

qu'il existe des produits de nouvelle formation, comme des carcinômes, des dégénérescences profondes de l'organe, la cirrhose, etc., leur emploi continu est pernicieux. Qu'on ne les prescrive donc pas avant d'être arrivé à un diagnostic positif et par conséquent avant d'avoir déterminé avec précision l'indication à remplir dans chaque cas particulier.

Art. 2. — Formes de l'ictère et leur étiologie spéciale.

On a de tout temps distingué une série d'espèces et de formes d'ictère en prenant pour point de départ tantôt ses causes prochaines ou éloignées, tantôt l'âge et les conditions diverses dans lesquelles se trouvait le malade. Ce serait un travail stérile d'examiner de près toutes les divisions établies de cette manière, parce que dans aucune on n'a pu conserver un principe fixe, et que, par conséquent, il y a des choses qui ont été admises arbitrairement ou pour se conformer aux besoins de la pratique.

Considéré dans son ensemble, l'ictère se divise au point de vue de l'étiologie en deux groupes principaux. Le premier est caractérisé par des altérations matérielles du foie suffisant à expliquer le développement de la jaunisse qui n'est ici qu'un symptôme d'une maladie de l'organe. Le second groupe renferme les cas dans lesquels les recherches anatomiques ne font découvrir aucune lésion du foie qui puisse expliquer la production de l'ictère par la stase de la bile, etc. Les conduits excréteurs sont intacts, il n'y a pas d'obstacles au cours de la bile. Nos idées sur la genèse de ces formes sont moins précises. Une diffusion anormale des produits de sécrétion du foie résultant des troubles de la circulation, ou une transformation imparfaite de la bile dans le sang nous offrent une explication qui, sans doute, repose sur des faits, mais ne peut nullement être rigoureuse de tout point. Parmi les formes qui appartiennent à ce groupe, une partie seulement est dans un rapport intime avec les opérations fonctionnelles du foie, une autre au contraire, reposant sur des perturbations survenues dans l'emploi de la bile, dépend d'influences modifiant les transformations de la matière, de l'infection du sang, de troubles de la respiration et de la circulation cardiaque et aussi du système nerveux dont l'influence s'exerce sur ces deux dernières fonctions.

On ne peut décider actuellement si ces catégories étiologiques embrassent tous les cas possibles d'ictère. Il en est quelques-uns auxquels il est difficile d'assigner une place dans ces divisions.

Ce rapprochement générique des différentes sortes d'ictère fondé

sur les particularités qu'entraîne la diversité des causes nous est fourni par ces relations complexes de l'ictère avec des troubles locaux ou généraux; il nous servira dans l'histoire ultérieure des maladies du foie à aplanir certaines difficultés de diagnostic, etc.

§ 1. — ICTÈRE PAR UN ARRÊT DE LA BILE CONSÉCUTIF AUX MALADIES DU FOIE ET DES VOIES BILIAIRES.

Les obstacles qui limitent ou empêchent complètement l'excrétion de la bile sont de diverses sortes; ils portent leur action tantôt sur les gros canaux biliaires situés en dehors du foie, les conduits hépatique et cholédoque, tantôt sur des branches plus petites situées à l'intérieur de la glande; tantôt enfin sur celles naissant à la périphérie des lobules. Dans tous les cas ils donnent naissance à la stase biliaire et à l'ictère, mais à des degrés et au milieu de phénomènes accessoires variables.

1° *Ictère consécutif au rétrécissement des canaux cholédoque et hépatique.* — Le calibre des gros troncs excréteurs est le plus souvent rétréci par le catarrhe de la muqueuse qui les revêt; l'ictère catarrhal est la forme la plus fréquente. Il est précédé des symptômes du catarrhe gastro-intestinal qui se manifestent quelques jours, quelquefois même plus longtemps, avant que la couleur jaune de la conjonctive et de la peau devienne appréciable. En même temps la région du foie devient le plus souvent sensible à la pression, le volume de l'organe augmente, l'urine prend une couleur de bière brune, tandis que les fèces se décolorent et que toute trace de leur mélange avec la bile disparaît. Le ralentissement du pouls, le prurit de la peau sont des phénomènes fréquents, mais nullement constants. L'appétit revient le plus souvent de bonne heure, après huit ou quatorze jours les selles reprennent graduellement une teinte plus foncée, et toute trace de maladie disparaît ordinairement en trois ou quatre semaines.

Il est rare que le catarrhe des voies biliaires traîne en longueur et occasionne des dilatations de ces conduits et des lésions plus profondes du parenchyme du foie.

