

CHAPITRE II

RÉTRÉCISSEMENT ET OBLITÉRATION DES VOIES BILIAIRES.

Ces états pathologiques peuvent se rencontrer sur tous les points de l'appareil excréteur du foie et être le résultat, tantôt d'une maladie des conduits eux-mêmes, surtout de leur inflammation, tantôt d'une altération des parties voisines : compression par des tumeurs, constriction par de fausses membranes, etc.

Nous avons déjà démontré, en traitant de la cirrhose, de l'inflammation, des néoplasmes du foie, l'existence du rétrécissement et de l'oblitération des racines et des petites branches des conduits biliaires à l'intérieur de la glande.

I. — Causes.

Le rétrécissement du canal cholédoque est habituellement causé soit par le catarrhe ou l'inflammation exsudative de la muqueuse, soit par des calculs qui s'y trouvent enchatonnés. Son oblitération

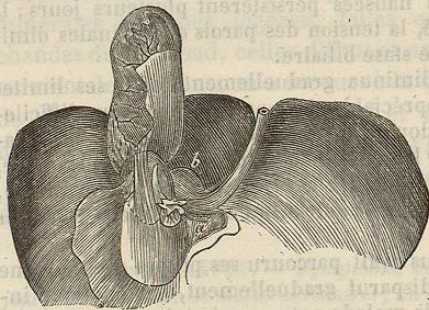


Fig. 135. — Dilatation de la vésicule biliaire, — b, par suite d'un étranglement du conduit cholédoque a.

complète est aussi ordinairement la conséquence d'une inflammation qui a amené la constriction ou une destruction étendue du canal ; plus rarement, par des néoplasmes développés sur sa muqueuse, ou à son orifice dans le duodenum. Quelquefois le rétrécissement a pour cause des trainées de tissu conjonctif, qui étranglent le canal dans le ligament

hépato-duodénal, comme nous le voyons dans la figure 135, ou bien un carcinôme du petit épiploon, du pylore, du pancréas, enfin, et par exception, un anévrysme de l'artère hépatique. Nous avons exposé ces altérations ailleurs, et nous en avons donné des

exemples (pages 132 et suiv., et *Observations* v, vi, vii, viii et xxvii).

Il y a, dans la science, un certain nombre de cas d'oblitération des voies biliaires chez des nouveau-nés, produites par des périhépatites pendant la vie intra-utérine. Binz (1) a observé trois fois cette lésion et rapporté des faits semblables dus à d'autres observateurs ; les deux premiers enfants qu'il cite étaient sœur et frère, nés à un an d'intervalle. Chez l'une, les canaux cystique, hépatique et cholédoque étaient transformés en une masse de tissu conjonctif irrégulière, n'offrant aucune trace de canalisation ; le revêtement péritonéal de la face inférieure du foie présentait quelques trainées opaques et épaissies.

Chez l'autre, la capsule de Glisson et le péritoine susjacent étaient épaissis et opaques. Les voies biliaires n'étaient représentées que par des cordons pleins. La même lésion observée chez deux enfants nés à courte distance, ajoute Binz, fait soupçonner une cause commune ; est-ce la syphilis ?

Chez le troisième enfant, une sonde introduite dans l'origine du canal cystique ne pénétrait qu'à quelques lignes, le canal hépatique n'était perméable qu'à son origine dans le foie et le canal cholédoque qu'à sa terminaison.

Ces enfants présentèrent de l'ictère, et moururent au bout de deux jours, de trente-quatre heures et de sept jours.

A la suite de ses propres observations, Binz mentionne les cas semblables à lui connus. Donop (2) cite un fait d'oblitération d'un des conduits biliaires chez le nouveau-né. Un autre, emprunté à Romberg et Henoch, concerne un enfant qui eut la jaunisse à partir de la naissance et mourut à quatre mois. L'autopsie montra une vésicule rudimentaire, il n'y avait aucune trace des voies biliaires.

Des lésions analogues sont signalées par Virchow (3), par Wilks (4) et par Roth (5). Ce dernier auteur rapporte à la syphilis la périhépatite qui avait amené l'oblitération des voies biliaires.

Le canal hépatique est quelquefois oblitéré par des produits de nouvelle formation ou par des calculs ; plus fréquemment il est comprimé par des tumeurs du foie : pourtant, en général, il est moins exposé à ces altérations que le canal cholédoque.

(1) Binz, *Zur Kenntniss des tödtlichen Icterus der Neugeborenen aus Obliteration der Gallengänge* (Arch. f. path. Anat., t. XXXV, 1866).

