

prise subitement de douleurs aiguës derrière le cou qui ne l'avaient pas quittée, l'empêchaient absolument de mouvoir la tête et s'accompagnaient de vomissements. Elle s'imagina qu'elle s'était blessée au cou en jouant à lutter, une semaine avant d'être prise de ces douleurs; mais ses amis n'attachèrent à cela aucune importance comme cause de sa maladie.

A son entrée, la malade présente les symptômes généraux de la fièvre, sans autre indice d'affection locale, sauf une grande douleur et une sensibilité excessive derrière le cou et entre les deux épaules; ce mal augmente par le mouvement; mais il n'y a nul indice de tumeur ni d'induration. Pouls à 108; langue humide et rouge; idées nettes. Peau chaude, sans éruption, parfois des transpirations; pas de frissons. Vésicatoire derrière le cou et mixture contenant iodure de potassium et carbonate d'ammoniaque (25 centigr. de chaque) et extrait de belladone. (2 centigr.)

Quelques jours après son admission, tuméfaction vague au bas du cou, de chaque côté des vertèbres cervicales; rougeur circonscrite de la joue gauche; langue sèche et brune au milieu, en bas; la malade se plaint d'un grand brûlement et d'une grande sécheresse de la gorge. Encore des vomissements de temps en temps. Le pouls s'est élevé jusqu'à 126. Le 28 février, quelques frissons; un peu de délire la nuit. Diarrhée, avec selles copieuses très-aqueuses; frottement péricardique distinct, mais pas d'albumine dans les urines. Le 2 mars, ictère de la peau et des conjonctives léger, mais manifeste pigment biliaire dans l'urine; pas d'augmentation de volume ni de sensibilité du foie, les garde-robes continuent à être aqueuses et à contenir beaucoup de bile; pouls à 144. Les frissons et les transpirations n'ont pas reparu. Tumeur fluctuante du volume d'une petite orange, un peu en arrière de l'oreille gauche: on l'ouvre le 4 mars et il en sort une certaine quantité de pus épais. La malade était dans une grande prostration, ayant à peine sa connaissance et dans une grande agitation. L'intensité de l'ictère a augmenté jusqu'à la mort le 5 mars.

Autopsie. — Les lames de toutes les vertèbres cervicales, sauf la première et les deux dernières, sont érodées et baignent dans du pus; pus également dans le canal spinal et dans le sinus latéral gauche. Le poumon gauche contenait cinq ou six petites plaques de pneumonie lobulaire en voie de transformation purulente. Le foie paraissait sain, sauf que les cellules glandulaires contenaient trop d'huile; il n'était pas congestionné, et les voies biliaires étaient complètement libres. Pas d'ulcération intestinale.

Le cas suivant est un exemple d'ictère survenant dans le cours d'une pleuro-pneumonie aiguë.

OBS. CXLV. — *Pleuro-pneumonie aiguë compliquée d'ictère.*

Le 23 mai 1867, je fus prié par le docteur W. H. Cook, de Hampstead, de voir un ecclésiastique âgé de cinquante à soixante ans, constitution chétive, habitudes sobres, longtemps sujet à un asthme spasmodique, et qui, cinq jours auparavant, avait été pris de douleur violente dans l'hypochondre droit et de symptômes fébriles, suivis de toux, d'un peu d'ictère, avec urines fortement

colorées. En l'examinant, on trouve tous les signes physiques d'une pleuro-pneumonie de la moitié inférieure du poumon droit; matité, souffle tubaire, crépitation fine, frottement et résonance vocale augmentée. Il y avait aussi de la toux, avec dyspnée considérable, crachats rouillés, collants, et points de côté à droite, avec exacerbation pendant la toux ou une forte inspiration. Pouls à 120; 36 respirations. A ces signes d'affection thoracique s'ajoutait un ictère léger, mais manifeste, de la peau et des conjonctives, et l'urine contenait du pigment biliaire. Le foie dépassait le rebord costal environ d'un demi-pouce sur la ligne mammaire droite; légère sensibilité dans cette région quand on appuie un peu fortement; bile dans les garde-robes. Langue sèche et brune. Le malade est dans une grande anxiété sur le résultat de son affection. On prescrit du carbonate d'ammoniaque, de l'éther nitreux, des stimulants, des opiacés et autres calmants pour soulager la douleur et amener du sommeil; cataplasmes de moutarde et farine de lin sur le côté.