On observe une perturbation semblable dans l'excrétion biliaire avec la compression des conduits excréteurs à la face inférieure du foie par une accumulation de matières fécales dans le gros intestin et par la distension de l'utérus dans la grossesse. En général cependant ceci est rare, parce que outre la distension de ces organes, il faut encore qu'ils aient une position propre à déterminer ces accidents. On a mis en doute la possibilité d'une compression de cette nature, mais à tort. J'ai souvent observé des ictères accompagnés d'amas considérables de ma-

tières fécales dans le côlon, faciles à circonscrire par la percussion et la palpation ; des purgatifs dissipent ces ictères si rapidement qu'une autre explication de son développement, par exemple, celle fondée sur la coexistence d'un catarrhe des voies biliaires devait paraître inadmissible.

Les glandes lymphatiques du sillon du foie peuvent également produire l'ictère lorsqu'elles sont tuméfiées par des infiltrations lardacées, tuberculeuses ou cancéreuses. C'est pour cela que l'ictère n'est pas extrêmement rare avec la dégénérescence lardacée du foie, et c'est une erreur de regarder, ainsi qu'on l'a fait dans ces derniers temps, l'absence de ce symptôme comme un signe diagnostique de cette dégénérescence.

Le rétrécissement ou l'oblitération complète des voies biliaires sont souvent aussi occasionnés par un contenu morbide, principalement par des concrétions, plus rarement par de la bile épaisse, plus rarement encore par des corps étrangers venant de l'intestin.

L'ictère dû à des calculs se manifeste presque toujours par des coliques hépatiques et se termine ordinairement par l'expulsion d'une ou de plusieurs concrétions dans l'intestin. L'ictère acquiert une intensité plus ou moins grande suivant la durée de la rétention des calculs et le degré d'obstruction du canal. Souvent la coloration de la peau et de la conjonctive reste faible et disparaît après une courte durée, pour revenir plusieurs fois après de nouvelles attaques de coliques. Par exception, le calcul peut rester engagé longtemps, et alors surviennent tous les accidents qui accompagnent ordinairement l'oblitération des voies biliaires.

On a souvent affirmé que de la bile épaissie et visqueuse pouvait occasionner l'ictère, mais la chose a aussi été mise en doute. Les cas d'ictères sont rares comparativement à ceux où l'on trouve à l'autopsie de la bile épaissie et grumeleuse qu'une forte pression peut seule faire passer de la vésicule dans l'intestin à travers le canal cholédoque. Je crois cependant pouvoir admettre la possibilité de pareils faits par suite d'une observation dans laquelle, lors de la disparition de l'ictère, des flocons d'un brun noir, rares d'abord, plus nombreux ensuite, se montrèrent mélangés aux matières fécales argileuses jusqu'à ce que celles-ci aient repris leur teinte normale. La vésicule biliaire qui, jusque-là, avait été douloureuse et distendue, s'affaissa, on chercha vainement des calculs.

On trouve rarement d'autres corps étrangers occasionnant l'ictère par leur séjour dans les voies biliaires ou dans le pli de Vater. Ici se rangent les lombrics qui du duodénum se glissent dans les conduits

excréteurs du foie (1) et le fait rapporté par Saunders (2) qui a rencontré des pepins de groseilles dans l'orifice intestinal du canal cholédoque.

Il est encore douteux que des caillots sanguins ou des exsudats fibreux solides qu'on rencontre exceptionnellement dans les voies biliaires puissent produire une obstruction assez persistante de ces canaux pour déterminer un ictère ; au moins je n'en connais aucun exemple.

2° *Oblitération des conduits cholédoque et hépatique.* — Elle est la conséquence tantôt d'une adhérence des parois de ces canaux par une exsudation et surtout par la cicatrisation d'ulcérations de la muqueuse, tantôt elle dépend de l'enclavement étroit de corps étrangers ou de la présence d'excroissances carcinomateuses développées sur la muqueuse et remplissant le canal ; le plus souvent elle provient d'une compression s'exerçant de dehors en dedans. Cette compression peut être produite par des membranes de tissu conjonctif de nouvelle formation, par les résultats de l'inflammation du ligament hépatoduodénal, par des carcinomes du pylore, du duodénum ou de la tête du pancréas, par des tumeurs du foie se développant en bas, etc. (3).

L'imperméabilité complète des voies biliaires qui en résulte et qui persiste habituellement est suivie des formes les plus intenses de l'ictère. La coloration jaune des tissus et des sécrétions atteint ici un degré tel qu'on le rencontre difficilement dans d'autres circonstances. Par suite de la dilatation des voies biliaires, le volume du foie augmente notablement, le bord de l'organe fait saillie au-dessous des côtes et devient très-accessible à la palpation. En même temps la vésicule biliaire se distend plus ou moins si l'obstacle siège au-dessous de l'embouchure du canal cystique.