(2) Donop, *De ictero, speciatim neonatorum*, 1828.

(3) Virchow, *Gesammelt. Abhandl.*, p. 858.

(4) Harley, *Jaundice, its pathology and treatment*. London, 1863.

(5) Roth, *Beobachtungen über congenitalen Defect der grossen Gallengänge* (Arch. f. path. Anat., t. LXIII, 1868).

Le canal cystique s'oblitére assez souvent, lorsque la vésicule s'enflamme sous l'influence des calculs biliaires ou de toute autre cause, ou lorsqu'un calcul vient à s'enclaver dans le canal.

Tout rétrécissement et, à plus forte raison, toute oblitération des conduits biliaires entraîne la rétention du produit de sécrétion et la dilatation des canaux. Suivant le siège de la coarctation, celles-ci restent limitées à quelques rameaux, situés à l'intérieur de la glande, ou s'étendent à leur totalité, lorsque c'est le canal hépatique qui est malade; ou bien encore elles portent sur la vésicule en même temps que sur les gros conduits, quand le canal cholédoque est le siège de l'obstruction, ce qui est le cas le plus fréquent.

II. — Symptômes, traitement.

Nous avons déjà décrit avec détails (page 132 et suivantes) les symptômes et la marche des rétrécissements des voies biliaires, nous avons établi leur diagnostic et posé les principes d'après lesquels on doit diriger le traitement.

CHAPITRE III

DILATATION DES VOIES BILIAIRES.

I. — Cause.

Elle est presque toujours la conséquence des rétrécissements; dans les cas exceptionnels, où on la trouve en l'absence de tout obstacle mécanique, on acquiert bientôt la preuve qu'il y a eu une obstruction antérieure, suivie d'une atonie qui a empêché la rétraction. J'ai observé deux cas de cette nature; dans tous les deux il y avait eu des calculs biliaires, qui, après être restés enclavés longtemps, avaient pénétré dans le duodenum par perforation (1).

J'ai déjà dit, à propos de l'induration et de la cirrhose du foie, que l'influence du tissu conjonctif contractile pouvait occasionner des dilatations des conduits biliaires.

Ces conduits présentent des dilatations partielles, lorsqu'il y a oblitération ou compression d'une des divisions de l'appareil excréteur (Voyez *Atlas*, pl. XI, fig. 4); il se forme quelquefois ainsi des cavités ampullaires, des kystes complètement isolés et remplis, en partie par un liquide jaune et visqueux, en partie, par des calculs, qui semblent enchâssés dans le parenchyme du foie. Les parois de ces cavités sont le plus souvent très-épaisses et très-denses. Cruveilhier (2) a représenté un cas de cette espèce, malheureusement sans y joindre de détails précis sur l'histoire du malade. Des dilatations ou ampoules, communiquant avec les canaux biliaires, s'observent surtout sur les moutons atteints par le distôme hépatique.

La dilatation générale des voies biliaires se rencontre dans le cas d'oblitération du canal cholédoque. Les gros conduits, le canal cholédoque et le canal hépatique sont ici, avec la vésicule biliaire, les premiers et les plus fortement atteints; les canaux situés dans le foie ne subissent la dilatation que plus tard, parce qu'ils sont doublés

(1) Cruveilhier (*Anat. pathol.*, liv. XII, pl. IV, fig. 3) a vu la vésicule biliaire énormément dilatée, et s'étendant jusqu'à l'ombilic, quoiqu'une pression légère suffit pour évacuer son contenu dans le duodenum. Des glandes cancéreuses avaient rétréci le canal cholédoque sans l'oblitérer complètement.

(2) Cruveilhier, *Anatomie pathologique*, liv. XII, pl. IV, fig. 3.

par la substance glandulaire qui y met obstacle. Le diamètre du canal cholédoque peut alors acquérir des proportions énormes. Nous avons rapporté, page 142, fig. 43, *d*, un cas de cancer du duodenum et du pancréas, où le canal cholédoque avait un diamètre transversal de 2 pouces $\frac{1}{2}$ et une circonférence de 3 pouces; le canal hépatique avait une largeur de 22 lignes. Dans une autre observation, que nous avons également communiquée, page 282, fig. 56, le canal hépatique avait 1 pouce 4 lignes. La dilatation des conduits biliaires peut encore dépasser de beaucoup ces limites. Abraham Vater (1) a trouvé, sur un enfant d'un an, mort dans le marasme, le canal cholédoque complètement oblitéré par une induration du pancréas, et transformé, au-dessus de ce point, en une poche considérable. Traffe'mann (2) parle d'un canal cholédoque rempli de calculs et ayant la grandeur d'un estomac.

