

DIXIÈME LEÇON.

ICTÈRE (SUITE).

Classification des causes de l'ictère. — Ictère par obstruction du canal cholédoque.

MESSIEURS,

Après les remarques préliminaires que je vous ai présentées, dans la leçon précédente, sur l'ictère en général, nous pouvons maintenant en étudier les différentes causes et les moyens de les reconnaître.

Tous les cas d'ictère peuvent, comme je vous l'ai dit, être rangés dans deux catégories :

- A. Ictère résultant d'obstruction du canal cholédoque ;
- B. Ictère indépendant de toute obstruction du canal.

Le tableau suivant permettra de voir les nombreuses causes qui entrent dans chacune de ces catégories.

TABLEAU SYNOPTIQUE DES CAUSES DE L'ICTÈRE.

A. — Ictère par obstruction mécanique du canal cholédoque.

I. — Obstruction par corps étrangers dans l'intérieur du canal.

- 1° Calculs biliaires et bile épaissie ;
- 2° Hydatides et distomes ;
- 3° Corps étrangers provenant des intestins.

II. — Obstruction par tuméfaction inflammatoire du duodénum ou de la muqueuse du canal, avec exsudation dans son intérieur.

III. — Obstruction par rétrécissement ou oblitération du canal cholédoque.

- 1° Absence ou obstruction congénitales du canal ;
- 2° Rétrécissement par péri-hépatite ;
- 3° Obturation de l'orifice du canal par suite d'un ulcère du duodénum ;
- 4° Rétrécissement par cicatrisation d'ulcères des voies biliaires ;
- 5° Rétrécissement spasmodique.

TABLEAU SYNOPTIQUE DES CAUSES DE L'ICTÈRE.

343

IV. — Obstruction par tumeurs obturant l'orifice du conduit ou se développant dans son intérieur.

V. — Obstruction par pression externe sur le canal.

- 1° Tumeurs provenant du foie lui-même ;
- 2° Augmentation de volume des ganglions de la scissure du foie ;
- 3° Tumeur de l'estomac ;
- 4° Tumeur du pancréas ;
- 5° Tumeur du rein ;
- 6° Tumeur rétro-péritonéale ou épiploïque ;
- 7° Anévrysme abdominal ;
- 8° Accumulation de matières fécales dans l'intestin ;
- 9° Grossesse ;
- 10° Tumeurs utérines et ovariennes.

B. — Ictère indépendant d'obstruction mécanique du canal cholédoque.

I. — Poisons du sang mettant obstacle aux métamorphoses normales de la bile.

1° Les poisons des diverses fièvres spécifiques :

a. Fièvre jaune — b. fièvres intermittente et rémittente — c. fièvre à rechute — d. typhus — e. fièvre typhoïde. — f. scarlatine — g. ictère épidémique.

2° Poisons animaux :

a. Pyohémie — b. poisons des serpents.

3° Poisons minéraux :

a. Phosphore — b. mercure — c. cuivre — d. antimoine, etc.

4° Chloroforme et éther.

5° Atrophie aiguë du foie (?).

6° Cirrhose et autres formes de l'atrophie chronique du foie.

II. — Troubles de l'innervation mettant obstacle aux métamorphoses normales de la bile.

- 1° Fortes émotions, frayeur, anxiété, etc.
- 2° Commotion cérébrale.

III. — Oxygénation insuffisante du sang mettant obstacle aux métamorphoses normales de la bile.

IV. — Sécrétion excessive de bile dont il est absorbé plus qu'il n'en peut être métamorphosé.

Congestion du foie :

a. Mécanique — b. active — c. passive.

V. — Absorption trop considérable de bile par le sang par suite de constipation habituelle ou prolongée.

Je vais maintenant m'efforcer de vous faire connaître les caractères au moyen desquels vous pourrez distinguer les diverses formes d'ictère que je vous ai indiquées dans ce tableau.