Dans les cas que j'ai observés, la vésicule ne contenait pas plus de 8 à 16 onces de bile ; les anciens médecins en citent où la dilatation était beaucoup plus considérable ; ainsi de Jonge (4) a trouvé 7 et Van Swieten 8 pintes de bile épaisse accumulée dans la vésicule. Par un

(1) Lieutaud (*Histor. anatom.-med.*, t. I, p. 211), Røderer et Wagler, Cruveilhier (*Diction. de médecine et chirurgie pratiques*, article ENTOZOAIRES), Laennec (*ibid.*), et Guersant (*Diction. de médecine*, en 30 volumes, article VERS INTESTINAUX), rapportent des observations de vers ascarides engagés dans les conduits biliaires ; cependant l'ictère ne paraît pas avoir toujours coexisté.

(2) *Treatise on the Structure, Economy and Diseases of the Liver.*

(3) Job van Meekren rapporte une occlusion des canaux biliaires par intussusception ; Stokes (*Diseases of the Heart*, p. 638) par un anévrisme de l'artère hépatique.

(4) *Philosoph. transact.*, t. XXVII.

examen attentif il est ordinairement facile de sentir la tumeur pyriforme, lisse, dépassant le rebord costal, formée par la vésicule; dans des cas plus rares, elle produit une tumeur saillante appréciable à l'œil (1).

L'augmentation de volume du foie et de la vésicule biliaire se maintient ordinairement quelques mois, puis vient un temps d'arrêt suivi d'une diminution de plus en plus apparente. Ceci indique que l'activité sécrétoire de la glande diminue. En même temps se manifestent des symptômes évidents de troubles de la nutrition et de gêne dans la circulation de la veine-porte; les chairs deviennent flasques, les malades maigrissent, la digestion se fait difficilement et il se développe un épanchement séreux dans la cavité abdominale; parfois il survient des hémorragies gastriques et intestinales. L'issue fatale arrive ordinairement sous l'influence d'un épuisement qui s'accroît chaque jour et auquel s'ajoutent une hydropisie générale et un travail d'exsudation consécutif. Plus rarement, une mort rapide est la conséquence d'une péritonite par perforation, par épanchement biliaire, ou d'une fièvre de suppuration, résultat d'abcès du foie. Quelquefois l'extinction complète de l'activité fonctionnelle de l'organe aboutit à l'intoxication cholémique.

3° Rétrécissement ou oblitération des voies biliaires à l'intérieur du foie. — C'est ici qu'il faut chercher la cause qui fait de l'ictère un symptôme fréquent des maladies du foie. Toutes les altérations de cette glande rendant imperméables de grosses branches des canaux excréteurs, comme : les carcinomes, les échinocoques, les foyers inflammatoires, etc., déterminent un ictère d'autant plus intense que le volume ou le nombre des conduits intéressés est plus considérable. C'est pourquoi les tumeurs et les inflammations qui siègent à la face concave de l'organe s'accompagnent habituellement d'ictère, tandis que ce symptôme manque d'ordinaire lorsque ces altérations occupent la face convexe du foie ou la partie postérieure du lobe droit. Un obstacle complet au cours de la bile vers l'intestin est rare dans ces cas, tant que le canal hépatique ne se trouve pas compris dans les parties envahies par le produit de nouvelle formation ou par le foyer inflammatoire. Presque toujours les fèces restent mélangées de bile. Il est à remarquer que l'ictère développé sous ces influences, malgré la lésion organique, ne suit jamais un cours uniforme, mais se montre

(1) Je traite en ce moment encore une dame dont la vésicule biliaire descend jusqu'à un pouce et demi au-dessous de la crête iliaque et soulève sous forme de poire la paroi abdominale. La tension considérable et l'intensité de la douleur rendit une ponction nécessaire; elle put, du reste, se faire sans danger, à cause de l'existence d'adhérences. Dix onces de bile environ s'écoulèrent.

tantôt plus, tantôt moins prononcé suivant les oscillations imprimées par les variations dans l'afflux du sang, au volume du produit de nouvelle formation, et à l'activité sécrétoire du foie ainsi qu'à celle des reins agissant ici comme un régulateur. Cette circonstance ne saurait embarrasser le diagnostic, habituellement facile du reste, parce que la situation de la tumeur permet à la palpation de fournir une preuve directe.