Il se fit tout d'abord une amélioration marquée dans les signes physiques et dans les symptômes généraux; mais dans les premiers jours de juin, la pleurésie et ensuite la pneumonie envahirent le poumon gauche et alors le malade se mit à décliner graduellement jusqu'à sa mort, le 14 juin. Jusqu'à la fin, il y eut une légère teinte ictérique de la peau et des conjonctives, mais les garde-robes renfermèrent toujours de la bile en abondance. Il n'y eut pas d'autopsie.

L'observation CXLVI me paraît un cas bien marqué d'ictère par congestion hépatique. Le fait de l'ictère consécutif au rhumatisme articulaire aigu, d'après les observations de Graves (v. p. 325) nous a portés à rechercher l'urticaire; mais nous n'avons pas constaté d'éruption de ce genre.

OBS. CXLVI. — *Ictère par congestion hépatique.*

Jeanne G., âgée de trente ans, fut admise au Middlesex Hospital le 2 avril 1868. Elle avait déjà été du 28 janvier au 7 mars dans la salle Seymour pour un rhumatisme articulaire aigu avec péricardite.

Après avoir quitté l'hôpital, elle avait éprouvé de la faiblesse et des douleurs rhumatismales; mais peu à peu, elle s'était trouvée mieux jusqu'au 26 mars, où elle fut prise de douleur dans la région du foie en arrière et en avant; le 28, cette douleur était devenue plus intense et elle fut suivie le lendemain de nausées, de vomissements, de flatulence, et le 30, d'ictère. Les vomissements ne durèrent qu'un jour, mais l'ictère et la douleur continuèrent à augmenter.

A son entrée, ictère très-marqué de toute la peau et des conjonctives; la malade souffre beaucoup dans l'épigastre et dans l'hypochondre droit; la douleur s'étend jusqu'à l'épaule droite et au bas du dos; elle augmente considérablement quand on presse au-dessous des côtes droites et aussi quand la malade est couchée sur le côté gauche, ce qui, dit-elle, lui coupe toujours la respiration. L'aire de la matité hépatique était augmentée: 5 pouces $\frac{1}{4}$ sur la ligne mammaire droite et dépassant d'un pouce le rebord costal. Urine acide et foncée, renfermant une proportion considérable de pigment biliaire.

Langue épaisse; pas d'appétit; il y a eu une bonne purgation avec la poudre de jalap composée que la malade avait prise la veille de son entrée. Bile en abondance dans les matières. Pouls à 96 et température à 37° 7.

Ventouses sèches sur toute la région hépatique et ensuite cataplasmes de farine de lin; potion au sulfate de magnésie et au séné, et mixture diurétique contenant du bitartrate de potasse et de l'éther nitreux. Diète lactée et thé de bœuf.

Le lendemain matin, les règles parurent pour la première fois depuis près de quatre mois que durait la maladie; garde-robes bilieuses, fréquentes; douleur et sensibilité de la région hépatique considérablement diminuée.

Le 8 avril, la malade ne souffrait plus, et l'ictère était à peine sensible. Mixture d'acide nitrique et de gentiane; un peu de poisson.

Le 13 avril, il n'y a plus trace d'ictère; la matité hépatique sur la ligne mammaire droite n'est que de 4 pouces; pas de sensibilité au-dessous des côtes droites. Le lendemain, la malade quitte l'hôpital.

Le dernier cas d'ictère que j'ai à vous rapporter est remarquable, non-seulement par sa persistance, mais par son caractère d'hérédité. Bien qu'on puisse douter si la teinte ictéroïde présentée à la troisième génération par des descendants est un véritable ictère, on ne peut contester qu'il n'ait été très-réel pour la mère et ses deux fils. Il faut admettre que la pathogénie de l'ictère dans ces cas est obscure. Il est clair qu'il n'y a que peu ou pas d'obstruction des voies biliaires, et ce qu'il y a de plus probable, c'est que ou bien le foie produit un excès de bile, ou bien se trouve dans un état permanent de congestion (v. p. 419). Mais quelle que soit sa pathogénie, sa relation étroite avec la goutte est intéressante relativement à l'opinion que je vous soumettrai dans une autre leçon, à savoir que la goutte a son origine dans un trouble fonctionnel du foie.

