

à la transformation fibroïde et rétractile du pylore dont l'orifice est rétréci; M. Marchant en cite trois cas dans son travail<sup>1</sup>. Le rétrécissement du pylore peut n'être pas dû à l'action directe du calcul biliaire, il peut tenir à des adhérences, à des lésions de périgastrite, consécutive elle-même à la péricholécystite calculeuse<sup>2</sup>.

En somme, la cholécystite calculeuse peut déterminer par différents mécanismes la sténose et l'obstruction de l'orifice pylorique, soit directement par la présence de gros calculs, soit indirectement par adhérences, par tissu fibroïde rétractile, par périgastrite consécutive à la péricholécystite. Le rétrécissement plus ou moins accentué de l'orifice pylorique se traduit par les symptômes suivants: Douleurs épigastriques; vomissements survenant plusieurs heures après l'ingestion des aliments; dilatation considérable de l'estomac avec tympanisme et clapotement; constipation; amaigrissement par insuffisance de l'alimentation; cachexie; induration ou tumeur à la région épigastrique.

Voilà donc un malade qui vomit, qui maigrit et se cachectise. Ce malade se plaint de vives douleurs à la région épigastrique; on l'examine, on constate une dilatation stomacale et une tumeur pylorique; on ne peut tout d'abord se défendre de l'idée d'un cancer. C'est surtout l'induration, c'est la tumeur qui fausse le diagnostic. En somme, les vomissements, l'amaigrissement progressif, la cachexie, les douleurs, l'induration, la tumeur, la dilatation stomacale, tout cela peut se voir, quelle que soit la cause de la sténose pylorique; qu'il s'agisse d'ulcère, de cancer, de périgastrite, d'adhérences, de calculs biliaires, etc. Et si le malade a, dans son passé, des coliques hépatiques, de l'ictère, des signes de cholécystite, il faut penser à la sténose pylorique consécutive à la cholécystite calculeuse, et recourir sans tarder à l'intervention chirurgicale.

1. G. Marchant et Dumoulin. *Revue de gynécologie*, septembre 1899.

2. Mangourd. *Obstruction du pylore par calculs biliaires*. Th. de Paris, 1897. — Marchais. *Rétrécissement du pylore d'origine biliaire*. Th. de Paris, 1898.

## C. TROISIÈME GROUPE

## OBLITÉRATION PERSISTANTE DES CANAUX BILIAIRES

## CIRRHOSE BILIAIRE

La *colique hépatique*, étudiée à l'un des chapitres précédents, n'est accompagnée que d'une oblitération *temporaire* et parfois *incomplète* des canaux cystique et cholédoque. Nous allons actuellement nous occuper de l'oblitération *persistante* de ces canaux et des accidents multiples qui peuvent en résulter.

Quand le *canal cystique* est obstrué d'une façon persistante par un calcul, la bile n'arrive plus dans la vésicule du fiel; la bile qui s'y trouvait déjà se résorbe; les parois de la vésicule, sous l'influence d'une inflammation chronique, s'épaississent, se transforment en tissu fibreux, et la vésicule s'atrophie. Il y a même des cas où les parois de la vésicule s'infiltrent de sels calcaires. Dans d'autres circonstances, la bile résorbée fait place à une sécrétion séromuqueuse et la vésicule (*hydropisie de la vésicule*) peut prendre des dimensions considérables. Le liquide de l'hydrocholécystite est muqueux, filant, blanchâtre, et quelquefois riche en muco-pus. Toutefois, comme l'obstruction du canal cystique laisse libre l'écoulement de la bile dans l'intestin, cet accident n'a pas, s'il s'en faut, la même gravité que l'obstruction du canal cholédoque.

Quand le *canal cholédoque* est oblitéré d'une façon persistante par un ou plusieurs calculs, que ce soit en un point quelconque de son trajet, ou au niveau de l'ampoule de Vater, peu importe. la bile ne passe plus dans l'intestin, et un *ictère chronique* en est la conséquence. Il y a néanmoins quelques exemples où, malgré la présence de plusieurs calculs (Cruveilhier)<sup>1</sup>, le canal cholédoque était resté

1. Cruveilhier. *Atlas d'anat.*, liv. XII, pl. 5.

assez perméable pour laisser passer la bile jusqu'au duodénum.