L'ictère dû à la compression des dernières ramifications des voies biliaires au voisinage de leur origine a beaucoup moins d'importance. On observe cette forme çà et là dans la cirrhose. L'effet des obstacles à l'excrétion se borne habituellement alors à la production d'une teinte ictérique plus ou moins intense du parenchyme du foie, tandis que la couleur de la peau et de l'œil, ainsi que celle de l'urine, n'éprouve pas de modification. Dans certains cas on observe une légère teinte jaune de la conjonctive et une coloration plus foncée autour de l'œil et aux commissures des lèvres. On remarque des taches brunes au front, aux tempes et sur d'autres parties du corps; plus tard la peau blafarde prend une teinte jaunâtre générale. Les selles sont tantôt argileuses, tantôt brunes; dans la même évacuation on trouve souvent mêlées ensemble des masses d'une couleur foncée normale et d'autres plus claires qui ne contiennent pas de bile. Dans certains moments l'urine renferme du pigment biliaire, dans d'autres elle en est dépourvue. De même que le tissu conjonctif développé dans la cirrhose, ainsi les cellules hépatiques distendues entravent dans le foie adipeux l'excrétion de la bile; mais ici l'ictère général est encore bien plus rare.

La même influence doit être attribuée aux hypérhémies intenses du foie, à celles par exemple qui sont dues aux troubles de la circulation consécutifs à une affection cardiaque, à la scoliose, etc. L'ictère provient alors de la compression des canaux biliaires à leur origine par les capillaires dilatés. Il se borne le plus souvent à une légère teinte jaune de la conjonctive et de la peau, et apparaît à la suite d'accès de violente dyspnée. La teinte jaune se reconnaît facilement sur le visage rouge ou livide des malades (*icterus plethoricus* des anciens) (1).

A l'appui des opinions que nous venons de soutenir nous rapportons les observations suivantes.

(1) Stokes (*Diseases of the Heart*, p. 206) a vu, avec une insuffisance de la valvule bicuspide des accès répétés d'ictère et d'hémiplégie, qui, chaque fois, disparurent en vingt-quatre heures sous l'influence de moyens excitants. Fréquemment, l'ictère qui accompagne les lésions du cœur provient d'un catarrhe duodénal et a une longue durée.

OBSERVATION V. — *Troubles de la digestion stomacale, symptômes d'ulcère simple de l'estomac. Ictère, distension de la vésicule biliaire. Pleurésie du côté droit, hydropisie, pétéchies, mort.*

Carcinome du duodénum et dilatation des voies biliaires, ulcération simple de l'estomac, exsudat pleurétique du côté droit.

Marianne Dombrowsky, domestique, âgée de 63 ans, fut admise le 13 décembre 1853. Elle se plaignait depuis un an de douleurs à l'épigastre, survenant après les repas et accompagnées de renvois, de nausées, de vomissements par intervalles et de paresse des intestins. Plus tard l'appétit se perdit complètement pendant que les douleurs s'étendaient dans la région du foie. Il y a quatre semaines une coloration ictérique de la peau commença à se développer graduellement.

La malade est maigre; les téguments sont flasques et ridés, d'une teinte jaune modérément intense; pas d'œdème, les organes thoraciques ne présentent pas d'autre anomalie qu'un emphysème pulmonaire surtout très-développé à droite. Le ventre est souple, le canal intestinal en partie distendu par des gaz, le foie est situé profondément; son bord supérieur se trouve à côté du sternum au niveau de la septième côte; son volume est un peu augmenté; l'obscurité du son mesure 12 centimètres sur la ligne sternale, 15 sur la ligne du mamelon, 13 sur la ligne axillaire. A droite, à côté de l'ombilic et 2 centimètres plus bas on sent une tumeur arrondie douloureuse qui s'abaisse dans les profondes inspirations et peut être suivie en haut jusqu'au bord tranchant du foie. Les faces supérieure et inférieure de cet organe, autant qu'elles peuvent être accessibles à la palpation, paraissent lisses et égales. On ne peut trouver de tumeur solide ni sur le foie ni sur le trajet du canal cholédoque jusqu'à la région pylorique et duodénale malgré un examen réitéré et attentif dans l'état de relâchement des parois abdominales et dans différentes positions.

La rate est un peu tuméfiée, les matières fécales sont argileuses, infectes; l'urine a la couleur brune du porter; vue en couches minces, elle est d'un jaune safrané.

Le pouls est mou, à 60, pas de démangeaison à la peau.

Prescription: infusion de rac. de rhub. avec extrait de noix vomique et teinture éthérée de valériane. L'appétit augmente; les troubles de la digestion ainsi que les flatulences sont supportables, les selles deviennent régulières, mais elles ne contiennent pas plus de pigment biliaire après qu'avant la médication. La vésicule distendue augmente graduellement de volume; elle reste lisse, sensible et mobile. L'ictère augmente d'intensité.

