

une aiguille, un lombric desséché, ou un fragment de distome ont servi de noyau à un calcul biliaire.

II. — Ictère par obstruction due à la tuméfaction inflammatoire du duodénum ou de la muqueuse du canal cholédoque, avec exsudation dans son intérieur.

Quand une muqueuse s'enflamme, elle se tuméfie par suite de la plus grande quantité de sang contenu dans ses vaisseaux et de l'infiltration œdémateuse du tissu sous-muqueux; en même temps la sécrétion qui se fait à sa surface est augmentée en quantité et modifiée dans sa nature. Si ces phénomènes se passent dans une muqueuse tapissant un conduit étroit comme le canal cholédoque, on comprend aisément que sa lumière en soit oblitérée, et en réalité c'est souvent ce qui arrive. L'inflammation catarrhale est une des causes les plus communes d'ictère mécanique et c'est certainement la cause la plus commune d'ictère chez les personnes jeunes. On peut rapporter à cette cause la plupart des cas décrits sous le nom d'*ictère simple*: j'en ai exposé complètement les symptômes et l'étiologie dans une autre leçon (p. 159). Dans un grand nombre de cas, comme je vous l'ai dit, l'inflammation commence dans le duodénum, et s'étend au canal cholédoque, et on trouve quelquefois l'orifice duodénal de ce canal réellement obturé par la muqueuse duodénale tuméfiée ou par un bouchon de mucus visqueux, sans que l'inflammation se soit étendue plus loin dans le canal.

En diagnostiquant les causes de l'ictère, il est important de se rappeler que l'inflammation des voies biliaires peut être déterminée par des calculs, et qu'ainsi les symptômes de ces deux causes d'ictère peuvent co-exister; ou bien il est encore possible que l'inflammation des voies biliaires soit produite par des calculs qui n'ont jamais donné lieu à des coliques biliaires. Dans le cas de J. K. (obs. LXV, p. 165), l'inflammation des voies biliaires parut être provoquée par des calculs biliaires qu'on trouva dans la vésicule et dans les canaux, et cependant l'enquête la plus attentive ne fit découvrir aucun antécédent de colique biliaire. La douleur paroxystique est provoquée par le cheminement du calcul le long du canal. Des concrétions qui restent fixées dans la vésicule peuvent aussi déterminer l'inflammation de sa muqueuse; cette phlegmasie pourra s'étendre aux voies biliaires, mais sans donner lieu pour cela à des coliques hépatiques.

Enfin, il ne faut pas oublier que le canal cholédoque peut être aisément obturé par un gonflement catarrhal qui, de même que dans le cas d'œdème de la glotte, ne pourrait pas être retrouvé après la mort.

III. — Ictère par obstacle au cours de la bile dû au rétrécissement ou à l'oblitération du canal.

1° Absence ou oblitération congénitales du canal.

Je vous ai déjà dit que dans la majorité des cas d'ictère des nouveau-nés, la couleur jaune de la peau n'est pas du tout de l'ictère (p. 320). Cependant ces enfants peuvent être affectés d'un véritable ictère qui est parfois un symptôme sérieux. Il peut dépendre, comme nous l'avons vu, d'une obturation du canal par de la bile épaissie (p. 350), et dans ce cas on peut espérer que l'obstruction se dissipera et que l'enfant guérira. Il peut encore dépendre d'un défaut d'oxygénation du sang qui empêche la bile de subir ses métamorphoses normales. D'autres fois il a sa source dans une pyohémie, ou une péritonite, ou une phlébite de la veine ombilicale; et enfin il peut être dû à une oblitération congénitale ou à l'absence du canal biliaire, qui se trouve représenté par un peu de tissu aréolaire entre l'artère hépatique et la veine porte. Dans ces cas, la vésicule est extrêmement petite et affaissée; quelquefois elle manque, mais l'orifice duodénal du canal pancréatique n'en existe pas moins. On trouvera des cas de ce genre rapportés par le docteur Campbell dans le *Northern Journal of medicine*, 1844, par le docteur Wilks, dans le 13^e volume des *Pathological Transactions* (p. 119), par le docteur West dans son éminent ouvrage sur les *Maladies des enfants* (5^e éd., p. 605), et plus récemment par le docteur Binz, de Bonn, dans les *Archives de Virchow* (1). Dans un certain nombre de ces cas, il y a eu évidence de périhépatite intra-utérine, et chose curieuse, malgré la rareté du vice de conformation dont il s'agit, bon nombre d'auteurs en ont signalé plusieurs cas dans une même famille. Aussi y aurait-il utilité à s'enquérir si ces vices de conformation ne résulteraient pas parfois d'une périhépatite par syphilis héréditaire (2).