Le musée anatomique de Breslau conserve une préparation intéressante de cette nature; j'ai pu l'examiner, grâce à l'obligeance de mon collègue M. Barkow, qui en a, en outre, fait un dessin exact.

OBSERVATION CXXXIX. — Le foie d'une femme qui mourut, au couvent de Sainte-Elisabeth, d'une oblitération du canal cholédoque, avait 10 pouces $\frac{1}{2}$ de gauche à droite, 7 pouces $\frac{1}{2}$ d'avant en arrière. La vésicule présentait sa largeur habituelle, sa longueur était de 5 pouces 4 lignes; son corps allait en diminuant graduellement vers le col, de telle sorte que, sur la limite entre ces deux parties, les parois de la vésicule, incisées et étendues, ne présentaient qu'une largeur de 7 lignes. Cette partie rétrécie de la vésicule aboutissait dans le col, qui était incomplètement séparé de l'extrémité du corps par une saillie valvulaire, haute de 4 lignes, et du canal cystique par une saillie semblable. Dans l'intervalle de ces deux saillies, il existait une dépression en forme de poche, de 1 pouce 5 lignes de largeur.

Du col de la vésicule, on arrivait dans un large sac membraneux qui, avant d'être ouvert, fut pris pour un abcès; mais un examen attentif montra qu'il était formé par les canaux cystique et cholédoque énormément dilatés. La longueur de ce sac était de 8 pouces; après l'incision de ses parois et l'évacuation de son contenu formé d'une bile verdâtre, sa largeur fut trouvée de 5 pouces. Cet énorme réservoir communiquait avec le col de la vésicule par un orifice d'environ 1 pouce et demi, et avec le canal hépatique, par un autre orifice de 4 lignes; il se prolongeait jusqu'au duodenum, où il formait un cul-de-sac complètement clos. On ne trouvait qu'une légère saillie à la face interne du duodenum, à l'endroit où le canal cholédoque s'ouvre dans l'intestin. L'ouverture du canal pancréatique était libre. Cette énorme dilatation était la conséquence de

(1) Vater, *Dissert. de Scirrhis viscerum*. Vitemb., 1793.

(2) Voigtel, *Handb. der path. Anat.*, t. III, p. 136.

l'oblitération complète du canal cholédoque et de l'accumulation de la bile qui en résultait. On ne pouvait établir de limite entre les canaux cholédoque et cystique uniformément dilatés; cette limite était indiquée seulement par l'orifice du canal hépatique, qui conduisait dans un sac de 5 pouces $\frac{1}{2}$ de largeur, remplissant le hile du foie, et envoyait de larges ramifications dans la glande.

Des gros troncs, la dilatation s'étend, plus tôt ou plus tard, aux branches du canal hépatique et, peu à peu, jusqu'aux dernières ramifications; le parenchyme est alors traversé dans toutes les directions par de larges tubes lisses ou présentant de nombreuses sinuosités ampullaires.

Sur des coupes fines de la glande desséchée, on reconnaît, à un grossissement modéré, que la plupart des conduits dilatés n'atteignent que la périphérie des acini, que le plus petit nombre arrivent au centre de ces derniers, et qu'ils forment déjà, si près de leur origine, des canaux larges et à parois épaisses. Il n'est pas rare de voir plusieurs conduits réunis dans une seule gaine épaisse du tissu conjonctif (V. *Atlas*, I^{re} part., pl. XI, fig. 1).

Le contenu des canaux biliaires dilatés consiste le plus souvent

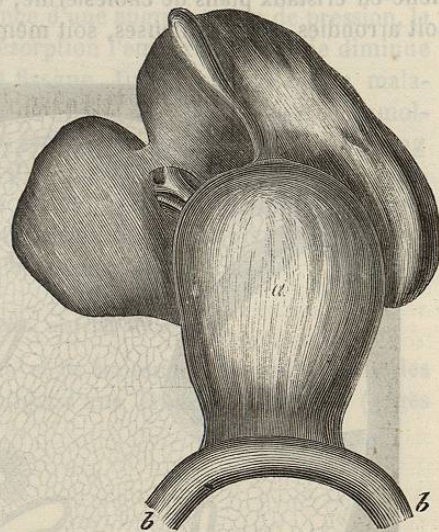


Fig. 136. — Ectasie énorme du canal cholédoque. — *a*, canal cholédoque dilaté. — *bb*, duodenum.

