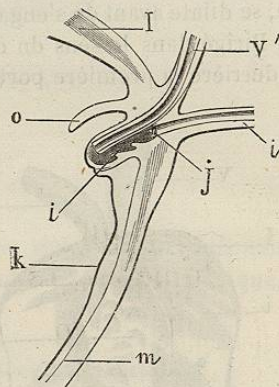


Fig. 130.

Fig. 130. — Coude de l'intestin au niveau d'abouchement des conduits biliaire et pancréatique. — *V'*, conduit biliaire se prolongeant jusqu'à l'orifice de l'ampoule de Vater et ses replis ; — *i, j*, conduit pancréatique s'ouvrant au fond de l'ampoule de Vater ; — *k*, pli de Vater ; — *l, m*, coupe de l'intestin ; — *o*, coupe du repli de la membrane muqueuse qui existe au-dessus de l'abouchement des conduits biliaire et pancréatique. (Cl. BERNARD.)

de la veine porte, ce canal, long de 3 à 4 centimètres, gros comme une petite plume à écrire, dirigé en bas, un peu à droite et en arrière, reçoit à angle aigu le canal cystique et se continue sous le nom de canal cholédoque.

La *vésicule biliaire*, logée dans la fossette du foie, pyriforme, est dirigée en avant, à droite et en bas. Le fond est ordinairement libre, et répond à l'angle formé par le muscle droit et la base de la poitrine, au voisinage de l'extrémité antérieure de la dixième côte. Le corps, adhérent au foie supérieurement, est libre inférieurement, en rapport avec le duodenum, l'extrémité droite du côlon transverse, et quelquefois avec le rein correspondant. Le col, limité par deux rétrécissements, recourbé en S, s'abaisse d'abord et s'élève ensuite.

Le *canal cystique*, qui en est la continuation, caché aussi dans l'épiploon gastro-hépatique, long de 2 à 3 centimètres, beaucoup

LIVRE V

MALADIES DES VOIES BILIAIRES.

Les conduits excréteurs du foie, depuis leur origine dans le parenchyme glandulaire jusqu'à leur terminaison dans le tube digestif, sont, aussi souvent que la partie sécrétante de l'organe, exposés à des maladies susceptibles d'occasionner des troubles nombreux, soit par une rétention du produit de sécrétion, soit par une extension du travail morbide aux tissus voisins.

Ces maladies ont leur point de départ, tantôt dans la muqueuse intestinale qui se continue avec la membrane interne des conduits biliaires, tantôt dans le parenchyme hépatique : fréquemment aussi elles sont dues à des corps étrangers, comme des calculs, des entozoaires, etc., qui s'engagent dans ces conduits ; enfin elles peuvent dépendre de conditions générales beaucoup moins bien déterminées telles que les influences atmosphériques, les miasmes paludéens, les altérations de composition du sang consécutives au typhus et aux autres états pathologiques analogues.

Les maladies des voies biliaires n'ont pas encore été suffisamment étudiées, et cette étude présente de grandes difficultés, au nombre desquelles nous pouvons placer le manque de connaissances précises sur le mode d'origine des conduits biliaires, l'extrême finesse de leurs dernières ramifications, la rareté des occasions d'examiner d'assez bonne heure leurs altérations, etc.

Avant d'exposer la pathologie des voies biliaires, nous croyons devoir donner quelques détails sur leurs dispositions anatomiques.

Les voies biliaires comprennent le canal hépatique, la vésicule biliaire, le canal cystique et le canal cholédoque.

Canal hépatique. Nées des granulations, les radicules, en se réunissant, deviennent de moins en moins nombreuses ; elles suivent les divisions de la veine porte, et se terminent par une racine provenant du lobe gauche et par une autre, plus courte et plus grosse, émergeant du lobe droit. Les deux racines se confondent, et de leur

moins gros que le canal hépatique, se dirige un peu flexueux en bas et à gauche, où il s'unit à angle aigu avec ce dernier.

Le canal cholédoque, placé d'abord dans l'épiploon gastro-hépatique, long de 7 à 8 centimètres, gros d'abord comme une plume à écrire, se dilate avant de s'engager dans le duodenum, et se rétrécit après. Dirigé dans le sens du canal hépatique, il passe successivement derrière la première portion du duodenum, entre la deuxième

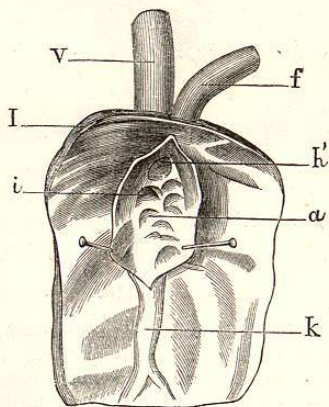


Fig. 131.