OBS. CXLVII. — *Ictère héréditaire et goutte.*

Le 18 février 1875, j'ai eu, grâce à l'obligeance du docteur Moxon, l'occasion d'observer le cas suivant.

Robert J., âgé de trente ans, dit qu'il est né jaune et qu'il est ictérique depuis autant de temps qu'il peut se rappeler. Il n'a jamais été robuste, mais depuis l'âge de dix-sept jusqu'à vingt-sept ans, il a eu l'habitude de faire tous les jours une vingtaine de milles (environ 32 kilomètres) à pied, exposé à toutes les intempéries et mangeant n'importe quoi. A l'âge de vingt et un ans, il a été six semaines malade, avec de la fièvre. A vingt-sept ans, il a eu une autre maladie, après laquelle il a mené une vie plus sédentaire, mais il a continué à boire à peu près un litre et demi de bière par jour. Depuis l'âge de vingt-sept ans jusqu'à ce jour, il a souffert beaucoup de la goutte aux doigts et aux orteils, et s'est toujours trouvé soulagé par l'iodure de potassium. De tout temps, il a remarqué que son urine déposait beaucoup. Depuis quatre mois, il a mis de côté la bière et les autres stimulants, et depuis il s'est trouvé bien mieux qu'auparavant.

Voici les notes que j'ai prises sur ce cas.

Corps bien nourri; individu menant une vie active. Teinte ictérique marquée de la peau et des conjonctives. L'urine contient des urates en abondance et donne nettement la réaction du pigment biliaire. Foie un peu gros, mesurant 4 pouces 3/4 sur la ligne mammaire droite, pas sensible. Appétit bon; parfois de la flatulence; un peu de constipation; évacuations suffisamment colorées par la bile. Il a toujours du vertige quand il se relève, et auparavant il en avait toutes les fois qu'il se levait ou se couchait.

Le 9 octobre 1876, le docteur Moxon m'écrit ce qui suit: R. J. est toujours sobre comme un membre de la Société de Tempérance; mais l'urine contient du pigment biliaire comme auparavant, et l'ictère persiste.

R. J. a un frère plus âgé que lui de deux ans et huit mois, qui a été également toute sa vie très-jaune, et qui, en février 1875, a été pris de la goutte. En octobre 1876, j'ai appris du docteur Moxon que ce frère continuait à boire de la bière, et qu'il était toujours très-ictérique.

La mère de ces deux frères est morte à l'âge de cinquante-quatre ans. Elle avait l'habitude de boire pas mal de bière, et pendant les quatorze dernières années de sa vie, elle avait beaucoup souffert de la goutte, à tel point que ses pieds et toutes les jointures de ses doigts en étaient déformés. Pendant cette même période, elle avait été constamment ictérique, le blanc des yeux très-jaune, et avait été prise de fréquentes crises bilieuses. De ses sept enfants, cinq étaient morts peu après la naissance ou en bas âge. Elle n'avait eu qu'un frère et il était mort de consommation; mais son père était gouteux et avait souffert du foie.

Le père de R. J. vit toujours (octobre 1876) et se porte bien; il n'a jamais eu ni goutte ni ictère.

J'apprends également du docteur Moxon que R. J. et son frère ont eu plusieurs enfants qui tous sont devenus profondément ictériques deux jours après leur naissance, et d'une teinte aussi foncée que possible partout, mais que cela a disparu au bout d'environ un mois.

Avant de terminer cette leçon, il faut que je vous parle un peu du *diagnostic des causes de l'ictère* et plus spécialement de la *constatation des acides biliaires dans l'urine comme élément de diagnostic*.

