

la qualité, il faut attendre que des expériences non équivoques pratiquées au moyen de fistules biliaires aient résolu la question.

Les anciens attribuaient une grande vertu à ces extraits, aussi bien qu'aux sucs d'herbes fraîchement exprimés. Van Swieten raconte en détail la guérison d'un ictère opiniâtre et de longue durée par des décoctions d'herbes.

4° On reconnaît une efficacité semblable contre le catarrhe gastro-duodénal au chlorate d'ammoniaque, qui a été vanté surtout par Baglivi (1), et au tartrate double de potasse et de soude, etc.

5° Les narcotiques, comme la ciguë (A. de Størk), la belladone (Richter), la thériaque (2), peuvent être employés avec succès dans les formes d'ictère dues à l'enclavement de calculs et à leur constriction spasmodique par l'élément musculaire des voies biliaires. Leur action dans les autres formes de l'ictère paraît très-problématique.

6° Les acides, comme l'acide citrique, l'acide acétique, l'acide chlorhydrique (Siebert), et particulièrement l'acide azotique et l'eau régale, ont été conseillés.

Cette dernière a été recommandée d'abord par H. Scott (3) en bains de pieds et en bains généraux, comme aussi à l'intérieur, dans l'ictère et dans d'autres troubles de l'activité fonctionnelle du foie, qui ne sont pas exactement déterminés. Plus tard Annesley, Copland et d'autres vantèrent ce remède. Plus récemment encore Henoch loua, non sans raison, son efficacité contre l'ictère catarrhal opiniâtre. Le succès pourrait tenir en partie à l'action favorable que les acides exercent sur la muqueuse gastro-duodénale tuméfiée; mais il dépend essentiellement de l'influence des acides sur l'excrétion biliaire, au moment de leur passage de l'estomac dans le duodénum. Cl. Bernard a fait cette expérience, facile à confirmer, qu'en touchant l'orifice du canal cholédoque avec une baguette de verre trempée dans un acide affaibli, on fait sortir la bile en jet, ce qui n'a pas lieu lorsqu'on touche le même point avec une faible solution alcaline.

L'effet général de l'acide nitromuriatique sur les métamorphoses de la matière et la composition du sang ne se révèle pas encore avec le degré de certitude nécessaire, pour que son efficacité dans le traitement des affections chroniques du foie, à l'exception de son

(1) Baglivi, *Praxis medica*, lib. I, *De ictero flavo*.

(2) Galien, *Œuvres*, trad. par Ch. Daremberg.

(3) Scott, *On the internal and external use of the Nitro-muriatic acid in the cure of diseases* (*Medico-chirurgical Transactions*. London, 1817, vol. VIII, p. 113).

action constrictive sur les voies biliaires, puisse être établie autrement que d'une manière empirique; en effet les données que nous possédons jusqu'à présent sont encore trop insuffisantes.

7° Les alcalis, la soude, la potasse et le carbonate d'ammoniaque ont principalement été recommandés dans les formes d'ictère dues à l'obstruction des voies biliaires par l'épaississement du produit de sécrétion ou par la formation de calculs: on espérait ainsi liquéfier la bile et dissoudre les concrétions. Nous verrons plus tard jusqu'à quel point on peut attendre ce résultat du carbonate de potasse. On l'ordonne tantôt pur, tantôt mélangé à l'extrait de rhubarbe, d'aloès, etc.

8° Les eaux minérales de Carlsbad, Marienbad, Kissingen, Hombourg, Vichy, Ems, etc. (1), abstraction faite de l'influence de la grande quantité d'eau absorbée qui traverse la veine porte et détermine une abondante sécrétion de bile claire, doivent leur efficacité essentiellement à la soude et aux sels neutres qu'elles contiennent, et constituent des remèdes difficiles à remplacer, dans les cas où l'ictère tient soit à l'hyperhémie chronique du foie avec catarrhe opiniâtre des voies biliaires et de la muqueuse gastro-duodénale, soit à des calculs biliaires, etc. L'affection primitive du foie et l'état de la constitution du malade doivent toujours diriger dans le choix de ces eaux; lorsqu'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. II. — Des formes de l'ictère et de 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.

(1) Voyez Durand-Fardel, Leuret, Lefort, *Dictionnaire général des eaux minérales et hydrologie médicale*. Paris, 1860.

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 de 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 tous points. 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.

Un rapprochement générique des différentes sortes d'ictère, fondé sur les particularités qu'entraîne la diversité des causes, nous est fourni par les 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.

§ 1. — *Ictère par un obstacle mécanique mis au cours de la bile, consécutivement 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 différents, et au milieu de phénomènes accessoires variables.

I. *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 donc la forme la plus fréquente. Il est précédé des symptômes du catarrhe

gastro-intestinal, qui se manifestent quelques jours, parfois même plus longtemps, avant que la couleur jaune de la conjonctive et de la peau soit appréciable. En même temps la région du foie devient, fréquemment, 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, lorsque les conduits excréteurs sont comprimés, 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 qu'il faut que ces organes, non-seulement soient distendus, mais aient encore une position propre à déterminer ces accidents. On a mis en doute la possibilité d'une compression de cette nature; mais c'est à tort. J'ai souvent observé des ictères accompagnés d'amas considérables de matières 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 leur 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; aussi est-ce 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. L'ictère est rare, comparativement aux cas 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. Il faut mentionner ici 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 les caillots sanguins ou les exsudats fibrineux 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.

