

duits, certaines conditions accessoires qui ne sont pas toujours réalisées, et la symphyse, quoique générale, peut être parfaitement latente, ainsi que cela avait lieu dans un cas que j'ai observé il y a déjà plusieurs années (1). Mais cette circonstance ne peut atténuer en rien la valeur sémiologique des phénomènes que nous venons d'étudier.

(1) Jaccoud, *Note sur un cas de tuberculisation généralisée avec adhérence totale du péricarde* (Bullet. de la Soc. anat., 1858).

DIXIÈME LEÇON

DE L'ICTÈRE. — DU CATARRHE AIGU DES VOIES BILIAIRES

Sur un cas d'ictère fébrile. — Diagnostic du symptôme; — de sa condition pathogénique; — de sa cause.

De la congestion hépatique et de ses formes. — Diagnostic de la congestion active et du catarrhe aigu des voies biliaires. — Localisations distinctes de ce dernier. — Cholécystite. — Angiocholite catarrhale. — Diagnostic différentiel.

Formes anatomiques et étiologiques de l'angiocholite. — Pronostic. — Traitement.

Messieurs,

Le garçon de vingt ans qui est au n° 1 de la salle Saint-Charles est dans le service depuis quelques jours. Quand nous l'avons observé, le lendemain de son entrée, nous avons été frappé de la teinte anormale de ses téguments. Cette coloration, qui persiste encore aujourd'hui, mais notablement affaiblie, était d'un jaune vif; répandue sur toute la surface cutanée, elle présentait une intensité particulière dans les culs-de-sac des conjonctives, à la voûte palatine et à la face inférieure de la langue, sur le trajet des veines ranines. L'urine était haute en couleur, d'une teinte brunâtre se rapprochant de celle de l'acajou; c'était déjà une forte présomption en faveur de la présence de la matière colorante de la bile; l'addition de quelques

gouttes d'acide nitrique transformait cette probabilité en certitude, en communiquant au liquide une couleur vert foncé caractéristique. Ce renseignement ne laissait aucun doute sur la provenance de la coloration jaune des téguments; cette teinte était due à l'imprégnation des tissus par le pigment biliaire; c'était donc un ictère.

Dans tous les cas de ce genre, c'est ainsi que vous devez procéder, c'est l'origine de la coloration anormale que vous devez déterminer tout d'abord. Cette première recherche ne présente aucune difficulté; le plus souvent il suffit d'un coup d'œil jeté sur le malade pour reconnaître la jaunisse, et si, en raison du peu d'intensité de la teinte ou de quelque autre circonstance, vous conservez quelque hésitation, l'examen méthodique de l'urine la fera bientôt disparaître. Sachez seulement que la réaction caractéristique de ce liquide n'apparaît pas constamment d'emblée; dans certains cas rares, elle ne se montre qu'au bout de quelques heures; il est donc sage de ne pas se prononcer précipitamment lorsque l'épreuve est d'abord négative. Quand la réaction est positive, quand l'acide nitrique démontre dans l'urine la matière colorante de la bile, la conclusion est absolue, la teinte jaune des téguments, quelque faible qu'en soit la nuance, est due à la présence de ce pigment dans les tissus, c'est un ictère.

Mais cette donnée, messieurs, ne l'oubliez jamais, n'est que la première étape du diagnostic, vous ne devez pas vous y arrêter; cette notion est absolument stérile pour le pronostic et pour le traitement; ceux-ci ne peuvent être basés que sur un diagnostic complet; après avoir reconnu l'ictère, il faut en rechercher la condition patho-

génique et la cause, c'est-à-dire qu'après avoir fait le diagnostic symptomatique, il faut procéder au diagnostic pathogénique et au diagnostic nosologique. Alors seulement vous êtes en mesure de porter un jugement motivé sur votre malade, et de prendre à son égard une détermination rationnelle.

Or donc, notre jeune homme a un ictère, et le premier point à élucider est le rapport chronologique de cet ictère avec les autres symptômes; en d'autres termes, il faut savoir si la jaunisse a été le désordre premier, le phénomène primitif, ou si elle est apparue secondairement après une indisposition plus ou moins longue. A cette question primordiale notre malade a répondu par les renseignements suivants :

Il était en parfaite santé huit jours avant son entrée à l'hôpital; s'étant couché bien portant après un modeste repas, il fut réveillé une heure plus tard par des douleurs qui, localisées d'abord au creux épigastrique, s'étendirent bientôt à tout l'abdomen. Cela dura à peine une demi-heure, et le reste de la nuit fut tranquille.