(1) Zur Kenntniss des tödtlichen Icterus der Neugeborenen aus Obliteration der Gallengänge, *Archiv f. Path. Anat. und Physiol.*, 1866, t. XXXV, p. 360. On trouvera l'indication d'autres travaux sur ce sujet dans l'ouvrage de West précédemment cité, et aussi dans le *Glasgow Med. Journ.*, janvier 1876, p. 11.

(2) Quel est le degré réel de fréquence de l'ictère syphilitique chez les nouveau-nés? Pour arriver à une solution aussi exacte que possible de cette question, il faut faire remarquer tout d'abord qu'il ne suffit pas de constater un ictère chez un syphilitique pour l'attribuer *ipso facto* à la maladie spécifique.

Les syphilitiques sont en effet soumis à une foule d'autres causes d'ictère plus effaçables que leur diathèse: il importe donc, avant de qualifier un ictère de syphilitique, de s'assurer — et en pareil cas il n'y a guère que l'anatomie pathologique qui soit en mesure de se prononcer — que l'état du foie justifie cette pathogénie.

Voici maintenant quelques données statistiques que le professeur Parrot a bien voulu me communiquer. Je n'ai pas besoin d'ajouter quelle valeur donne à ce document la compétence tout à fait spéciale de ce savant maître, qui a fait de la syphilis infantile une étude des plus approfondies.

Sur 100 et quelques cas de syphilis infantile suivis d'autopsie, M. Parrot n'a constaté

J'ai observé un cas de ce genre, il y a un petit nombre d'années, chez un malade soigné à domicile, du ressort de l'hôpital Middlesex (voir plus loin obs. CXXI).

On peut reconnaître l'ictère provenant de cette source aux caractères suivants :

a. L'ictère paraît dans les quelques jours qui suivent la naissance et augmente graduellement d'intensité. Les conjonctives sont jaunes aussi bien que la peau.

b. Les matières intestinales sont décolorées, et l'urine laisse une teinte jaune sur les langes.

c. Dans la plupart des cas, on a observé des hémorrhagies ombilicales (souvent mortelles), intestinales, sous-cutanées et dans d'autres parties du corps, comme dans le cas CXXI.

d. Tout d'abord, l'enfant peut paraître fort et bien portant, mais l'atrophie progressive ne tarde pas à l'envahir, souvent avec des vomissements et de la diarrhée, et la mort s'ensuit généralement dans l'espace de quelques mois. Dans un des cas du docteur Campbell et dans un autre du docteur West, l'enfant vécut six mois.

2° Rétrécissement des canaux biliaires par péri-hépatite.

Dans la péri-hépatite, la lymphe qui est exsudée s'organise au bout d'un certain temps, amène l'épaississement de la capsule et produit de solides bandes fibreuses qui lient le foie aux parties environnantes. De temps en temps il arrive que du tissu aréolaire de nouvelle formation se développe de cette façon dans la scissure porte et exerce une constriction sur les canaux biliaires et parfois aussi sur la veine porte, et le résultat, c'est d'un côté l'ictère et de l'autre l'ascite avec les autres signes de l'obstruction porte que j'ai déjà exposés (v. pp. 285 à 291). Vous trouverez un cas de ce genre rapporté par Frerichs (1). Il sera souvent difficile de reconnaître pendant la vie cette cause d'ictère, mais les caractères suivants peuvent quelquefois aider le diagnostic.