A. — ICTÈRE PAR OBSTRUCTION MÉCANIQUE DU CANAL CHOLÉDOQUE.

I. — Obstruction par corps étranger à l'intérieur du canal.

1° *Calculs biliaires ou bile épaissie.*

Les calculs biliaires sont au nombre des causes les plus fréquentes d'ictère par obstruction. Il arrive très-ordinairement qu'on trouve, après la mort, la vésicule biliaire pleine de concrétions, pareilles aux spécimens que je vous montre ici, sans qu'il y ait eu, pendant la vie, de symptômes pouvant faire supposer leur existence. Les calculs ne déterminent de l'ictère et autres symptômes que lorsqu'ils pénètrent dans les voies biliaires, et les symptômes les plus caractéristiques sont ceux qui sont produits par le passage des concrétions le long du canal cholédoque. Dans la plupart des cas où se manifestent des symptômes de calculs, il y a quelque concrétion distincte ou un calcul; mais de semblables symptômes peuvent parfois être déterminés par ce qu'on appelle de la *bile épaissie*, ou par de la gravelle biliaire. Vous n'aurez pas souvent l'occasion de constater cela dans les autopsies, bien que ce soit un fait d'une certaine importance clinique, d'autant plus qu'il rend compte de quelques-uns de ces cas où l'on constate les symptômes de calculs biliaires, sans qu'on en rencontre dans les matières. Vous trouverez toutefois un cas, rapporté par le D^r Handfield Jones dans le tome V des *Pathological Transactions* (p. 150), où une femme mourut avec un ictère généralisé, peu de temps après s'être fracturé la cuisse dans une chute et chez laquelle

l'extrémité inférieure du canal cholédoque fut trouvée oblitérée « par une matière sablonneuse, qui n'était autre que du pigment biliaire. » Vous savez aussi que tous les phénomènes de la colique néphrétique peuvent être produits par le passage de sable urique.

Symptômes et diagnostic. — L'ictère provenant de calculs biliaires n'est généralement pas difficile à diagnostiquer.

1° La migration d'un calcul dans le canal cholédoque détermine, à moins qu'il ne soit très-petit, une *douleur* connue sous le nom de colique biliaire. Le malade est souvent averti de l'attaque par une sensation de nausée, accompagnée d'une flatulence très-marquée, d'une excitabilité nerveuse inaccoutumée, de bâillements et de frissons. La crise survient ordinairement peu après le principal repas (1) ou après quelque effort musculaire violent ou une secousse. Très-souvent le malade est pris subitement de douleur violente, mais plus ordinairement la douleur est modérée à son début, et elle augmente graduellement d'intensité. La douleur part de l'épigastre et s'irradie aux deux hypochondres, à l'épine, à l'épaule droite, aux deux épaules, ou encore à l'épaule gauche seule et au cou, mais jamais en bas (2). Elle est généralement de deux sortes : une douleur sourde, *aching* et constante; et une douleur aiguë, une vraie torture, qui va et vient sous forme de paroxysmes; les malades traduisent le caractère de cette dernière douleur, en disant qu'il leur semble qu'on leur enfonce une vrille, qu'on leur déchire les chairs, qu'on les brûle ou qu'on les serre violemment. Cette douleur est souvent un tel supplice, que le malade se courbe en deux, le menton appuyé contre les genoux ployés; il change à chaque instant de place, dans le but d'obtenir du soulagement. Les femmes qui ont eu beaucoup d'enfants vous diront que les douleurs de l'accouchement ne sont rien à côté de celles de la crise biliaire (3). Parfois, chez les personnes très-nerveuses, la douleur détermine des convulsions épileptiformes. Les paroxysmes, s'ils sont fréquents et prolongés, amènent une grande lassitude : le malade est épuisé, la face est pâle, le pouls lent, tout le corps est couvert d'une sueur froide; parfois il y a un collapsus profond, qui, dans des cas rares, a été mortel.

(1) Voici la définition que donne Cullen de la colique biliaire : « *Icterus cum dolore in regione epigastrica, acuto, post pastum aucto et cum dejectione concretionum biliosarum.* »

(2) Je ne puis confirmer l'assertion de Trousseau, que la douleur, bien qu'elle monte plus généralement, descend dans l'abdomen, simulant parfois la colique néphrétique (*op. cit.*, t. III, p. 216, 3^e édit.).

(3) Au point de vue pratique, il peut paraître oiseux d'être bien fixé sur la façon dont se produit cette douleur qui marque le passage ou l'engagement des calculs. Il est cependant assez évident que l'on pourra instituer un traitement bien plus rationnel si on sait au juste à quoi la rapporter, si on en connaît le mécanisme intime.

Or, dans l'espèce, on a donné plusieurs explications assez différentes de la colique