En 1858, Kuhne annonça que dans l'ictère par occlusion du canal cholédoque, l'urine contient toujours des acides biliaires aussi bien que du pigment biliaire; mais que dans les circonstances ordinaires, quand les voies biliaires sont libres, les acides biliaires sont en grande partie éliminés par les fèces et ne sont pas résorbés dans l'intestin (1). Le docteur Harley, dans son *Essai sur l'ictère* publié en 1863, adoptant l'opinion que les acides biliaires sont formés par le foie, tandis que le

(1) *Virchow's Archiv.*, septembre 1858; et *Préface* de la traduction anglaise de Friedrichs, t. I, p. 15, 14. — Juin 1860.

pigment biliaire est pré-formé dans le sang (v. p. 326), prétendit que la constatation des acides biliaires dans l'urine était un moyen de distinguer l'ictère dû à l'obstruction, de celui dû à la suppression de la sécrétion. « Dans l'ictère par suppression, remarque le docteur Harley, le foie ne sécrète pas de bile; par suite, il ne se produit pas d'acides biliaires et il ne peut donc pas en passer dans le torrent circulatoire et enfin l'urine ne peut en contenir ». Tandis que dans l'ictère par obstruction, « la bile est sécrétée et puis résorbée dans le sang et les acides biliaires n'étant pas tous transformés dans la circulation, sont éliminés par les reins et passent dans l'urine » (p. 60). On en conclut que la présence ou l'absence d'acides biliaires dans l'urine, dans tout cas d'ictère, doit faire décider s'il est dû à l'obstruction ou à la suppression. Le moyen le plus facile de constater la présence des acides biliaires paraît être le réactif de Pettenkofer : « Ajoutez un petit morceau de sucre à 8 grammes de l'urine suspecte et puis versez lentement dans le tube à essai environ 4 grammes d'acide sulfurique concentré. Il faut opérer de façon à ne pas mélanger les deux liquides. S'il y a des acides biliaires, on remarquera au point de contact de l'acide et de l'urine — au bout de quelques minutes — une teinte pourpre foncée. On peut considérer ce résultat comme un indice certain que l'ictère est dû à l'obstruction des voies biliaires » d'autre part, « une teinte brune au lieu d'une teinte pourprée, indiquerait également une suppression de la sécrétion » (p. 61).

Si ces faits étaient confirmés, la pathogénie de l'ictère serait considérablement simplifiée et la chimie physiologique aurait apporté une aide précieuse au diagnostic. Mais après avoir sérieusement étudié la question, il me semble que la théorie, et la pratique basée sur elle, sont passibles de plus d'une objection.

1° J'ai déjà montré (p. 334) que la théorie d'après laquelle l'ictère indépendant d'obstruction biliaire est dû à la suppression de la sécrétion biliaire, est par elle-même très-improbable.

2° En admettant que la théorie soit exacte, les acides biliaires doivent exister dans l'urine, à moins que le foie ne soit *entièrement* détruit, ou sa sécrétion *complètement* supprimée, circonstances qui se présentent rarement. De même, dans les cas d'obstruction datant de longtemps, le tissu glandulaire du foie, comme l'admet le docteur Harley, peut être détruit et par suite, il n'y a pas d'acides biliaires dans l'urine, bien que l'ictère résulte primitivement d'obstruction. Sur la question de fait, Golowin et autres récents observateurs ont trouvé que, dans les cas d'ictère par obstruction, les acides biliaires finissent par disparaître complètement. Il s'ensuit que, quelque exacte que soit la théorie, son application pratique peut faire méconnaître au médecin la cause de l'ictère.

3° Les preuves cliniques à l'appui de l'opinion d'après laquelle l'ictère par obstruction se reconnaît par la présence des acides biliaires dans l'urine, sont encore insuffisantes. Ni Scherer (1), un chimiste de notoriété, ni Frerichs, n'ont jamais trouvé d'acides biliaires dans l'urine, dans quelque forme d'ictère que ce fût; et bien qu'on ait pu en découvrir de très-petites quantités à l'aide de réactifs délicats, tels que celui de Hoppe, après avoir séparé les pigments urinaires, ce dont Kuhne admet la nécessité, ces procédés sont difficilement applicables pour le diagnostic courant. Sur les cinq cas d'ictère rapportés par le docteur Harley (2), dans lesquels l'urine fut analysée au point de vue des acides biliaires, l'un était un cas d'ictère par obstruction du canal cholédoque : on constata un jour des acides biliaires en abondance, mais dix jours après on n'en put découvrir une trace; cependant sept semaines plus tard, peu de temps avant la mort, ils reparurent en petite quantité. (p. 74). Un autre était un cas d'atrophie jaune aiguë du foie, dans lequel l'urine donna une réaction marquée des acides biliaires. Cette découverte aurait dû porter un coup fatal à la signification diagnostique tirée de la présence des acides biliaires dans l'urine, d'autant plus que dans l'atrophie aiguë, les voies biliaires sont parfaitement libres et que la maladie a été considérée généralement comme un exemple typique d'ictère par suppression; mais le docteur Harley pense que la présence d'acides biliaires dans ce cas prouve que dans l'atrophie aiguë, la suppression se complique de résorption de la bile (pp. 33, 38).

