

CHAPITRE IV

DILATATION, HYDROPIE DE LA VÉSICULE BILIAIRE.

(Hydrops cystidis felleæ.)

De toutes les parties de l'appareil excréteur du foie, la vésicule biliaire est la plus exposée à la dilatation; elle atteint parfois un volume énorme et forme des tumeurs globuleuses, qui présentent souvent des difficultés au diagnostic. La dilatation est ordinairement régulière, et la vésicule conserve sa forme habituelle; rarement on y trouve des appendices, des diverticulums situés au fond ou au col, et produits habituellement par des calculs (1). Le volume de la tumeur peut atteindre celui d'un œuf d'oie, d'une tête d'enfant; elle peut contenir 1, 2 ou plusieurs livres de liquide (2), et dépasser le bord du foie de 5 pouces et plus; en même temps les parois de la vésicule s'épaississent ordinairement, deviennent cartilagineuses, et se couvrent çà et là de plaques calcaires.

I. — Causes.

Les causes de la dilatation de la vésicule biliaire sont les suivantes :

1° *L'oblitération du canal cholédoque.* — C'est alors un phénomène partiel de la dilatation générale des voies biliaires, et elle atteint rarement un haut degré. Elle est facile à reconnaître à l'ictère intense, et à l'ensemble des symptômes d'oblitération du canal cholédoque.

2° *L'oblitération du canal cystique ou du col de la vésicule.* — Celle-ci peut être due à des calculs biliaires ou à l'inflammation, qui entraîne souvent après elle une oblitération insurmontable. Dans ce

(1) Bouisson (*De la bile*. Montpellier, 1843, p. 136) a donné la description d'une vésicule biliaire dilatée, sur laquelle s'étaient formés des appendices sacciformes, constitués seulement par la membrane externe; la muqueuse était détruite à l'ouverture des diverticulums; on ne rencontra pas de calculs.

(2) Van Swieten trouva dans la vésicule 8 livres de bile épaisse; Cline en fit sortir 20 onces avec le trocart. Benson a décrit un cas où la vésicule était tellement distendue qu'on fit la ponction, croyant avoir affaire à une ascite; il s'écoula 2 litres de bile. La plus grande quantité que j'aie rencontrée s'élevait à 18 onces.

cas, le reste des voies biliaires demeure ordinairement libre, l'écoulement du produit de sécrétion dans l'intestin se fait sans obstacles, il n'y a pas de tuméfaction du foie ni d'ictère.

Lorsque le col de la vésicule est oblitéré par un calcul, il arrive quelquefois que le corps étranger joue le rôle d'une soupape, qui permet l'entrée de la bile dans la vésicule, mais empêche la sortie. Dans ces conditions, la vésicule atteint un énorme développement.

OBSERVATION CXL. — Chez une dame de 34 ans, qui avait éprouvé à plusieurs reprises des accès de coliques hépatiques, on vit se développer sur le bord du foie, en dehors du muscle droit, une tumeur hémisphérique, très-sensible au toucher, dont l'apparition s'accompagna d'une fièvre vive. Cette tumeur s'étendit en longueur et en largeur; au bout de quelques semaines, elle descendait à 4 pouce et demi au-dessous de la crête iliaque, et soulevait les parois abdominales. On pouvait alors reconnaître à l'œil les contours de cette tumeur allongée. L'appétit était complètement perdu, de temps en temps il survenait des vomissements qui, pendant plusieurs jours, se répétaient après chaque repas; selles rares, mais brunes; amaigrissement notable; teinte légèrement jaunâtre de la peau; l'urine contenait du pigment biliaire, dans certains moments, et n'en présentait pas de traces, dans d'autres. Par la palpation, on ne pouvait faire glisser les parois abdominales sur la tumeur; celle-ci ne se déplaçait pas, quelle que fût la position donnée à la malade. On pouvait donc admettre qu'il existait des adhérences, et comme l'accroissement rapide de la tumeur faisait craindre une rupture, on fit une ponction. Il s'écoula une grande quantité de bile brunâtre, mélangée de mucus purulent. La tension et la sensibilité diminuèrent, la fièvre s'apaisa, et l'appétit revint. L'écoulement de bile continua pendant trois semaines, puis il s'amoindrit peu à peu, et le liquide devint de plus en plus muqueux jusqu'à la cicatrisation de l'ouverture. La malade se rétablit complètement.

