

fois, un ictère qui apparaît comme bénin au début peut devenir grave par la suite, ce qui est encore une preuve à l'appui de ce que nous avançons, à savoir qu'il n'est pas permis d'établir une démarcation tranchée entre les différentes classes d'infections biliaires et hépatiques, suivant la forme qu'elles revêtent tout d'abord. Les ictères bénins comprennent l'ictère acholurique, l'ictère catarrhal, l'ictère des nouveau-nés (dans la majeure partie des cas), l'ictère émotif, l'ictère infectieux proprement dit, avec prédominance marquée des phénomènes infectieux (température élevée, diarrhée, troubles nerveux, épistaxis, urines albumineuses, etc.). Ces derniers ictères se distinguent en forme simple et forme typhoïde à rechutes. Ils sont d'origine hétérogène (infection par l'eau le plus souvent) et mériteraient plutôt d'être rangés parmi les hépatites que parmi les affections de l'appareil biliaire.

b) Dans les **angiocholites** et **cholécystites** dites infectieuses, — bien que l'ictère bénin soit lui aussi fonction de microbes, — la nature infectieuse s'affirme davantage; la fièvre, le retentissement sur l'état général, tout décèle l'étiologie, qu'il y ait ou non formation de pus dans les voies biliaires.

Ces angiocholites et cholécystites peuvent se diviser en deux classes, suivant qu'elles sont calculeuses ou non. Des premières il sera question quand nous traiterons de la lithiase biliaire; les secondes, dont l'étude est à l'ordre du jour, ne sont bien connues que depuis l'invasion de la chirurgie dans le domaine hépatique; on a mis en relief dans ces dernières années leur fréquence, non soupçonnée jusqu'ici. Le traitement chirurgical des angiocholécystites non calculeuses est une des plus belles conquêtes de la chirurgie contemporaine.

c) Les **hépatites infectieuses** commencent seulement aussi à être connues; bien des affections hépatiques primitives, dont l'étiologie était ignorée, paraissent devoir être rattachées à une origine infectieuse et — fait capital — être parfois justiciables d'une intervention, ce qui rend moins sombre leur pronostic général.

L'hépatite infectieuse peut n'être pas primitive; elle est souvent la dernière étape d'une infection dont les canaux biliaires sont le point de départ; telle est la cirrhose biliaire calculeuse. Pour elle, il peut être question d'un traitement préventif, si l'on intervient à temps pour entraver l'envahissement du parenchyme hépatique, en donnant issue à la bile infectée.

d) L'**ictère grave** primitif est l'expression de l'atteinte directe de la cellule hépatique par des agents infectieux qui, ayant franchi rapidement les voies principales d'excrétion, frappent d'emblée l'élément noble. L'ictère grave secondaire est précédé par une infection latente ou déclarée depuis un temps plus ou moins long; toutes les maladies du foie, cirrhoses et notamment cirrhoses hypertrophiques, lithiase biliaire, angiocholite catarrhale, syphilis, cancer, tuberculose, peuvent se terminer par l'ictère grave.

L'alcoolisme, le paludisme, la grossesse sont des causes générales prédisposantes.

Il nous paraît nécessaire, avant d'aborder le traitement de ces différentes formes, de rechercher comment se fait l'infection des voies biliaires.

A l'état normal, contrairement à ce qu'on admettait il y a quelques années, la vésicule biliaire et les canaux biliaires extra-hépatiques ne sont pas aseptiques; car Gilbert et Lipmann y ont trouvé constamment des germes anaérobies; toutefois, on peut continuer à considérer la bile comme relativement stérile, car elle ne contient pas les germes pathogènes habituels et l'épanchement de bile non infectée dans le péritoine ne détermine pas de péritonite.

Mais si la bile normale est stérile, elle n'en constitue pas moins un excellent milieu de culture pour les germes pathogènes; le coli-bacille, le bacille d'Eberth, les streptocoques, les staphylocoques, le pneumocoque même s'y développent admirablement.