L'oblitération du cholédoque, comme celle du canal cystique, n'est pas toujours précédée, il s'en faut, de colique hépatique; l'oblitération peut se faire silencieusement, sans douleurs<sup>1</sup>. L'oblitération persistante du cholédoque peut persister pendant des semaines et des mois sans autres symptômes qu'un ictère chronique avec décoloration des matières fécales, distension de la vésicule biliaire et augmentation du volume du foie. Mais parfois aussi, à la longue, l'oblitération persistante du canal cholédoque peut déterminer des lésions dans tout le domaine biliaire; foie, vésicule, canaux biliaires; il en résulte les accidents suivants: *dilatation* et suppuration des canaux biliaires et de la vésicule biliaire; *dilatation* et suppuration des canaux intra-hépatiques; sclérose du foie (*cirrhose biliaire*); suppuration du tissu hépatique (*angiocholite suppurée et abcès du foie*); altération des cellules hépatiques (*hépatite parenchymateuse*). Telles sont les lésions que peut entraîner l'oblitération persistante du canal cholédoque; étudions-les séparément.

**Dilatation des canaux et de la vésicule.** — A la suite d'une obstruction complète et permanente du canal cholédoque, les canaux cystique et hépatique peuvent subir des dilatations énormes, le cholédoque peut se distendre au point d'égaliser et dépasser le volume d'une anse intestinale<sup>2</sup>: la bile s'accumule dans la vésicule du fiel, et la vésicule acquiert de telles proportions qu'on l'a vue descendre jusqu'à l'ombilic et jusque dans la fosse iliaque droite<sup>3</sup>. La vésicule ainsi distendue peut contenir plusieurs litres de liquide (*tumeur biliaire*); Cruveilhier a figuré dans son atlas une vésicule descendant jusque dans la fosse iliaque, et, dans un fait de Benson, on pratiqua la ponction de la vési-

1. Griffon. *Soc. anat.*, 4 juillet 1836.

2. Frerichs, p. 775. — Voyez au musée Dupuytren. *Appar. de la digest.*, p. 337-342. Catalogue Houel.

3. Cruveilhier. *Anat. path.*, livraison 59, pl. 4, fig. 1, 2, 3.

cule croyant avoir affaire à une ascite et l'on retira deux litres de bile. Le liquide de la vésicule ectasiée, par suite de l'oblitération du canal cholédoque, ne ressemble donc pas au liquide muqueux, filant, de l'hydro-cholécyste, suite de l'oblitération du canal cystique.

L'obstruction du cholédoque détermine également l'ectasie des canaux biliaires *intra-hépatiques*, superficiels ou profonds, et ceux-ci affectent une forme cylindrique ou ampullaire, analogue, dit Monneret, aux dilatations bronchiques. La dilatation est parfois tellement généralisée que le parenchyme du foie ressemble à un tissu caverneux<sup>1</sup>. Sous l'influence de la rétention biliaire, le foie devient très volumineux (*congestion biliaire du foie*); sa surface est lisse, sa coloration est olivâtre. A la coupe, on voit des conduits biliaires dilatés, d'où s'écoule une bile, souvent mélangée de muco-pus, de sable et de concrétions biliaires, dont la formation a été favorisée par la stagnation de la bile. Les canaux biliaires sont atteints de phlegmasie chronique (*angiocholite*) qui débute par la muqueuse et qui s'étend à toute la paroi du conduit.

L'ictère chronique, la décoloration des matières fécales, la tuméfaction du foie, qui peut descendre jusqu'à l'ombilic, la distension de la vésicule biliaire, sont les premiers résultats de l'obstruction permanente du canal cholédoque. Toutefois, les matières fécales peuvent par moments se recolorer, si le calcul ou les calculs engagés dans le cholédoque n'en obstruent pas complètement la lumière et permettent par intervalles l'écoulement de la bile dans l'intestin. Quand ces accidents surviennent chez un individu qui a eu des coliques hépatiques, il est facile de remonter à la cause de la lésion, mais quand les symptômes de lithiase ne sont pas nettement accusés, le diagnostic doit être fait avec toutes les lésions capables d'obstruer le canal cholédoque: ictère catarrhal prolongé, cancer primitif des voies biliaires, cancer de la tête du pancréas, cancer de l'ampoule

1. Raynaud et Sabourin, *Arch. de physiol.*, 1879.

de Vater. Ce côté clinique de la question sera étudié au chapitre suivant consacré à l'oblitération permanente du canal cholédoque et au diagnostic de la cause oblitérante.