Quelquefois la dilatation de la vésicule biliaire disparaît rapidement, lorsqu'un calcul formant bouchon et, après lui, la bile, se frayent un passage dans l'intestin. Petit (1) rapporte qu'une tumeur pour laquelle il allait ouvrir la cavité abdominale disparut rapidement, et que le malade eut bientôt après des évacuations contenant une grande quantité de bile. Andral cite aussi un cas où une tumeur de l'hypochondre droit s'effaça complètement en une journée.

Lorsque l'occlusion du col de la vésicule est complète, qu'elle soit due à l'enclavement d'un calcul, à une oblitération inflammatoire, à des productions cancéreuses, etc., la bile cesse d'arriver dans ce réservoir, dont le contenu, ainsi isolé, est peu à peu ré-

(1) Petit, *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, vol. I.

sorbé et remplacé par la sécrétion des parois de la vésicule. Cette sécrétion est tantôt muqueuse et ressemble à de la synovie, tantôt elle est séreuse; selon qu'elle provient des glandules muqueuses des parois distendues de la poche, ou qu'elle est fournie par la membrane interne devenue en partie séreuse par suite de cette distension (1). Il finit par ne plus rester de traces de bile; dans ces conditions, la vésicule peut prendre des dimensions considérables. Cependant, pour l'ordinaire, cet accroissement s'arrête, lorsque l'augmentation graduelle de la pression est arrivée au point d'empêcher la sécrétion; la tumeur demeure alors stationnaire, pour diminuer plus tard. La tension douloureuse, qui accompagne l'ectasie de la vésicule, disparaît, et la tumeur peut persister longtemps sans occasionner une gêne notable.

Je vais rapporter ici une observation de cette nature, que sa simplicité me fait choisir entre plusieurs autres appartenant à ma pratique.

OBSERVATION CXXI. — Douleurs dans l'hypochondre droit, fièvre légère, tumeur pyriforme et lisse dans la région de la vésicule biliaire. Antiphlogistiques locaux; la fièvre et les douleurs disparaissent, mais la tumeur persiste.

Henriette Froelich, cuisinière, âgée de 60 ans, entra à la Clinique médicale de Breslau, le 3 mai 1856. Elle s'était toujours bien portée jusque-là; le 1^{er} mai, elle éprouva un frisson fébrile, et fut prise de violentes douleurs dans le côté droit; en même temps l'appétit se perdit, il y eut des nausées, et les selles devinrent rares. On sent sur le bord du foie, à

(1) Le liquide que j'ai examiné était faiblement alcalin, transparent et mélangé de flocons blanchâtres. Ceux-ci étaient constitués, non pas par l'épithélium de la vésicule, mais par des corpuscules de mucus arrondis, en partie réunis de manière à former des espèces de membranes. Il n'y avait pas de pigment ni d'acides biliaires; l'addition de l'acide nitrique y déterminait un léger trouble; l'acide acétique rendait le liquide plus épais, comme gélatineux. La composition était la suivante:

Sur 100 parties,

Eau.....	98,27
Parties solides.....	1,73

Celles-ci étaient formées de:

Matières organiques, etc.....	1,60
Alcalis.....	0,06
Terres.....	0,07

Dans un autre cas, il y avait de l'albumine en grande quantité.

Le liquide de l'hydropisie de la vésicule a été examiné avec soin, pour la première fois, par Bernard (*Spec. inaug. sistens quæst. Medic. argum.* Lugduni Batav., 1796); Glisson (*Anatomia hepatis.* Londini, 1654, cap. xxxix) et de Graaf (*Tractatus anatomico-medicus de succi pancreatici naturâ et usu.* Lugduni Batav., 1671) s'en étaient déjà occupés. W. Pepper (*Americ. Journ.*, janvier 1857) trouva dans la vésicule oblitérée une grande quantité de liquide purulent, mélangé de flocons de fibrine.