1° Existence antérieure de quelque cause habituelle de péri-hépatite, telle qu'un ulcère simple de l'estomac, une inflammation de la plèvre droite, une péritonite généralisée, d'autres affections du foie et surtout la syphilis constitutionnelle.

l'ictère vrai que 4 fois, et sur ces 4 cas, un seul pouvait être légitimement attribué à la syphilis hépatique, les autres rentrant dans les causes ordinaires d'ictère. Si à ces 100 cas autopsiés, on ajoute 50 autres cas de syphilis infantile indubitable, manifestée par du pemphigus et autres lésions aussi caractéristiques, mais terminés par la guérison, et dans lesquels on n'a pas observé l'ictère, on a ainsi un total de 150 cas au moins, sur lesquels on n'a donc constaté l'ictère que 4 fois, dont 1 seul réellement justifiable de la syphilis. (N. D. T.)

(1) *Op. cit.*, p. 152.

2° Des symptômes antérieurs de péri-hépatite, et plus particulièrement une douleur aiguë et de la sensibilité dans l'hypochondre droit avec plus ou moins de fièvre.

3° Concomitance des symptômes d'atrophie aiguë du foie et de signes d'obstruction porte (v. p. 285).

4° L'absence de coliques biliaires antérieures ou d'indices de cancer.

5° Le fait que l'ictère est permanent, au lieu d'être intermittent.

3° Oblitération de l'orifice du canal cholédoque par suite d'un ulcère du duodénum.

C'est là une autre cause d'ictère mécanique dont le diagnostic pendant la vie est souvent très-difficile. Les ulcères simples, tels que ceux de l'estomac, se produisent parfois dans le duodénum et peuvent comme eux finir par hémorrhagie ou par perforation. Il arrive parfois qu'un de ces ulcères est situé à la partie du duodénum correspondant à l'orifice du canal qui est alors obstrué par des produits inflammatoires susceptibles d'organisation, et dans ce cas l'obstruction est permanente. Il peut se produire un semblable résultat si l'extrémité du canal se trouve comprise dans la cicatrice d'un ulcère duodénal, ainsi que cela est arrivé dans le cas de James B... mort à l'hôpital Middlesex (obs. CXXII). Dans le diagnostic de cette cause d'obstruction, il faut se guider sur les circonstances suivantes :

1° L'ictère et les autres signes d'obstruction du canal cholédoque sont précédés par les symptômes d'ulcère du duodénum, tels que la douleur ressentie seulement deux ou trois heures après les repas, lorsque la nourriture passe de l'estomac dans le duodénum, avec peut-être de temps en temps quelque hémorrhagie subite et abondante par l'estomac ou l'intestin. Ces symptômes toutefois sont souvent absents dans certain cas d'ulcère du duodénum, cette affection étant susceptible d'avoir une marche si latente que son existence peut n'être pas soupçonnée jusqu'au moment où se fait la perforation fatale (1).

2° Dans tout cas d'ictère persistant et intense avec disparition complète de la bile dans les garde-robes, la seule absence de tous symptômes avant ceux d'obstruction du canal biliaire tandis que rien n'indique la présence d'une tumeur, qu'il n'y a ni ascite, ni cachexie cancéreuse, ni antécédents de colique biliaire, donnera quelque probabilité à l'idée