Trois semaines après l'entrée de la malade, on observe à la partie inférieure du côté droit du thorax jusqu'à la quatrième côte une obscurité du son et une absence du murmure respiratoire. En même temps les voies aériennes se remplissent de mucus, la respiration devient plus fréquente; la malade commence à se plaindre de difficulté à respirer, et elle expectore avec peine des masses de mucus visqueuses et moulées. Le pouls s'élève à 80-85. La sécrétion urinaire diminue.

Prescription: decoct. rac. de sénéga., avec liqueur ammoniacale anisée, frictions sur le thorax et le ventre avec un liniment térébenthiné, deux grains d'extrait aqueux d'aloès le soir pour entretenir les garde-robes.

La malade s'affaiblit rapidement, de l'œdème se forme aux pieds et s'élève en peu de jours jusqu'au bassin. Le ventre devient fluctuant et sensible à la pression. Pouls petit à 110.

Le 26 janvier, la connaissance se perd, les selles deviennent involontaires; sanglots, respiration stertoreuse, pupilles dilatées, ecchymoses nombreuses de la gran-

deur d'une lentille à celle d'un gros pois sur la peau du tronc et des membres.

Autopsie, vingt-six heures après la mort. Voûte crânienne et dure-mère colorés en jaune, à l'état normal d'ailleurs, une petite quantité de sang coagulé dans le sinus longitudinal. L'arachnoïde est visiblement épaissie à côté de la scissure de la faux du cerveau; la pie-mère est très-congestionnée; il existe une quantité modérée de sérosité d'un jaune clair à la base du crâne et dans les ventricules latéraux. La substance cérébrale contient peu de sang, elle a sa consistance normale et n'est nullement colorée en jaune.

La muqueuse du pharynx et des voies aériennes est légèrement injectée. L'épiglotte est d'un jaune de safran.

La plèvre contient à gauche une livre de sérosité claire, de couleur jaune; à droite, à peu près quatre livres du même liquide mélangé de flocons fibrineux. Le poumon gauche est sec et emphysémateux à sa partie supérieure, comprimé à sa partie inférieure; l'emphysème est beaucoup plus développé à droite, le lobe inférieur de ce côté est presque complètement comprimé.

A l'ouverture du ventre on voit l'estomac distendu par des gaz recouvrir le foie en partie et le refouler en haut et à droite. La vésicule biliaire distendue occupe le voisinage du pylore. Le colon transverse est intimement uni au foie et à la face postérieure de la vésicule biliaire. Il présente une inflexion anguleuse telle que la courbure qui se trouve sous la vésicule biliaire, forme d'abord une anse vers la droite, et ne se dirige qu'ensuite en avant de la grande courbure de l'estomac pour atteindre l'hypocondre gauche.

L'iliaque forme aussi un cordon à inflexions anguleuses solidement maintenu par du tissu conjonctif de nouvelle formation. La cavité abdominale contient une grande quantité de sérum mélangé de flocons fibrineux (1). La vésicule biliaire dégagée de ses adhérences et le canal cholédoque mis à nu, celui-ci présente une largeur d'un pouce jusqu'à son insertion dans le duodénum. L'estomac contient un liquide gras d'un brun noir. A peu près un demi-pouce au-dessous du cardia on trouve sur la paroi postérieure de cet or-

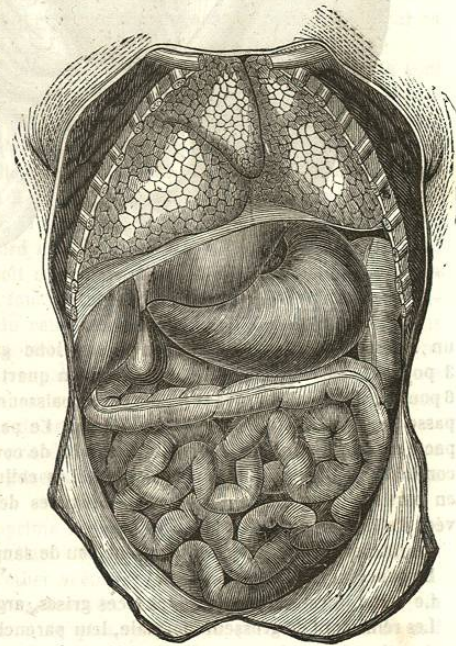


Fig. 24.