Le lendemain, qui était un vendredi, ce garçon était aussi bien portant que d'habitude, et il alla se présenter au conseil de révision; le samedi, tout alla bien jusqu'à trois heures de l'après-midi; mais alors reparurent les douleurs abdominales de l'avant-veille; le malade dut quitter son travail de bijoutier et prendre le lit. Ces douleurs, qu'il caractérise du nom de coliques d'intestin, occupaient la totalité du ventre; elles étaient cependant plus marquées dans la moitié supérieure droite, et ne présentaient pas d'irradiations à distance. Vers le soir, ces phénomènes douloureux s'amendèrent, mais la fièvre

survint, avec une constipation opiniâtre; la journée du dimanche se passa ainsi, et le lundi seulement, vers le milieu du jour, la face devint jaune; la coloration se généralisa dès le lendemain, et le malade nous est arrivé le jeudi, avec sa fièvre et sa jaunisse, sans avoir éprouvé de nouvelles douleurs.

Notre question de tantôt est ainsi nettement résolue : l'ictère a été consécutif, il a succédé à une indisposition de quatre jours, caractérisée par des douleurs abdominales, de la constipation et de la fièvre survenue au troisième jour. Cette fièvre, nous l'avons constatée nous-même pendant plusieurs jours; la peau était chaude et le pouls se maintenait à 84; or, la fréquence du pouls étant au-dessous de la moyenne normale dans l'ictère apyrétique, cette accélération, quoique peu marquée, est dans l'espèce un signe certain de fièvre. En possession de ces renseignements, nous pouvions faire un pas de plus, et rechercher l'origine de cet ictère secondaire. Suivant dans cet examen l'ordre des probabilités, ordre logique dont je vous engage à ne jamais vous départir dans vos investigations cliniques, nous devons avant toute chose interroger l'appareil hépatique lui-même. Or, toute cette région était douloureuse à la pression; il n'y avait pas de douleurs spontanées, mais le contact de la main, pour peu qu'il fût brusque, déterminait une sensibilité très-vive, et cela dans tous les points occupés par le foie et jusqu'au creux épigastrique. Quoique pénible, la percussion put être méthodiquement pratiquée, et elle montra que le foie était augmenté de volume dans toutes ses dimensions; dépassant les côtes de deux travers de doigt au moins, il présentait le même débord au delà de la

ligne médiane. Nous arrivions ainsi à cette proposition très-nette : l'ictère est lié à un état fébrile antécédent et à une intumescence douloureuse du foie.

Cette conclusion limite heureusement la question, elle restreint le diagnostic entre une congestion et une turgescence quasi mécanique produite par le gonflement inflammatoire des voies biliaires.

Nombreuses sont les formes de la congestion hépatique; mais l'âge et la bonne santé habituelle de notre malade d'une part, d'un autre côté les symptômes aigus qu'il a éprouvés, nous permettent d'éliminer d'emblée trois groupes importants : premièrement, la congestion mécanique et passive qui résulte de la gêne de la circulation dans les maladies du cœur et des poumons; secondement, la congestion des hémorroïdaires et des goutteux; troisièmement, la congestion avec hypersécrétion biliaire qui est observée dans les pyrexies graves, surtout dans celles qui présentent la forme dite bilieuse.

En raison des conditions actuelles et antécédentes de l'individu, la congestion active, la fluxion hépatique, est la seule, à vrai dire, à laquelle on puisse songer sérieusement. Cette congestion, qui est souvent la manifestation initiale d'une phlegmasie hépatique est très-fréquente dans les pays chauds, surtout lorsqu'à la chaleur du climat s'ajoute l'influence pathogénique puissante de la malaria; les individus qui ont souffert du foie dans ces contrées en emportent assez souvent une prédisposition spéciale, par suite de laquelle ils viennent présenter plus tard, dans un climat tempéré, un complexus morbide qui est étranger à la pathologie ordinaire du pays; si

notre garçon avait habité l'Algérie ou quelque autre des régions à maladies hépatiques, il y aurait donc lieu de compter avec cette possibilité, et de nous demander si les accidents actuels ne sont pas la manifestation à lointaine échéance de l'impression climatérique antérieure. Ce soin est ici superflu, notre malade n'a jamais quitté la France.