(1) Dans le 9^e volume des *Pathological Transactions* (p. 197), j'ai rapporté le cas d'un homme fort, très-bien développé, qui mourut subitement de péritonite par suite d'un ulcère perforant du duodénum et qui jusqu'au moment de cette fatale attaque avait joui d'une excellente santé, et n'avait jamais eu de vomissement ni même de douleurs après les repas. Le Dr Budd a rapporté de semblables cas dans ses *Lectures on Diseases of the Stomach* (p. 149) et d'autres auteurs en ont également signalé.

d'une obstruction par ulcère duodénal. Il y a toutefois une cause d'erreur dans ce fait qu'un ulcère du duodénum situé près l'orifice du cholédoque, a pu dans certains cas déterminer des crises de douleur spasmodique abdominale suivies d'ictère. En pareil cas, il serait impossible d'établir un diagnostic différentiel absolu avec les calculs biliaires; car bien que l'apparition des paroxysmes immédiatement après des écarts de régime manifestes, ou en même temps que les symptômes de l'ulcère du duodénum que je vous ai déjà indiqués, pourrait faire reconnaître la cause probable, l'ulcère du duodénum n'en est pas moins, comme je viens de vous le dire, une affection souvent remarquablement latente. Les cas de ce genre sont heureusement si rares que le diagnostic n'a guère à s'en inquiéter.

4° Rétrécissement par cicatrisation d'ulcérations dans les voies biliaires.

Le rétrécissement, ou l'oblitération du canal cholédoque, peut être le résultat de la cicatrisation d'ulcères situés sur sa face interne et produits par la pression et l'irritation des calculs, ou indépendants des calculs, et l'obstacle au cours de la bile détermine l'apparition de l'ictère. Lorsqu'un calcul s'engage dans le canal cholédoque, il peut déterminer des adhérences et une oblitération permanente de la portion du canal située au dessous. D'autres fois, le calcul franchit le canal après y avoir produit une ulcération dont la cicatrisation amène un rétrécissement du canal. Parfois, l'ulcération du canal, ainsi que la cicatrisation qui en résulte, paraît être indépendante des calculs biliaires (1). La plupart des auteurs qui ont écrit sur l'ictère ont admis le rétrécissement du canal biliaire comme cause possible; vous en trouverez deux cas rapportés dans les *Pathological Transactions* l'un par le docteur Bristowe (2) et l'autre par M. Holmes (3). Dans le premier, le rétrécissement était situé sur le conduit du lobe gauche, et dans l'autre il affectait le canal hépatique, avant sa jonction avec le canal cystique. Dans les deux cas, le rétrécissement ressemblait exactement à un rétrécissement de l'urèthre et était accompagné d'épaississement des parois, avec des marques manifestes de cicatrisation. Dans les deux, il y avait une dilatation considérable des

(1) On rencontre parfois l'ulcération des voies biliaires, indépendante des calculs biliaires, chez des sujets morts de fièvre typhoïde. Dans mon ouvrage sur les *Fièvres continues de la Grande-Bretagne* (2^e éd., p. 564, 630), j'ai rapporté un cas de fièvre typhoïde où un ulcère perforant de la vésicule déterminait une péritonite mortelle. Friedrichs (*op. cit.*, p. 763) signale un cas rapporté par Dance, dans lequel on trouva le canal cholédoque ulcéré, indépendamment de tout calcul biliaire ou de fièvre spécifique.

(2) T. IX, p. 22.

(3) T. XI, p. 130.

conduits hépatiques, en dedans du rétrécissement, et il y avait également ictère. Dans aucun cas on ne trouva de calcul, et dans celui de M. Holmes il n'y avait nul antécédent de colique biliaire ni ictère antérieur.

Quelques mots sur les caractères distinctifs de cet ictère :

1° Dans un grand nombre de cas, on découvrira qu'il y a déjà eu passage de calculs. Dans tous les cas où les symptômes de calculs biliaires sont suivis d'ictère permanent sans douleur, on peut soupçonner que, ou bien un calcul est fortement fixé dans le canal, ou bien ce calcul a produit un rétrécissement organique ou une oblitération du canal.