(1) L'exsudat présentait une réaction faiblement alcaline et avait une couleur verdâtre. L'addition d'acide acétique à la liqueur filtrée donnait un précipité insoluble dans un excès de cet acide. L'existence du pigment biliaire était démontrée par l'action de l'acide nitrique. Il était impossible, en traitant par l'alcool affaibli le résidu desséché, d'obtenir du sucre et des acides biliaires.

gane une ulcération simple, ovale, grande environ comme une pièce de huit gros. Au fond de cette ulcération est fixée une tumeur grosse comme un œuf de pigeon, noirâtre (coagulum sanguin solidifié). La muqueuse de l'estomac et celle du pylore ne présentent aucune autre altération. Dans la partie supérieure du duodénum la muqueuse est épaissie et ramollie. A l'embouchure des canaux cholédoque et de Wirsung, on observe une perte de substance de 1 pouce de largeur et de 1 pouce et demi de longueur, entourée d'excroissances spongieuses en connexion avec une tumeur fongueuse qui s'étend à l'extérieur. Celle-ci ne comprend pas seulement les membranes de l'intestin, mais elle pénètre jusque dans la tête du pancréas au sein de laquelle on trouve des foyers de ramollissement. Le foie présente (fig. 25)

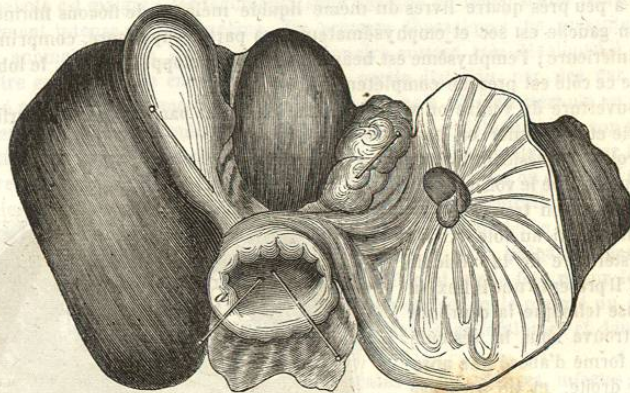


Fig. 25.

un sillon de constriction profond; son lobe gauche mesure transversalement 3 pouces, d'arrière en avant 5 pouces un quart; le lobe droit transversalement 6 pouces, d'arrière en avant 8 pouces; l'épaisseur est de 2 pouces. La vésicule dépasse le bord du foie de 1 pouce et demi. Le parenchyme de la glande est compact et ferme, d'aspect de noix de muscade, de couleur vert brun et traversé par les conduits biliaires uniformément dilatés. Les cellules du foie sont en partie pâles, en partie plus ou moins fortement imprégnées de matière colorante, bien conservées d'ailleurs.

La rate est petite, ferme et contient peu de sang, sa capsule est fortement ridée.

Le pancréas est à l'état normal.

Le canal intestinal contient des fèces grises, argileuses, sa muqueuse est saine.

Les reins sont de grosseur normale, leur parenchyme a la couleur ictérique, mais ne contient cependant pas de sécrétions pigmentaires à l'état solide. Ils ne présentent rien d'anormal dans leur structure à l'exception de la coloration de l'épithélium. La muqueuse du bassin, des uretères et de la vessie est safranée, ainsi que celle du vagin: l'utérus est remplacé par plusieurs tumeurs fibreuses, pelotonnées qui ont fait disparaître la substance propre de l'organe. Une d'entre elles a la dureté de la pierre et le volume d'une pomme. Ces tumeurs sont aussi d'une couleur jaune.

Koelliker (*Würzburger Verhandl.*, t. VI, § 474) a dans ces derniers temps attiré

l'attention sur les transformations calcaires des artères viscérales et la formation d'ulcères simples de l'estomac et du duodénum chez des animaux dont il avait lié les voies biliaires, et il a fait voir le rapport de ces altérations avec la rétention de la bile. Dans le cas qui précède, l'ulcère de l'estomac existait déjà avant le début de l'ictère, au moins les symptômes qui l'indiquaient avaient précédé; on ne peut donc établir un rapport de causalité de l'un à l'autre.

OBSERVATION VI. — *Carcinome de la tête du pancréas et du duodénum. Oblitération et ectasie des voies biliaires et du canal de Wirsung; réplétion des premières par du mucus, ictère, dysentérie. Diminution de la sécrétion urinaire, infiltration des reins par des dépôts solides de pigment biliaire. Mort par épuisement.*

Carl Bohle, journalier, âgé de 55 ans, fut admis le 27 novembre 1854 et mourut le 10 décembre.

Ce malade, qui jusque-là avait joui d'une santé parfaite, éprouvait depuis une demi-année des accès fréquents de douleurs violentes d'une courte durée, partant du voisinage de la vésicule biliaire et s'irradiant vers l'épigastre. Depuis sept semaines sans autre trouble dans sa santé générale, il était devenu graduellement ictérique et avait été traité pendant quatre semaines à la polyclinique par la rhubarbe, l'aloès, etc.