II. *Occlusion des conduits cholédoque et hépatique.* — Elle est la conséquence tantôt d'une adhérence des parois de ces canaux par

(1) Lieutaud (*Historia anatomico-medica*, t. I, p. 211). — Roederer et Wagler (*Tractatus de morbo mucoso*. Gottingen, 1783). — Cruveilhier (*Diction. de médecine et de chirurgie pratiques*. Paris, 1831, t. VII, p. 320, article ENTOZOAIRES). — Laennec (*Dictionnaire des sciences médicales*, article ASCARIDE. Paris, 1812, t. II, p. 339). — Guersant (*Diction. de médecine*, en 30 volumes, article VERS INTESTINAUX. Paris, 1846, t. XXX, p. 565), et Davaine (*Traité des Entozoaires*. Paris, 1860, p. 156), rapportent des observations de vers ascarides engagés dans les conduits biliaires; cependant l'ictère ne paraît pas avoir toujours coexisté.

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

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 hépato-duodéнал, par des carcinômes du pylore, du duodénum ou de la tête du pancréas, par des tumeurs du foie se développant en bas, etc. (1).

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 (2) a trouvé 7, et Van Swieten 8 pintes de bile épaisse accumulée dans la vésicule. Par un 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, la tumeur saillante est appréciable à l'œil (3).

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,

(1) Job Van Meckren rapporte une occlusion des canaux biliaires par intussusception; Stokes (*Diseases of the Heart*, p. 638), par un anévrysme de l'artère hépatique.

(2) Jonge, *Philosoph. Transact.*, t. XXVII.

(3) 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 rendirent 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.

et il se développe un épanchement séreux dans la cavité abdominale ; parfois il survient des hémorrhagies 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.

III. *Rétrécissement ou occlusion 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, comme les carcinômes, les échinocoques, les foyers inflammatoires, etc., rendant imperméables de grosses branches des canaux excréteurs, 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 alors les fèces restent mélangées de bile. Il est à remarquer que l'ictère développé sous ces influences permanentes, malgré la lésion organique, ne suit jamais un cours uniforme, mais paraît tantôt plus, tantôt moins prononcé, suivant les oscillations imprimées, par les variations dans l'afflux du sang, au volume du produit de nouvelle formation, à l'activité sécrétoire du foie et à celle des reins. 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'éprouvent 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 par la graisse 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 hyperhémies intenses du foie, à celles par exemple qui sont dues à des 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 rapporterons les observations suivantes.

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.* — 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 le 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

(1) Stokes (*Diseases of the Heart*, p. 206) a vu, avec une insuffisance de la valvule bicuspidée, 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.

un peu augmenté ; l'obscurité du son mesure 12 centimètres sur la ligne sternale, 13 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 démangeaisons 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 moindres, 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, depuis 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 : décoct. de rac. de polygala, 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'affaïsse 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 grandeur d'une lentille, d'une pièce de 50 centimes, sur la peau du tronc et des membres.

Autopsie, vingt-six heures après la mort. Voûte crânienne et dure-mère colorées 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 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'hypochondre gauche. L'S 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 étant dégagée de ses adhérences et le canal cholédoque mis à nu, celui-ci a un pouce de largeur 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 l'estomac, une ulcération simple, ovale, grande environ comme une pièce d'un franc. 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

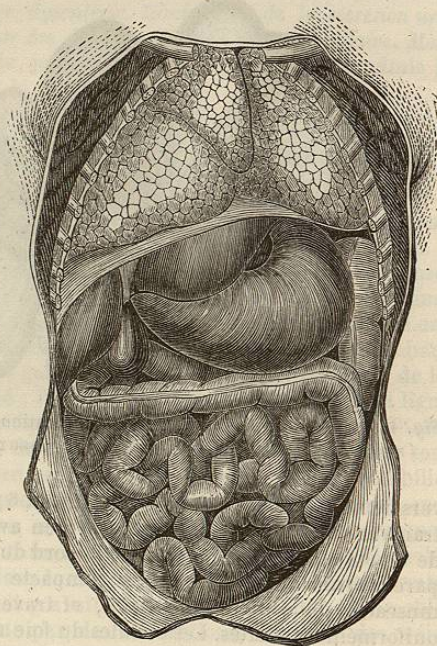


Fig. 41. — Situation des viscères, dans un cas d'ectasie des voies biliaires. — Suite d'un cancer du duodénum.

(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.

de un pouce de largeur et de un 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) un sillon de constriction profond; son lobe gauche mesure trans-

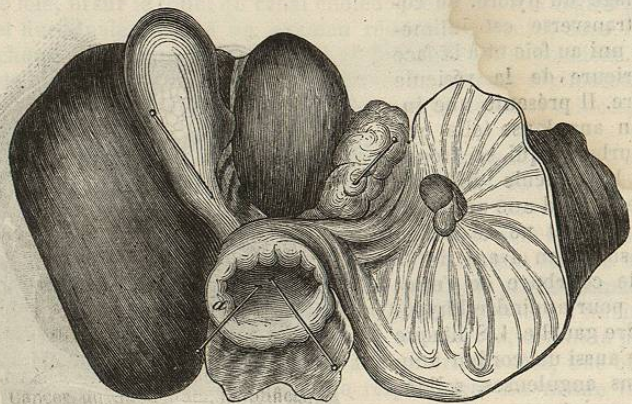


Fig. 42. — Cancer du duodénum, amplification des canaux biliaires; ulcération simple de l'estomac. — a, orifice des canaux cholédoque et de Wirsung.

versalement 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 un pouce et demi. Le parenchyme de la glande est compacte 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.

Kölliker a, dans ces derniers temps, attiré l'attention sur les transformations calcaires des artères viscérales et sur la formation d'ulcères sim-

ples 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 (1). 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. — *Carcinôme 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; sa quantité 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.

(1) Kölliker, *Würzburger Verhand.*, t. VI, p. 474.