Ces germes proviennent de l'intestin et même de la dernière partie du cholédoque qui communique avec lui. Le duodénum (Gessner) et la partie terminale du canal cholédoque

sont très riches en micro-organismes; à l'état normal, le courant de la bile réalise mécaniquement l'asepsie des voies biliaires, mais tout obstacle au cours de la bile, toute cause générale augmentant la virulence des hôtes normaux du tube digestif, peut-être aussi les modifications dans la composition chimique de la bile, favorisent l'infection des voies biliaires.

Cette infection peut être réalisée expérimentalement; il suffit de lier le canal cholédoque (Netter, Gilbert, Girode, etc.). La ligature prépare la voie à l'infection en arrêtant la circulation biliaire et en traumatisant les parois du canal; l'obstruction calculeuse du cholédoque n'agit pas autrement: le calcul, en oblitérant le canal, s'oppose à l'écoulement de la bile et provoque l'érosion de la muqueuse. Parfois c'est un obstacle extrinsèque qui, par compression, réalise les mêmes conditions favorisantes (cancer du pancréas, par exemple).

L'existence d'un obstacle intrinsèque au cours de la bile ou d'un agent extérieur de compression n'est d'ailleurs pas nécessaire pour que l'infection se produise; l'un des facteurs invoqués plus haut peut suffire, nous voulons parler de l'influence des maladies générales exaltant la virulence des microbes intestinaux, et notamment des infections coli-bacillaire, typhique, cholérique, pneumococcique, etc. Par un mécanisme encore obscur, la grossesse prédispose à l'infection des voies biliaires, comme les maladies générales qui viennent d'être citées.

Les agents des infections biliaires sont, avons-nous dit, les hôtes habituels ou accidentels de l'intestin. Le coli-bacille est le micro-organisme qu'il faut incriminer dans la pluralité des cas, toujours, quand il existe de l'obstruction des voies biliaires. Il peut exister seul, à l'état de culture pure dans les voies biliaires, ou être associé aux autres micro-organismes; viennent ensuite le bacille d'Eberth, le streptocoque, le tétragène, le bacille virgule, le staphylocoque, le pneumocoque et même le bacille de Koch qui peuvent aussi se rencontrer soit isolément, soit associés diversement.

Au cours des maladies infectieuses, les voies biliaires sont envahies soit par l'agent pathogène (bacille d'Eberth, bacille cholérique), soit par les germes intestinaux et notamment le coli-bacille. La conséquence habituelle de l'infection des voies biliaires est la suppuration qui peut rester localisée aux canaux extrinsèques et à la vésicule, mais aussi s'étendre au foie (les abcès dits aréolaires ne sont autres que des abcès biliaires). Toutefois, l'infection n'a pas toujours pour conséquence la suppuration; la vésicule, quoique infectée, peut contenir un liquide clair (hydrocholécystite) et les lésions des conduits peuvent se limiter aux altérations endothéliales (angiocholites catarrhales).

L'ictère, la douleur hépatique, l'augmentation de volume du foie, celle de la vésicule, la fièvre intermittente, etc., tels sont les signes cardinaux de l'infection des voies biliaires. S'il est facile de localiser dans le système biliaire les accidents que l'on constate, il n'en est pas de même quand il s'agit de remonter à leur cause; bien souvent des angiocholites non calculeuses ont été prises pour des angiocholites liées à la lithiase. On sait aujourd'hui que les crises douloureuses à forme de coliques hépatiques peuvent être dues non seulement à des calculs, mais encore à des brides, à des adhérences, parfois peut-être à un simple spasme des voies biliaires; il est certain que les pseudo-coliques hépatiques disparaissent souvent même quand on supprime les adhérences. Les interventions chirurgicales ont projeté une vive lumière sur ce point. « Ce qui complique, dit M. Quénu, le diagnostic des angiocholites infectieuses non calculeuses, c'est que parfois les accidents ont commencé par des crises douloureuses simulant à s'y méprendre la colique hépatique. Or, nous savons actuellement que ce syndrome n'annonce pas toujours l'existence d'une lithiase, mais qu'il n'est que l'expression de la souffrance du foie. Si l'on ajoute à ces douleurs abdominales, d'abord intermittentes, puis continues, l'existence d'un ictère accusé, la décoloration des selles, la fièvre, l'augmentation de volume du foie, un mauvais état général, accusé par du subdélirium et de la sèche-