Sa constitution est robuste; sa peau est d'un jaune brun. Ses réponses sont lentes et faites avec humeur, cependant raisonnables. Les organes de la cavité thoracique sont à l'état normal, le pouls est mou à 64. Langue couverte d'un enduit gris bleuâtre, appétit peu développé. L'abdomen, un peu distendu par des gaz, contient une quantité modérée de liquide. Le foie est peu tuméfié; l'obscurité du son embrasse sur la ligne médiane 8 centimètres, sur la ligne du mamelon 15, sur la ligne axillaire 12. Les parties de la surface de cet organe accessibles au toucher sont lisses, sans inégalités; son bord est tranchant. A la hauteur de l'ombilic on sent au côté externe du muscle droit une tumeur pyriforme, lisse, mobile, qu'on peut suivre jusque sous le bord du foie. Malgré un examen répété on ne put trouver de tumeur solide sur le trajet du canal cholédoque jusqu'à son insertion dans le duodénum. Eu égard aux accès antérieurs de colique hépatique, il y avait donc lieu d'attribuer à une oblitération du canal cholédoque par des concrétions, l'ectasie des voies biliaires et l'ictère. Mais, on ne pouvait cependant porter un diagnostic d'une certitude absolue sur la cause de cette obstruction.

Jusqu'au 2 décembre, le malade prit du calomel avec de l'opium. Les selles se régularisèrent, devinrent vertes de grises qu'elles étaient, mais on n'y trouva pas de calculs biliaires.

Pour éviter la salivation, on supprima le mercure et on entretint les selles avec de l'aloès; on chercha à réveiller l'activité de la digestion très-affaiblie par la teinture de quina composée avec l'éther acétique.

Peu à peu, la peau prit une teinte bronzée, l'urine devint d'un noir brun; la quantité en était faible, et diminua de plus en plus en raison du peu de soif éprouvée par le malade. Les selles étaient légèrement brunes, non pas à cause de la présence du pigment biliaire; mais, comme le microscope le montra, à cause de la présence d'un grand nombre de cellules épithéliales imprégnées de pigment noir, provenant de la muqueuse et des glandes de l'estomac.

A partir du 4 décembre, l'amaigrissement du malade augmenta rapidement, les forces tombèrent, l'appétit se perdit complètement et il survint en outre des selles sanguinolentes, fréquentes, avec ténesme. Pouls mou à 70, sensorium obtus, le malade répond à peine. L'urine devenait très-rare autant qu'on pouvait en apprécier

la quantité, en raison de l'augmentation toujours croissante des selles dysentériques. Dans la dernière nuit, l'agitation devient extrême, le malade veut quitter son lit, l'épuisement augmente.

Mort le 10 décembre à 6 heures et demie du matin.

Autopsie, six heures après la mort. La peau du cadavre est d'un brun jaune, bronzée par places, à la face interne des cuisses par exemple, pendant que le visage est plus pâle. Pas d'œdème.

La voûte du crâne a 7 lignes d'épaisseur; elle présente peu de substance diploïque. La dure-mère est jaune et épaisse; sous elle on trouve étendue sur les deux hémisphères une couche mince de sang extravasé; la substance cérébrale a sa couleur et sa consistance normales.

La muqueuse du pharynx et de l'œsophage présente une teinte ictérique, elle est à l'état normal d'ailleurs; il en est de même de celle des voies aériennes. Les deux poumons sont emphysémateux en haut et sur leurs bords, engoués par hypostase en arrière et en bas. Le ventricule droit du cœur contient des caillots fibrineux, fermes, imbriqués dans les trabécules. La substance musculaire et les valvules des deux côtés sont à l'état sain; l'endocarde est d'un jaune foncé.

On trouve dans la cavité péritonéale deux livres de liquide d'un brun rougeâtre donnant la réaction du pigment biliaire.

Le foie occupe encore exactement la place que lui avaient assignée, lors de l'entrée du malade, la percussion et la palpation. Son volume est peu augmenté. Sa surface est lisse, ses bords sont tranchants. Cet organe est extrait avec les parties voisines pour examiner en place les rapports des voies biliaires (1). Elles sont énormément distendues. Le canal cholédoque (d), a un demi-pouce de diamètre (fig. 26).