4° Depuis que le docteur Harley a fait connaître ses idées, j'ai analysé l'urine dans un grand nombre de cas d'ictère, et je doute fort que le procédé du docteur Harley (modification de celui de Pettenkofer) dans lequel il n'est pas nécessaire de commencer par séparer les pigments biliaires, indique d'une façon positive la présence des acides biliaires dans l'urine. Le docteur Hilton Fagge est arrivé à la même conclusion (3). Vous vous rappelez m'avoir vu essayer le réactif sur l'urine de six malades dans mon service de Middlesex Hospital. Dans trois de ces six cas, j'obtins une coloration pourpre foncée au point de contact de l'acide sulfurique avec l'urine. L'un de ces trois cas était un ictère par obstruction calculeuse; dans les deux autres cas, il n'y avait ni ictère, ni aucun symptôme d'affection hépatique, et cependant quand les trois tubes furent placés côte à côte, il fut impossible de distinguer la coloration du premier de celle des deux autres. D'autres observateurs, je crois, sont arrivés à de semblables résultats. Je constate aussi que Neubauer, dans son excellente monographie sur l'urine (4), assure que cer-

(1) *Chemical Gazette*, t. II, 1845, p. 208.

(2) *Op. cit.*, pp. 27, 38, 74, 94, 111.

(3) *Guy's Hospital Reports*, 1875, t. XX.

(4) Neubauer et J. Vogel, *De l'Urine*, etc. Traduct. Gautier, p. 59, 1^{re} éd.

tains pigments de l'urine produisent une coloration pourpre violet foncé, ressemblant exactement à celle produite par la bile, quand on ajoute à l'urine une grande quantité d'acide sulfurique concentré. La séparation des pigments urinaires avant de rechercher les acides biliaires, serait un procédé trop ennuyeux et difficile pour la pratique courante, même en supposant que la présence ou l'absence des acides biliaires pût jeter plus de lumière qu'elle ne fait sur la cause de l'ictère.

Bien que, d'après toutes ces considérations, je ne puisse vous recommander le procédé que je viens de vous faire connaître, comme fournissant sur la cause de l'ictère une indication positive, la question vaut la peine que vous vous en occupiez vous-mêmes. De toute façon, les quelques remarques par lesquelles je vais terminer cette leçon vous aideront, si vous vous les gravez bien dans l'esprit, à établir votre diagnostic.

1° Le principal indice d'obstruction du canal cholédoque est fourni par les garde-robes. Quand il n'y a pas d'obstruction du canal, les évacuations contiennent de la bile; mais quand il est obstrué, la bile ne pénètre plus dans l'intestin et les matières ont la couleur de l'argile. Il faut se rappeler qu'il y a plusieurs sources d'erreur. D'abord, l'ictère persiste ordinairement pendant quelque temps après que l'obstruction a été levée et alors, comme cela arrive assez souvent dans le cas de calculs biliaires, des selles bilieuses peuvent coexister avec l'ictère qui a résulté d'obstruction des voies biliaires. Deuxièmement, si les selles sont ténues ou aqueuses, elle peuvent paraître contenir de la bile par le mélange d'urine ictérique. Troisièmement, dans des cas rares, le canal cholédoque n'est que partiellement obstrué et il passe assez de bile pour colorer les matières fécales. Enfin, quelques cas d'ictère ont une origine complexe, en ce sens qu'il peut y avoir à la fois occlusion du canal et un état morbide du sang.