2° Quand l'ulcération du canal biliaire est indépendante de calculs, le diagnostic sera ordinairement très-douteux. Les symptômes de l'ulcération du canal biliaire n'ont pas encore été indiqués et analysés avec assez de soin; mais vous vous rappellerez que cette lésion donne quelquefois lieu à la pyohémie, avec abcès multiples dans le foie, (voyez pp. 172, 349); et, indépendamment de la pyohémie, il est probable que, comme dans le cas de M. Holmes, que je citais plus haut, l'ulcération sera annoncée par des frissons et des tremblements, et accompagnée de douleur ou de malaise dans la région du foie, ainsi que de pyrexie avec de grandes variations de température. D'après ces symptômes, j'ai diagnostiqué l'ulcération des voies biliaires dans un ou deux cas d'ictère, mais je n'ai pas eu occasion de vérifier le diagnostic.

5° Rétrécissement spasmodique du canal cholédoque.

Quand le canal cholédoque se rétrécit ou s'oblitére, par l'effet d'une des quatre causes que je viens de signaler, l'ictère est profond et permanent, il y a une émaciation progressive et, tôt ou tard, la mort en est le résultat. Mais on avait pensé autrefois (1), qu'un ictère temporaire pouvait être l'effet d'un rétrécissement spasmodique du canal, constituant ce qu'on a appelé l'ictère *spasmodique*; et, dès lors on pouvait expliquer ainsi tous les cas d'ictère où l'autopsie n'avait permis de découvrir aucun obstacle mécanique au cours de la bile. La contractilité des canaux biliaires a été démontrée expérimentalement, en les irritant mécaniquement ou en les galvanisant, sur un animal qu'on vient de sacrifier; et il est fort possible que, pendant la vie, le passage d'une bile irritante cause une irritation spasmodique du canal avec douleur intense, de la même façon que le spasme de l'intestin est censé produire la colique, et le spasme des bronches l'asthme. Toutefois, il est fort

(1) Voyez, exemple, de l'ouvrage de Saunders *Treatise on the Structure, economy and diseases of the Liver, and on Bile and biliary concretions*, 3^e éd. 1803, p. 100, et Sir Thomas Watson, *op. cit.*, 3^e éd., t. II, p. 557.

douteux que l'ictère résulte jamais d'une contraction spasmodique de ce genre. Je vous ai déjà dit que même l'obstruction mécanique du canal met un jour ou davantage pour produire l'ictère des téguments, et il est difficile d'admettre qu'un ictère spasmodique, indépendant de toute obstruction mécanique, pourrait durer assez longtemps pour amener un semblable résultat. Je vous ai également expliqué comment l'obstruction catarrhale du canal biliaire peut cesser avec la mort, et comment l'ictère peut se produire indépendamment de tout obstacle au cours de la bile, de telle sorte qu'il n'est nullement nécessaire de recourir à la théorie du spasme, pour expliquer ces cas où l'on n'a constaté après la mort aucune obstruction mécanique du canal biliaire.

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

Le canal cholédoque, ou son orifice, est susceptible d'être obstrué par des tumeurs cancéreuses et autres provenant du duodénum, ainsi que par celles du pancréas, de la vésicule biliaire ou des parties adjacentes, pénétrant dans la partie du duodénum où s'ouvre le canal ou même dans un point quelconque du canal (1); ou, dans des cas rares, par des tumeurs originaires des parois mêmes des canaux biliaires. Dans le cas CXXIV, il y avait une tumeur cancéreuse de la tête du pancréas, mais la cause de l'ictère était une tumeur indépendante de la première et sise dans le canal. Un autre cas d'ictère dû à l'obstruction du canal cholédoque par une tumeur développée dans ses parois, est rapporté par le Dr Bristowe (2). L'observation CXXVI est un exemple de cancer du pancréas envahissant, dans son développement, la vésicule et le canal cholédoque; vous trouverez rapportés par Frerichs, deux cas semblables dans lesquels le cancer avait envahi le duodénum et obstrué l'orifice du canal cholédoque (3). Voici les principaux caractères sur lesquels vous devez vous appuyer, pour établir le diagnostic de cette cause d'ictère.