Fig. 131. — Ampoule de Vater, ouverte pour voir l'intérieur de sa cavité et les ouvertures des conduits biliaire et pancréatique. — *k'*, ouverture du conduit biliaire; — *i*, orifice du conduit pancréatique; — *a*, replis muqueux valvulaires existant dans l'ampoule de Vater; — *k*, pli de Vater; — *V*, canal cholédoque; — *f*, conduit pancréatique; — *l*, intestin. (Cl. BERNARD.)

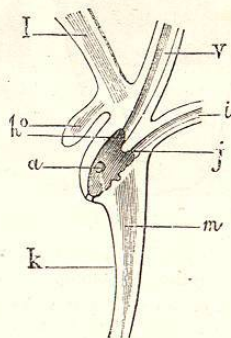


Fig. 132.

Fig. 132. — Coupe des parois de l'intestin au niveau de l'ampoule de Vater. — *a*, ampoule de Vater; — *i*, *j*, conduit pancréatique; — *vd*, conduit cholédoque; — *l*, intestin; — *m*, intestin et pli de Vater; — *a*, repli de la membrane muqueuse existant au-dessus de l'ampoule de Vater. (Cl. BERNARD.)

et le pancréas, qui le cache, pénètre cette deuxième portion vers le milieu en se rétrécissant, et traverse obliquement les tuniques intestinales dans l'étendue d'un centimètre, s'accroche intimement au canal pancréatique, et s'ouvre près de l'union de la deuxième et de la troisième portion du duodenum. A l'ouverture, on voit distinctement un petit mamelon dû au relief du canal, et au sommet du mamelon, les deux orifices des conduits cholédoque et pancréatique, entourés d'un repli muqueux cellulaire. M. Cruveilhier indique un orifice commun, précédé d'une dilatation ampullaire. Peut-être a-t-on pris pour orifice commun l'ouverture du repli muqueux, et pour la dilatation ampullaire la rigole qui le précède.

CHAPITRE PREMIER

INFLAMMATION DES CONDUITS BILIAIRES.

Elle se présente sous plusieurs formes :

1° Comme inflammation catarrhale, accompagnée d'une sécrétion muqueuse abondante ;

2° Comme inflammation exsudative, qui peut être soit albumineuse et purulente, soit fibrineuse et solide, soit diphthéritique, soit enfin à tendance ulcéreuse.

Art. I. — Catarrhe des voies biliaires.

Il se reconnaît aux mêmes caractères que les catharres des autres membranes muqueuses. Toutefois, on a rarement l'occasion de constater les altérations de la première période de la maladie ; au moment de l'examen, le plus souvent, l'injection de la muqueuse a disparu ; on trouve celle-ci pâle ou d'une teinte livide, molle, boursoufflée, couverte d'un liquide visqueux, d'aspect vitreux ou gris jaunâtre et purulent. Quelquefois on rencontre des bouches de mucus concret, particulièrement dans l'orifice duodénal cholédoque. Le gonflement de la muqueuse et la présence d'un produit de sécrétion visqueux rétrécissent le calibre des conduits, et gênent le passage de la bile ; quelquefois même l'obstruction est complète.

Ces altérations se voient surtout dans la partie inférieure du canal cholédoque et dans la vésicule, plus rarement dans le canal hépatique et ses divisions.

L'inflammation catarrhale des voies biliaires disparaît ordinairement en quelques semaines sans laisser de traces ; le boursoufflement de la muqueuse s'efface, la sécrétion revient à l'état physiologique, la bile reprend son libre cours.

Dans des cas rares, surtout lorsque la cause est permanente, comme dans les cas de calculs biliaires, etc., la maladie passe à l'état chronique. Alors les parois des canaux deviennent plus épaisses, et l'arrêt de la bile détermine leur dilatation ; celle-ci est tantôt cylindrique et étendue, tantôt elle forme des poches ovales (1).

(1) Voy. DILATATION DES VOIES BILIAIRES, p. 773.