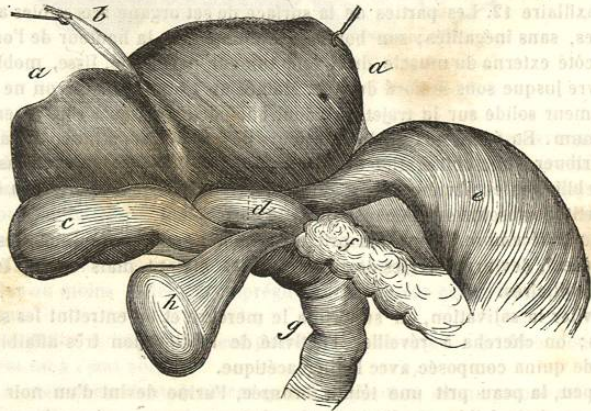


Fig. 26.

immédiatement avant son passage dans le duodénum; le canal cystique, la vésicule et les conduits hépatiques sont dilatés dans la même proportion (2); toutes ces ca-

(1) Voyez figure 26. — a, le foie relevé. — b, ligament *teres*. — c, la vésicule distendue. — d, le canal cholédoque dilaté. — e, l'estomac. — f, le pancréas. — g, le duodénum. — h, le rein droit.

(2) Le canal cystique avait 11 lignes; le canal hépatique, 22; un conduit biliaire du lobe droit, 17 lignes.

vités sont remplies par un liquide muqueux, blanchâtre et cependant transparent, ayant une faible réaction alcaline; l'addition d'acide nitrique n'y fait découvrir aucune trace de matière colorante biliaire. Le réactif de Pettenkofer n'y fait pas non plus découvrir les acides de la bile. Le microscope n'y révèle nulle part la présence de l'épithélium habituel des voies biliaires, mais on trouve à sa place des globules semblables aux corpuscules du mucus, isolés ou réunis en grande quantité, de manière à simuler des plaques épithéliales. L'acide nitrique ne donne avec ce liquide aucun précipité ou seulement un précipité insignifiant. L'addition d'acide acétique le rend épais, gélatineux; l'eau y détermine un léger trouble; évaporé à la température de 100 degrés centigrades, ce liquide laisse 1,80 p. 100 de résidu solide dans lequel il y a 1,15 p. 100 de cendres et 0,65 p. 100 de matières organiques. Les cendres renferment 0,080 de terres insolubles dans l'eau, 0,070 de sels alcalins solubles.

Eau.....	98,20
Parties solides.....	1,80
<hr/>	
Matières organiques, mucus, etc.....	0,65
Alcalis.....	0,070
Terres, etc.....	0,080

La vésicule biliaire, outre quelques petites concrétions muriformes, contient un liquide entièrement semblable à celui que nous venons de décrire avec 1,72 p. 100 de résidu solide.

Le parenchyme du foie est fortement coloré en brun, et on voit par places les ramifications des veines hépatiques hyperhémées; sur des tranches minces de parenchyme cuit, rendues transparentes par une faible lessive de potasse, on aperçoit de nombreux conduits biliaires présentant des dilatations, partie cylindriques, partie en forme de poche (fig. 27). En certains points du foie, on peut suivre ces conduits jusqu'à la périphérie des lobules, tandis qu'on ne peut y parvenir en d'autres endroits. Il est impossible de saisir la continuité des extrémités obtuses ou en massue des conduits dilatés avec l'origine plus déliée des voies biliaires à l'intérieur des lobules. Il en est de même dans les points où la coupe a atteint les conduits excréteurs dilatés, suivant leur longueur. On voit mieux ici les poches en forme de sinus, mais le conduit se termine toujours brusquement à la périphérie des lobules sans se continuer par des prolongements plus fins.

Les cellules hépatiques ont en grande partie leur constitution normale; elles paraissent pâles, pauvres en contenu granuleux, il n'y en a qu'un petit nombre dont le noyau soit bien apparent; une autre partie est chargée de pigment, contient des molécules brunes à l'état d'isolement au voisinage du noyau ou sur le bord de la cellule, çà et là des groupes très-serrés, parfois aussi des globules verdâtres encore plus gros en forme de gouttelettes (pl. I, fig. 3). Quelques cellules sont uniformément colorées en brun jaunâtre ou en vert. On voit aussi au milieu de ces éléments des corpuscules allongés en forme de boudin, colorés en brun ou en brun verdâtre, flottant le plus souvent en liberté, rarement fixés au côté d'une cellule; moins souvent ces corpuscules paraissent globuleux, arborescents ou à angles aigus.

Les gros vaisseaux du foie, veine-porte, veines et artère hépatiques n'offrent rien d'anormal. La rate petite, ridée, pauvre de sang et ferme, pèse 0,14 kilogr. La muqueuse de l'estomac d'un jaune pâle présente d'ailleurs l'état normal; la tête du pancréas est augmentée de volume, dure, transformée en une substance squarreuse de nouvelle formation; ce cancer obtère complètement le canal cholédoque