côté du bord externe du muscle droit de l'abdomen, une tumeur tendue, parfaitement lisse, pyriforme, suivant les mouvements d'élévation et d'abaissement du foie, et très-douloureuse au toucher. Elle dépasse le bord de la glande d'environ 2 pouces 1/2. Le volume du foie, ainsi que celui de la rate, est normal, la peau et les urines ne présentent pas de teinte ictérique; l'emploi de l'eau de Sedlitz donne des selles abondantes et colorées en brun. Au bout de six jours, les douleurs ont disparu complètement sous l'influence des sangsues, de l'onguent mercuriel et des cataplasmes; la tumeur est plus molle, l'appétit est revenu. Quatre semaines plus tard, la tumeur n'avait pas subi de changement; la malade n'éprouvait aucun malaise; elle obtint sa sortie.

La terminaison n'est pas toujours aussi heureuse; la vésicule ainsi close peut s'ulcérer, surtout lorsqu'elle contient des calculs, mais aussi en l'absence de ceux-ci, et ces ulcérations peuvent causer la mort en amenant une perforation, la formation d'abcès métastatiques, ou la fièvre hectique.

Voici à cet égard une observation remarquable de W. Pepper (1).

OBSERVATION CXXII. — Un homme de 26 ans se présenta, le 7 janvier 1856, se plaignant de douleurs dans la région du foie. Au mois d'août précédent, il avait été atteint d'une fièvre bilieuse, et avait employé le mercure jusqu'à salivation; à partir de ce moment, il éprouva dans le côté droit des douleurs qui allèrent en croissant graduellement. On sentait dans cette région une tumeur résistante, qui s'accrut lentement, devint élastique, mais sans fluctuation. Amaigrissement, diarrhée, fièvre hectique; pas d'ictère. *Prescript.*: Fer et quinquina.

Vers le milieu du mois de mars, la tumeur atteignait la crête iliaque, et présentait une fluctuation évidente; l'introduction d'une aiguille exploratrice fut sans résultat; le trocart donna issue à 2 ou 3 onces d'un liquide muco-purulent; la douleur et la tension disparurent momentanément. On fit une application de potasse caustique pour déterminer des adhérences; mais bientôt après, la tumeur présenta un son tympanique, la diarrhée augmenta, les forces tombèrent, et la mort survint le 19 avril.

Autopsie. — Le foie n'a pas augmenté de volume; le lobe droit contient deux petits abcès; partout ailleurs, l'organe est à l'état normal; les canaux hépatique et cholédoque sont libres. La vésicule biliaire est énormément distendue; elle laisse échapper à la ponction un gaz fétide; elle contient deux quarts d'un liquide jaune, purulent, mélangé de flocons fibrineux et de bile. A la partie supérieure, les parois ont 1/4 de pouce d'épaisseur; à la partie inférieure, au contraire, elles sont très-minces et friables; à ce niveau, la membrane muqueuse est ulcérée; le canal cystique est complètement fermé par des fausses membranes; la vésicule n'offre nulle part d'adhérence: tous les autres organes sont sains. Il n'y a pas de calculs biliaires.

L'inflammation de la vésicule biliaire fut occasionnée par une fièvre

(1) Pepper, *Americ. Journal*, janv. 1857.

bilieuse, comme elle le fut par un typhus abdominal chez le sujet de l'*Observation* cxxxviii. Le canal cystique s'oblitéra rapidement, et l'inflammation, continuant d'accumuler ses produits dans la vésicule, la distendit graduellement, au point de constituer cette tumeur volumineuse, dont la véritable nature ne fut reconnue que tardivement. La persistance de la suppuration engendra la fièvre hectique; après la ponction, la décomposition putride du contenu de la vésicule développa des gaz qui durent augmenter les difficultés du diagnostic. Selon toute apparence, les abcès du foie étaient de nature métastatique, et avaient été occasionnés par l'ulcération de la muqueuse vésiculaire. On sera frappé ici de la longue durée de l'inflammation, sans qu'elle puisse s'expliquer par l'action de nouvelles influences morbides, après la disparition de la fièvre bilieuse. La ponction de la vésicule et l'évacuation de son contenu, à un moment convenable et avec les précautions nécessaires, eussent été le seul moyen d'arrêter les progrès de la maladie.