*Cirrhose biliaire.* — L'obstruction du canal cholédoque produit, avons-nous dit, l'augmentation du volume du foie; mais cette hypertrophie est souvent remplacée par une atrophie, avec lésion cirrhotique du foie. Dans aucun cas cette cirrhose ne ressemble à la cirrhose atrophique de Laënnec; la surface du foie est lisse, et son parenchyme n'est que médiocrement induré; il s'agit par conséquent d'un processus cirrhotique spécial. L'oblitération expérimentale du canal cholédoque chez les animaux<sup>1</sup>, qu'on produit au moyen de sa ligature, et l'obstruction pathologique de ce canal chez l'homme, par cancer primitif des voies biliaires ou par cancer de la tête du pancréas<sup>2</sup>, déterminent des altérations cirrhotiques tout à fait analogues. Sous l'influence de la rétention biliaire, une angiocholite se déclare; l'angiocholite devient de la périangiocholite et le processus aboutit à une hépatite interstitielle diffuse. Cette hyperplasie conjonctive avoisine d'abord les gros canaux biliaires, puis les canalicules de moindre dimension; elle s'accuse dans les *espaces*, puis dans les *fissures*, et circonscrit le lobule hépatique, sans jamais aboutir, comme la cirrhose atrophique de Laënnec, à la formation de granulations hépatiques. On constate en outre la formation de canalicules biliaires qui envahissent le lobule hépatique, la pigmentation des cellules et l'envahissement du lobule par l'hyperplasie conjonctive.

Comme ce tableau anatomique a quelques analogies avec celui de la *cirrhose hypertrophique biliaire*, Charcot propose de réunir ces cirrhoses en un groupe, le groupe des *cirrhoses biliaires*<sup>3</sup>. Il faut dire néanmoins que *les différences sont grandes* entre la cirrhose hypertrophique biliaire (maladie

1. Charcot et Gombault. *Arch. de physiol.*, juin 1878, p. 272.

2. Ramos et Cochez. *Revue de méd.*, septembre 1887.

3. Charcot et Gombault. *Contrib. à l'étude anatomique des cirrhoses*, *Arch. de physiol.*, 1876.

de Hanot) et le foie biliaire. Le foie biliaire n'est pas hypertrophié, il est plutôt petit et rétracté; on y trouve souvent des dilatations des canaux biliaires avec ou sans abcès biliaires, et l'angiocholite débute par les grosses voies biliaires, qui sont indemnes dans le cas de cirrhose hypertrophique biliaire.

Ces lésions du foie peuvent, comme les diverses maladies de cet organe, se compliquer à un moment donné des symptômes de l'*ictère grave* ou ictère aggravé, qui entraînent plus ou moins rapidement la mort. Du reste, quelles que soient les lésions du foie, quelles que soient les causes de sa déchéance anatomique et physiologique, du moment qu'il n'est plus en état de lutter, il est envahi par les infections secondaires (microbes et toxines) et les symptômes complexes de l'insuffisance hépatique apparaissent.

#### D. — QUATRIÈME GROUPE. INFECTION DES VOIES BILIAIRES. ANGIOCHOLITE. CHOLÉCYSTITE. HÉPATITE. ENDOCARDITE.

A l'état normal, les canaux biliaires, la vésicule biliaire et la bile sont aseptiques, ils ne contiennent aucun microbe. Gilbert, Girode, Thiroloix ontensemencé la bile de la vésicule biliaire de gens n'ayant pas succombé à une maladie infectieuse ou biliaire, et ils ont toujours trouvé la bile stérile. Chez les animaux, la bile de la vésicule est aseptique. L'épanchement de bile pure dans le péritoine ne détermine pas de péritonite. Donc la bile normale est aseptique, elle est stérile<sup>1</sup>. La bile n'est pas antiseptique, elle n'est pas microbicide, elle ne détruit pas les germes comme on l'avait supposé; la bile est même pour les microbes un milieu de culture aussi favorable que le bouillon ordinaire, elle n'atténue en rien leur virulence; coli-bacille, strepto-

1. Dominici. *Des angiocholites et cholécystites suppurées*. Th. Paris, 1894.