2° Une tumeur correspondant à la région de la vésicule sera un indice que l'ictère est dû à l'obstruction du canal cholédoque (p. 167).

3° L'ictère persistant, lié à une obstruction, devient rapidement intense; mais à ce propos, vous devez vous rappeler ce fait sur lequel j'ai si souvent insisté devant vous, que même quand il y a une obstruction invincible du canal cholédoque, l'intensité de l'ictère variera de temps en temps suivant la quantité de bile sécrétée par le foie et le degré d'activité des reins et que, dans la période avancée, l'ictère peut disparaître à jamais par suite de la destruction du tissu glandulaire et de la petite quantité de bile qui est sécrétée.

4° L'ictère apparaissant brusquement chez une personne de bonne santé antérieure, est très-probablement le résultat d'obstruction des voies biliaires par un calcul, ou bien il est d'origine nerveuse.

Dans le premier cas, il sera précédé ou accompagné de colique bi-

liaire et de vomissements, et les garde-robes seront argileuses; dans le dernier, il y aura eu quelque commotion ou quelque violente émotion, les évacuations contiendront de la bile et l'ictère sera souvent accompagné de délire et autres symptômes cérébraux.

5° L'ictère qui se manifeste très-lentement, mais qui finit par devenir très-intense, avec disparition complète de la bile des garde-robes, est très-probablement le résultat d'une compression exercée sur le canal cholédoque extérieurement, ou du développement de quelque tumeur à l'intérieur du canal (pp. 360, 361).

6° Plusieurs attaques d'ictère passager, avec intermittences distinctes, indiquent des calculs biliaires si l'on a affaire à un adulte ou à une personne d'un âge avancé (p. 348; chez les personnes jeunes, cela indiquerait plutôt un catarrhe du duodénum ou des voies biliaires (p. 354).

7° Il y a de la douleur dans quelques cas d'ictère, et pas dans d'autres. Il peut n'y avoir que peu ou pas de douleur dans le cas où la cause est un ulcère du duodénum, un simple rétrécissement du canal, un engorgement des ganglions de la scissure du foie, ou empoisonnement par quelque fièvre spécifique. Il est bon aussi de se rappeler que, dans des cas très-rares, un calcul a pu obstruer le canal cholédoque et causer un ictère permanent sans avoir jamais provoqué des crises de colique biliaire. Une douleur venant par paroxysmes violents et puis se dissipant, peut être déterminée : par des calculs (v. p. 345), des hydatides (p. 352), un ulcère duodénal (p. 357) et un anévrysme de l'artère hépatique (p. 364). L'ictère précédé immédiatement de violents paroxysmes de douleur est très-probablement dû à des calculs biliaires; l'ictère suivi de douleur paroxystique intense est plus probablement l'effet du cancer. Une douleur, plus ou moins constante, avec sensibilité à la pression au-dessous des côtes droites, indiquera que l'ictère dépend d'une congestion du foie (p. 135), ou d'une hépatite interstitielle (p. 143), ou d'un catarrhe des voies biliaires (p. 159), ou de pyohémie avec dépôts purulents dans le foie (p. 271), ou de cancer du foie (216), ou d'atrophie aiguë du foie (p. 268). Enfin, pour ce qui est de la coexistence de l'ictère et de la douleur, il faut vous rappeler que le cancer de la vésicule biliaire n'est pas rare à la suite des calculs biliaires.

8° L'ictère coïncidant avec une augmentation considérable du volume du foie est le plus probablement dû à un cancer du foie (p. 214); mais il peut aussi coïncider avec un foie cirrueux, quand le canal cholédoque est comprimé par les ganglions de la scissure porte augmentés de volume (p. 31), ou être produit par des abcès multiples du foie (p. 171), ou par une hépatite interstitielle (p. 144).