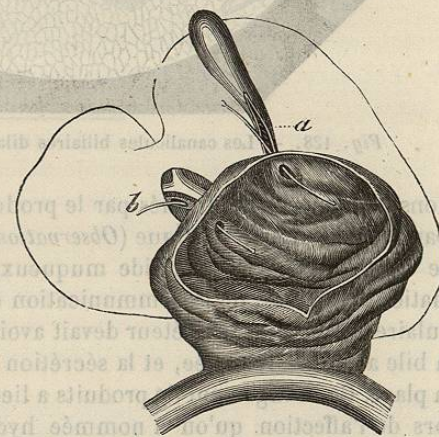


Fig. 137. — La même que 134, après l'ouverture du sac. — *a*, vésicule biliaire. — *b*, canal hépatique.

en un liquide bilieux d'une faible densité, mélangé d'une quantité variable de mucus purulent; quelquefois il est plus concentré, riche en cristaux plans de cholestérine, ou mélangé de concrétions soit arrondies, soit anguleuses, soit même tubulées (1); ces concrétions

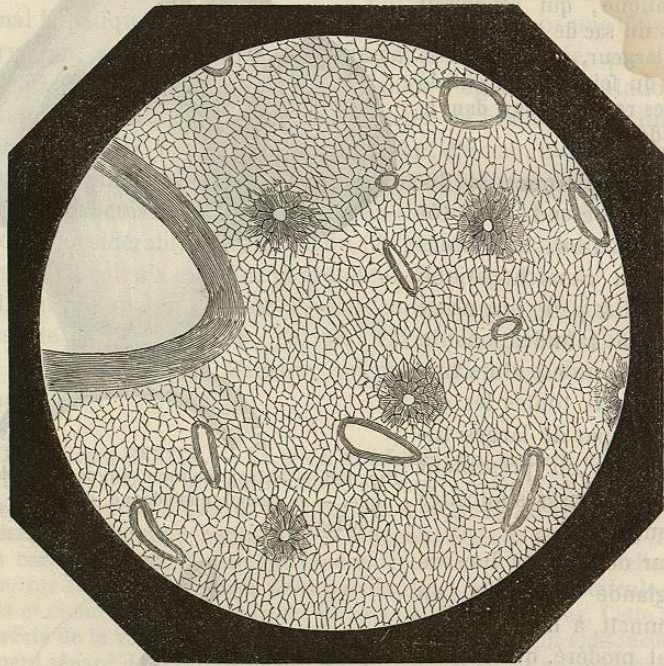


Fig. 128. — Les canalicules biliaires dilatés, vus au microscope.

tions sont des dépôts formés par le produit de sécrétion stagnante. Dans un cas de ma pratique (*Observation vi*) les conduits biliaires ne contenaient qu'un liquide muqueux, incolore, sans traces de matières biliaires. Ici la communication entre le parenchyme glandulaire et l'appareil excréteur devait avoir cessé depuis longtemps; la bile avait été résorbée, et la sécrétion de la muqueuse avait pris sa place. Ce changement de produits a lieu souvent dans la vésicule, lors de l'affection qu'on a nommée hydropisie de la vésicule biliaire.

La dilatation des conduits biliaires entraîne toujours la dispari-

(1) Cruveilhier (*Traité d'Anatomie pathologique génér.* Paris, 1852, t. II, p. 335) a décrit des moules tubulées des conduits biliaires.

tion du parenchyme glandulaire qui les avoisine; le volume total de l'organe augmente dans les premiers temps de la maladie; plus tard seulement, sous l'influence d'une augmentation de pression, la sécrétion s'affaiblit, et, la résorption l'emportant, le foie diminue de volume, se ride et devient flasque. Dans quelques cas la maladie aboutit à la destruction des cellules du foie; l'organe se ramollit et la mort survient avec les symptômes de l'intoxication du sang (*Observation XXVII*), ou bien il se forme sur la muqueuse des conduits biliaires des ulcérations qui finissent par atteindre le parenchyme des parties voisines, et amènent les accidents que nous avons étudiés comme suite de ces ulcérations.

II. — Symptômes, marche, traitement.

Les symptômes, la marche et le traitement des dilatations des voies biliaires ont déjà été l'objet d'une étude particulière (pages 132 et suivantes).