II. — Diagnostic.

La distension de la vésicule par un liquide bilieux, muqueux ou purulent, est parfois difficile à reconnaître au lit du malade et à distinguer d'autres altérations. Habituellement on reconnaît la vésicule à la place qu'occupe la tumeur, surtout lorsqu'on peut sentir le bord du foie et le prendre pour guide; mais qu'on ne perde pas de vue que cette situation de la vésicule change dans les déplacements du foie, qu'elle est variable, suivant que le développement de la glande porte davantage sur le lobe droit ou le lobe gauche, enfin, que l'on rencontre la vésicule sous la ligne blanche, dans certains cas, et au voisinage de la ligne axillaire dans d'autres. De petites tumeurs formées par la vésicule passent souvent inaperçues; on les trouve difficilement lorsqu'on ne palpe pas avec précaution. Une pression forte et rapide fait fuir la tumeur.

Il ne faudrait cependant pas se hâter de conclure que toute tumeur hémisphérique ou pyriforme, siégeant sur le bord du foie, est formée par la vésicule biliaire dilatée; des échinocoques, des abcès du foie, des carcinômes de cette glande et de la vésicule peuvent produire des tumeurs semblables et exposer à des erreurs de diagnostic. Abstraction faite du frémissement hydatique et de l'absence de douleurs, les échinocoques se distinguent habituellement par la largeur de leur base, qui s'implante dans le foie et les y fixe, tandis que la vésicule biliaire est pyriforme et fuit sous la pression; mais il y a des exceptions à cette règle. On trouve des acéphalocystes du foie, qui ont la forme de la vésicule biliaire, comme nous l'avons déjà prouvé et représenté dans une figure, au chapitre qui traite de cette maladie.

Les abcès du foie ont un mode de développement différent, ils

forment des tumeurs dures au début et se ramollissant plus tard; les troubles de la santé générale sont beaucoup plus prononcés; la forme des tumeurs est tout autre, elles sont beaucoup plus larges.

Les carcinômes du foie et de la vésicule ne peuvent donner lieu à l'erreur que dans des cas où des végétations encéphaloïdes molles proéminent sur le bord inférieur de la glande; elles se distinguent d'ordinaire aisément par les inégalités de leur surface, par une résistance plus grande, une base plus large et des nodus qu'on peut sentir sur d'autres parties du foie; on observera en outre la cachexie cancéreuse.

La tumeur reconnue comme formée par la vésicule biliaire, il est impossible de décider avec certitude si son contenu est de la bile, du mucus ou du pus. S'il n'existe pas d'ictère, on peut considérer comme probable la nature muqueuse ou purulente du liquide; si l'ictère accompagne la dilatation de la vésicule, on est autorisé à croire que son contenu est de la bile. Mais les deux cas comportent des exceptions: l'oblitération du canal cholédoque peut s'accompagner d'une obstruction du col de la vésicule et d'une hydropisie de cette poche; d'un autre côté, nous avons déjà prouvé, plus haut, que la vésicule peut être distendue par de la bile, sans qu'il existe d'ictère.

III. — Traitement.

Les ressources de la thérapeutique contre ces états pathologiques sont très-limitées. Tant qu'on observe des symptômes d'inflammation, on doit les combattre par des émissions sanguines locales, l'onguent mercuriel, les cataplasmes chauds, le repos, une diète sévère, des purgatifs salins; s'il y a des signes indiquant la rétention de calculs biliaires, on cherchera à faciliter leur passage par des narcotiques, des bains chauds, etc. On pourra ainsi, dans certains cas, s'opposer à l'oblitération inflammatoire du col de la vésicule ou à son occlusion par un calcul; lorsque cette occlusion est un fait accompli, on n'a plus d'autre ressource qu'un traitement symptomatique.

Ce n'est que lorsque les progrès de la tumeur font craindre la rupture de la vésicule, ou lorsque des accidents de fièvre hectique menacent la vie, qu'on peut songer à évacuer le contenu par une ponction. S'il existe des adhérences, il n'y a pas à hésiter; mais s'il n'y en a pas, ou si l'on n'a pas la certitude de leur existence, on doit s'entourer des mêmes précautions que nous avons recommandées à l'occasion des abcès et des échinocoques du foie.