1° Avant que l'ictère paraisse, le malade accuse ordinairement pendant plusieurs semaines ou plus longtemps, une douleur plus ou moins intense et quelquefois lancinante, dans la région du duodénum. Cette douleur persiste après l'apparition de l'ictère et augmente ordinairement d'intensité deux ou trois heures après le repas.

2° Dans la plupart des cas, il y a des nausées et une tendance aux vomissements, surtout après le repas.

(1) Dans les *Pathological Transactions* (t. XXIV, p. 103), le Dr Sydney Coupland a rapporté un cas où un ulcère cancéreux du duodénum, juste au-dessous du pylore, envahissait la vésicule biliaire et pénétrait de là dans le canal cystique et le canal hépatique et avait amené l'ictère sans intéresser le canal cholédoque.

(2) *Patholog. Transact.*, t. IX, p. 220.

(3) *Op. cit.*, obs. VI et VII.

3° On constate parfois une hémorrhagie stomacale ou intestinale quand il existe une ulcération cancéreuse du duodénum.

4° Dans quelques cas, on peut sentir plus ou moins distinctement une tumeur dure et sensible, en pratiquant un examen très-attentif à travers les parois abdominales.

5° L'ictère une fois paru, augmente graduellement d'intensité et persiste jusqu'à la mort, qui arrive — il est important de l'ajouter — dans la plupart des cas, dans les quatre à cinq mois qui suivent l'apparition de l'ictère. Le fait seul d'un ictère qui durerait six mois serait un argument contre l'existence d'une tumeur cancéreuse prenant sa source dans les parois du canal ou empiétant sur le canal. Cette règle souffre pourtant des exceptions, comme nous le verrons dans le cas de William M. (obs. CXXVII).

6° Avant et après l'apparition de l'ictère, on constatera une émaciation et un affaiblissement progressifs, ainsi que les autres phénomènes de la cachexie cancéreuse. Le diagnostic peut encore être aidé par des indices de cancer dans d'autres parties du corps, ou par des antécédents de cancer dans la famille.

V. — Obstruction par pression extérieure sur le canal.

Diverses tumeurs et autres états morbides de l'abdomen sont susceptibles de comprimer les voies biliaires de façon à y interrompre le cours de la bile et produire l'ictère. La durée de l'ictère ainsi que le pronostic dépendront de la nature de la cause de compression dans chaque cas.

1° Tumeurs provenant de la substance même du foie.

Les lésions du tissu glandulaire hépatique, même quand elles sont très-avancées, ne produisent généralement pas d'ictère. Nous avons vu que ce tissu pouvait être complètement ou presque complètement détruit sans qu'il en résultât d'ictère. Les tumeurs du foie qui font saillie à la surface de l'organe peuvent cependant, comme les autres tumeurs, comprimer les voies biliaires et mettre obstacle au cours de la bile, et c'est ainsi qu'on peut voir survenir l'ictère dans le cancer du foie (1), dans le cas d'hydatides (2), d'abcès tropical, et autres cas, où il manque en général. Le diagnostic de la cause de l'ictère, dans ces cas, doit être basé sur la présence des signes de l'affection primitive du foie que je vous ai exposés dans les leçons précédentes.

2° Augmentation de volume des ganglions lymphatiques de la scissure du foie.

Les ganglions lymphatiques de la scissure du foie, lorsqu'ils sont

(1) Voir un cas de Bristowe dans le 9^e vol. des *Pathol. Transact.*, p. 223, obs. IV.

(2) Dans l'hydatide multiloculaire du foie, l'ictère existe généralement.