9° Le diagnostic de la cause de l'ictère est souvent aidé par la coexistence de l'ascite. Quand ces deux états morbides se rencontrent en-

semble, vous trouverez ordinairement qu'il existe un cancer ou une cirrhose. Si un ictère permanent, avec absence complète de bile dans les garde-robes, et une ascite sans hydropisie ailleurs, coexistent dans le même cas, vous vous tromperez rarement si vous en concluez que l'obstruction des voies biliaires, qui produit l'ictère, et l'obstruction de la veine porte, qui cause l'ascite, sont dues à une même cause. Cette cause ne peut être un calcul biliaire. Ce dernier obstruera le canal biliaire, mais il ne peut mettre obstacle au cours du sang dans la veine porte de manière à produire l'ascite (1). La double obstruction est le plus vraisemblablement l'effet d'une pression exercée du dehors sur le canal cholédoque et la veine porte, là où ces deux organes se trouvent juxtaposés, dans la scissure du foie, par des ganglions lymphatiques augmentés de volume, par une tumeur affectant la tête du pancréas, ou par des nodules cancéreux se projetant de la surface du foie lui-même. Il est tout à fait possible cependant que ces lésions déterminent l'ictère sans ascite. Dans la période avancée de la cirrhose, il n'est pas rare également d'observer la coexistence de l'ictère et de l'ascite; mais alors le foie est souvent petit, l'ictère est léger, un peu plus que le teint blême, et, ce qui est plus important, la couleur des garde-robes montre qu'il y a encore du pigment biliaire sécrété et qu'il peut passer dans l'intestin. Il n'y a pas absence complète du pigment biliaire dans les matières.

10° Dans une forte proportion des cas d'ictère, le pouls est plus lent qu'à l'état normal et la température n'est pas augmentée. Quand l'ictère est accompagné de symptômes fébriles, les causes probables sont l'inflammation ou l'ulcération des voies biliaires (p. 159), ou quelque fièvre spécifique (p. 403), ou la pyohémie (pp. 171, 411), ou les tubercules (p. 252), ou une hydatide enflammée (p. 69).

11° Le délire la stupeur et autres symptômes cérébraux, en coïncidence avec l'ictère, indiquent une atrophie aiguë du foie (pp. 269, 329) ou un empoisonnement par le phosphore (p. 412), ou quelque fièvre spécifique ou autre poison du sang (p. 403), ou d'une commotion nerveuse (p. 416), ou de pneumonie (p. 418). Dans tous ces cas, les symptômes sont ceux d'une affection aiguë, les garde-robes contiennent de la bile et on constate souvent la présence dans l'urine de la leucine et de la tyrosine en même temps qu'un défaut d'urée. De pareils symptômes cependant peuvent aussi survenir dans des cas d'ictère opiniâtre par obstruction des voies biliaires, dans lesquels les matières ne contiennent pas de bile.

12° Quand on a à diagnostiquer la cause de l'ictère, il est toujours important de tenir compte de l'état dans lequel se trouvait le malade avant l'apparition de ce symptôme. Dans le cas d'ictère par calculs biliaires, ou par commotion nerveuse, le malade peut s'être trouvé auparavant en

(1) Voyez cependant la leçon XIII, obs. CLXVII.

excellente santé. Dans l'ictère catarrhal, l'attaque est précédée pendant huit à dix jours par des symptômes gastriques, avec vomissements ou diarrhée (p. 159). L'émaciation avec perte de l'appétit, la flatulence et les vomissements alimentaires avant que l'ictère ait paru, doivent faire penser à un cancer du pancréas, du duodénum ou du pylore (pp. 360, 362), et la douleur deux ou trois heures après le repas avec des hématuries ou du melaena, indiqueront un ulcère du duodénum (p. 357). L'ictère survenant dans le cours des fièvres spécifiques ou de la pyohémie, sera précédé par les symptômes caractéristiques de ces maladies. L'ictère, dans la première période de la grossesse, peut être dû à la congestion du foie produite par la suppression des règles (p. 137); dans une période plus avancée, il peut être déterminé par la pression de l'utérus augmenté de volume sur le canal cholédoque (p. 366), ou par une atrophie aiguë (p. 273). Enfin, l'ictère vrai chez les nouveaux-nés peut résulter de la respiration dans une atmosphère viciée (p. 417), d'une obstruction du canal cholédoque par de la bile épaissie ou par des calculs (p. 350), ou par l'occlusion ou l'absence congénitale de ce canal (p. 355).