Les affections d'origine exotique étant ainsi bien et dûment hors de cause, nous ne sommes pas cependant complètement en règle avec la congestion active; un point doit encore être élucidé sur lequel j'appelle votre attention, parce qu'il appartient à la pratique de nos climats. Quoique rare, la fluxion du foie est cependant observée sous nos latitudes, mais elle ne semble pas s'y développer spontanément; les gros mangeurs et les buveurs y sont surtout sujets; on la voit aussi chez des individus qui ne font pas habituellement d'excès de table ou de boisson, mais qui fortuitement ont oublié la sobriété de leur régime; dans quelques cas plus rares enfin, la congestion hépatique résulte, comme toute autre hyperémie, de l'action du froid. Or ces diverses conditions étiologiques, sur lesquelles vous devez toujours vous faire renseigner, font totalement défaut dans le cas présent; le malade, d'ailleurs, nous offre un symptôme qui suffit à lui seul pour exclure la fluxion active dont je vous ai énuméré les causes principales; ce symptôme, c'est la décoloration des matières fécales. Elles sont tout à fait grises; conséquemment il y a obstacle à l'écoulement de la bile, son cours naturel est suspendu, elle ne peut plus arriver dans l'intestin. Eh bien, cela ne se voit pas dans les diverses formes de congestion active que nous venons de passer en revue; ces fluxions ne sont pas constituées par

une simple hyperémie, il y a en même temps hypersécrétion, ce sont des *congestions avec polycholie*, ou bien, selon la juste expression du professeur Monneret, des *congestions sécrétoires*. Or, dans ces cas-là, les matières fécales ne sont pas décolorées et souvent l'ictère manque; lorsqu'il existe, il résulte non pas d'un obstacle mécanique au cours de la bile, mais de l'hypersécrétion même, qui modifie les conditions de la diffusion normale dans les racines des canalicules biliaires. C'est cet ictère que l'on pourrait qualifier de paradoxal, pour rappeler la contradiction qui existe alors entre l'imprégnation des tissus par la matière colorante de la bile, et la persistance de celle-ci dans l'intestin.

Nous voilà donc en mesure d'éliminer d'une manière absolue et sans crainte d'erreur la fluxion hyperémique du foie; néanmoins, comme l'organe est tuméfié et douloureux, comme l'ictère a été précédé et accompagné de fièvre, force est bien de rapporter à un processus actif les accidents observés, et l'inflammation catarrhale des voies biliaires peut seule en rendre compte. Nous en avons d'ailleurs un signe direct qu'il n'est pas toujours facile de constater, mais qui chez ce malade présente une grande netteté. Je vous ai dit que toute la région hépatique est sensible à la pression, mais il y a un point où cette sensibilité est beaucoup plus vive: c'est tout à côté du bord externe du muscle droit, dans le sinus formé par ce muscle et le rebord costal; dans ce point, la palpation donne une sensation de rénitence, d'empâtement profond, et la percussion fournit une matité qui dépasse celle du bord inférieur du foie; le contour de cette matité exubérante est convexe par en bas, il est sensiblement

pyriforme. Si ces symptômes étaient constatés au niveau même du muscle droit, on pourrait douter de leur valeur, il faudrait tout au moins songer aux erreurs tactiles et plessimétriques qui peuvent résulter de la présence d'un gros faisceau musculaire; mais, je vous le répète, c'est en dehors du muscle, à côté de son bord externe, que siègent ces phénomènes; il n'y a donc pas d'illusion possible, ils appartiennent bien positivement à la vésicule biliaire; la palpation nous la montre rénitente et douloureuse, la percussion nous apprend qu'elle est tuméfiée, elle est donc le siège d'un travail phlegmasique, et le diagnostic reçoit ainsi une confirmation directe.

D'un autre côté, l'inflammation n'est certainement pas limitée à la vésicule, il ne s'agit pas d'une simple cholécystite. Dans cette maladie, en effet, surtout à son début, les voies d'excrétion de la bile étant libres, il n'y a ni jaunisse, ni décoloration des fèces; ces deux symptômes sont la preuve que la phlegmasie a dépassé les limites du réservoir biliaire, et qu'elle a envahi, simultanément ou peu après, les canaux excréteurs, soit seulement dans leur trajet en dehors du foie (canal hépatique et canal cholédoque), soit aussi dans leur portion intra-hépatique. Ce n'est pas une inflammation de la vésicule seule qui est en cause, je le répète, c'est aussi une inflammation des canaux ou vaisseaux biliaires; la fièvre et les douleurs sont imputables à cette phlegmasie dans son ensemble, mais l'ictère et la décoloration des matières sont le fait exclusif de l'inflammation des canaux. Ces deux localisations du travail morbide ayant ainsi une symptomatologie parfaitement distincte, il convient de consacrer par les termes cette distinction clinique. L'inflammation de la vésicule porte

un nom qui l'isole, c'est la *cholécystite*; il faut que l'inflammation des canaux biliaires soit également individualisée par un nom; je ne puis vous en proposer de meilleur que celui qui a été employé par mon ami Luton (de Reims) dans son excellent travail sur les voies biliaires; ce sera donc l'*angiocholite*. Remarquez, messieurs, qu'au point de vue clinique, c'est elle qui détermine les symptômes les plus frappants; à la cholécystite appartiennent les douleurs limitées et les phénomènes locaux de palpation et de percussion, mais à l'angiocholite ressortissent l'ictère, la décoloration des matières fécales et la distension du foie par la bile dont le cours est entravé. J'ai insisté à dessein sur ces détails, parce que cette distinction des deux phlegmasies suivant leur siège est souvent oubliée, et qu'elle présente cependant une importance pratique réelle. L'appareil excréteur de la bile est très-souvent pris dans son ensemble, comme chez notre malade; mais la cholécystite peut exister parfaitement isolée, et cette circonstance est un motif de plus pour la séparation de ces deux états pathologiques.

L'angiocholite, comme la cholécystite, revêt deux formes bien différentes. L'une, plus rare, est une inflammation exsudative avec produits albumino-fibrineux moulés sur la cavité des organes; elle dépasse souvent ce degré et aboutit à la suppuration et à l'ulcération de la vésicule ou des canaux. Cette forme, qui est observée dans les fièvres du genre typhus, dans la fièvre jaune, dans la pyémie et dans le cours de certaines maladies chroniques du foie, telles que le cancer et la lithiase, n'est souvent reconnue qu'à l'autopsie, parce qu'elle se manifeste seulement par de la fièvre et des douleurs, dont

la signification est voilée par la maladie antérieure; quant à l'ictère, l'angiocholite exsudative ne l'amène que lorsque les produits phlegmasiques ont oblitéré les canaux d'excrétion. Dans le cancer et la lithiase hépatique, cette inflammation a une marche lente, elle est chronique, comme l'ictère qu'elle produit, elle est la cause la plus ordinaire de la perforation de l'appareil biliaire.

L'autre forme est une inflammation toujours superficielle et strictement limitée à la muqueuse; elle en détermine la turgescence et l'hypersécrétion, sans exsudation proprement dite; les cylindres que l'on trouve parfois alors dans les canaux ne sont point des produits albumino-fibrineux exsudés, ce sont tout simplement des cylindres muqueux mélangés d'épithélium, résultant de la prolifération cellulaire des culs-de-sac glandulaires et de la sécrétion exagérée du mucus. C'est donc, vous le voyez, un type d'inflammation catarrhale; de là les noms de catarrhe aigu des voies biliaires, de cholécystite, d'angiocholite catarrhale. C'est à cette forme que nous avons affaire dans le cas actuel; je ne reviens pas sur les symptômes ni sur la marche de cette inflammation, car notre malade nous en a offert un tableau des plus fidèles et des plus complets; un seul trait a manqué chez lui, je vous le signale, ce sont des nausées et quelques vomissements durant les premiers jours, surtout au moment où la fièvre apparaît.

Dans tous les faits de ce genre, le mécanisme pathogénique de l'ictère est des plus simples: la turgescence de la muqueuse et l'accumulation du mucus sécrété obstruent les grands canaux biliaires, les éléments de la bile sont résorbés; en même temps, si l'obstruction est

complète, ce liquide disparaît de l'intestin. Dans quelques cas, ces mucosités encombrantes occupent à la fois le canal hépatique, le cystique et le cholédoque; mais souvent aussi elles sont limitées sous forme de bouchon muqueux à l'orifice duodénal du canal cholédoque, et si l'on n'est pas prévenu de ce fait, on pourra le méconnaître à l'autopsie et juger libres et perméables des voies biliaires qui, en réalité, sont oblitérées. On entassera alors hypothèse sur hypothèse pour expliquer un ictère qui n'est obscur que parce qu'on en a ignoré la condition productrice véritable. Tenez pour certain, messieurs, que la plupart des ictères que l'on a attribués à des modifications intimes et spontanées dans la composition du sang, sont tout simplement des ictères par rétention dus au gonflement ou à l'exsudation des voies biliaires; les conditions mêmes dans lesquelles on observe l'angiocholite secondaire vous l'indiquent clairement; c'est dans les pyrexies typhiques qu'elle se montre, puis dans la fièvre jaune et dans la pyémie; eh bien, c'est précisément pour l'ictère de ces maladies qu'on a invoqué une altération non définie du sang. Or, règle générale, soyez en défiance lorsque l'interprétation d'un phénomène morbide est basée sur des transformations mystérieuses et insaisissables, que l'on relègue pour les besoins de la cause dans les profondeurs insondables de l'organisme vivant; il y a bien des chances alors pour que ces grands mots ne soient qu'une manière de voile habilement jeté sur une ignorance fâcheuse; mais le voile est transparent, il ne saurait tromper.

En résumé, notre malade a été atteint d'un catarrhe aigu des voies biliaires, il a la cholécystite et l'angiocho-

lite catarrhales. Son ictère est un des symptômes de cette maladie, et il a pour condition instrumentale l'obstruction muqueuse des canaux d'excrétion. Ainsi est achevé le diagnostic complexe dont je vous annonçais en commençant les diverses obligations : diagnostic du phénomène en lui-même, ou diagnostic symptomatique ; diagnostic de sa cause ou diagnostic nosologique ; diagnostic de sa condition instrumentale ou diagnostic pathogénique. L'ictère dont notre malade est affecté est souvent désigné sous le nom d'ictère catarrhal ; je n'aime pas cette dénomination, elle ne dit pas assez ; elle s'en tient à l'effet au lieu de remonter jusqu'à la cause, et négligeant le substratum anatomique des phénomènes, elle retient quelque chose de vague et de mal défini dont l'observation rigoureuse n'a que faire : aussi les auteurs qui se servent de cette qualification sont-ils bien loin d'y attacher un sens précis ; c'est pour les uns un catarrhe de l'estomac qui est sous-entendu dans cette formule abrégative ; c'est pour les autres un catarrhe du duodénum ; un troisième groupe plus conciliant admet un catarrhe gastro-duodéal ; d'autres en minorité songent un peu aux voies biliaires, et la confusion va ainsi se propageant, il semblerait qu'il soit dangereux de la faire disparaître. Pour ma part, je m'expose volontiers à ce danger, et, préférant une périphrase à l'obscurité du langage, je dis dans ces cas-là : ictère symptomatique d'un catarrhe aigu des canaux biliaires, d'une angiocholite catarrhale.

Conduite à ce point, notre tâche est bien avancée, elle n'est pourtant pas accomplie. Si nous nous arrêtons ici, nous pourrions être embarrassé pour formuler un pro-

nostic et un traitement rationnels ; or, le *diagnostic pratique* n'est complet que lorsqu'il contient en lui ces deux applications. Le catarrhe des voies biliaires est rarement spontané, il se développe sous l'influence de causes saisissables qui sont, par ordre de fréquence, le catarrhe gastrique ou gastro-intestinal, les écarts de régime et l'existence de calculs dans les voies de la bile. Or, le pronostic et le traitement ne sont pas absolument les mêmes dans ces diverses circonstances, et le diagnostic n'est achevé que lorsqu'on a déterminé l'origine de l'angiocholite.

Lorsqu'elle est amenée par un catarrhe aigu de l'estomac, la détermination hépatique est précédée, pendant une période variable, des symptômes ordinaires de l'embarras gastrique : perte d'appétit, mauvais goût dans la bouche, langue sale et étalée, nausées, vomissements véritables, constipation, sensibilité ou douleurs épigastriques, céphalalgie, petits frissons plus ou moins répétés, fièvre, voilà ce qu'on observe avant les douleurs hypochondriques, avant l'ictère ; si l'intestin est intéressé dans ses premières parties, en même temps que l'estomac, l'ensemble symptomatique est le même, seulement la diarrhée est alors plus fréquente que la constipation. Cette variété de l'angiocholite est très-fréquente, je le répète, puisque sur quarante et un cas le savant professeur Frerichs l'a constatée trente-quatre fois. Néanmoins, je ne puis l'admettre dans le cas actuel ; notre malade a été très-bien portant jusqu'au moment où il a été pris de sa douleur hépatique. Son dernier repas, il l'a fait avec autant d'appétit que d'habitude, il n'a eu ni nausées, ni vomissements, sa langue n'a jamais présenté l'enduit blan-