

dus aux lésions biliaires qui ouvrent la scène, les symptômes de l'appendicite n'apparaissent que secondairement, quelques jours, quelques semaines, quelques mois plus tard.

Tel malade, par exemple, a dans son passé des signes non douteux de colique hépatique ou de cholécystite; il a éprouvé, il y a un an, il y a six mois, il y a quelques semaines, ou quelques jours, des douleurs localisées à l'hypochondre droit ou à la région de la vésicule; on a fait à cette époque le diagnostic de lithiase biliaire, de colique hépatique, de cholécystite calculeuse ou non calculeuse. A un moment donné surviennent des douleurs localisées à la fosse iliaque droite; ces douleurs sont accompagnées d'autres symptômes qui permettent de diagnostiquer une appendicite aiguë, subaiguë ou chronique. Habituellement, surtout dans les formes aiguës, ce sont les symptômes de l'appendicite avec ou sans péritonite qui prennent le dessus, et les symptômes de cholécystite s'effacent ou disparaissent. Dans d'autres cas, surtout dans les formes subaiguës, les deux foyers appendiculaire et vésiculaire restent assez distincts pour qu'on puisse formuler le diagnostic de cholécystite et d'appendicite.

Bien des erreurs ont dû être commises tant que l'attention n'a pas été appelée sur l'association de l'appendicite aux cholécystites calculeuses ou non calculeuses. Tel médecin qui avait assisté plusieurs fois à des coliques hépatiques franchement caractérisées a pu croire à une nouvelle colique hépatique, le jour où d'une façon subintrante a éclaté l'appendicite. Tel autre médecin qui assiste à l'éclosion d'une appendicite aiguë peut méconnaître l'existence antérieure d'une cholécystite si les symptômes de cholécystite sont effacés ou si les renseignements qu'on lui fournit ne sont pas suffisants.

C'est donc un chapitre nouveau à ajouter à l'histoire des cholécystites et de l'appendicite; l'association possible de la double infection doit sans cesse nous tenir en éveil.

Aussi, faudra-t-il, à l'avenir, porter un soin tout particulier au diagnostic de l'accouplement de ces deux infec-

tions. Certes l'infection de la vésicule ne manque pas de gravité, mais l'infection de l'appendice est bien plus redoutable. Méconnaître l'appendicite et se cantonner sur le terrain seul de la cholécystite est une erreur à tous les points de vue préjudiciable, car elle peut fausser l'indication thérapeutique. On croit alors avoir tout le temps de combattre l'infection de la vésicule biliaire, on temporise et, pendant ce temps-là, l'appendicite qu'on a méconnue peut marcher rapidement avec son cortège d'accidents toxi-infectieux, avec ou sans péritonite, avec ou sans gangrène, avec ou sans perforation, et la vie du malade est compromise par la double ou par la triple infection, faute d'avoir agi à temps.

C'est ici que l'intervention chirurgicale hâtive est plus indiquée que jamais. N'opérer que la cholécystite lorsqu'il y a appendicite concomitante, c'est laisser à la toxi-infection appendiculaire toute sa gravité; mais n'opérer ni l'une ni l'autre et prêcher la temporisation, c'est aller au-devant d'accidents les plus redoutables.

#### § 24. LOBE ABERRANT DU FOIE

Chez certains individus, le foie, outre ses lobes normaux, présente un lobe surnuméraire qu'on a nommé lobe aberrant, lobe erratique, languette hépatique et lobe flottant, si ce lobe a une certaine mobilité.

Ce lobe aberrant prend naissance à la face inférieure du foie, au niveau du lobe carré ou dans son voisinage. Il est comme appendu au foie, qui, lui, n'est pas abaissé. Tantôt le lobe aberrant se continue directement avec la substance hépatique, tantôt il lui est relié par un pédicule ébauché ou complet<sup>1</sup>. Le volume du lobe aberrant, sa forme

1. Mouchotte et Kuss. *Soc. anatomique*, mars 1900.



et sa longueur sont variables; il peut atteindre 16 à 20 centimètres. Plus le pédicule est accentué, plus le lobe est mobile et abaissé; il simulait un rein flottant dans les cas de Pichevin et Faure<sup>1</sup>.

**Symptômes.** — Le lobe flottant du foie peut passer inaperçu; souvent il détermine des douleurs vives à l'hypocondre droit avec irradiation au flanc, à la région lombaire, à l'épaule. Les crises douloureuses simulent les crises de la cholécystite calculeuse ou les crises du rein flottant. A l'examen du ventre, on trouve la tumeur. Le foie n'est pas abaissé. Le lobe aberrant descend plus ou moins bas, il est lisse, assez mobile et parfois douloureux à la pression; il suit les mouvements du foie, à moins qu'il ne soit fortement pédiculisé. L'erreur de diagnostic la plus fréquente consiste à prendre le lobe aberrant pour un rein déplacé. Parfois lobe mobile et rein mobile existent simultanément ce qui complique le diagnostic.

Mais ce qui double l'intérêt de la question, c'est que le lobe aberrant hépatique est assez souvent associé à la lithiase biliaire et à la cholécystite calculeuse. On peut même trouver côte à côte la tumeur formée par le lobe aberrant et la tumeur de la cholécystite. Cette question a été étudiée par Riedel (Berlin 1888), qui a trouvé six fois un lobe aberrant chez des femmes atteintes de cholécystite avec ou sans lithiase biliaire. Mais la première observation en date est, à ma connaissance, le cas de mon illustre maître Trousseau<sup>2</sup>. Il s'agit d'une femme atteinte depuis quelque temps de coliques hépatiques avec ictère et accès fébriles; on sentait sur le rebord du foie une tumeur qui fut prise pour une cholécystite calculeuse. La malade ayant succombé, on constata à l'autopsie qu'il y avait en effet une cholécystite calculeuse, mais la tumeur qu'on avait sentie était due à un lobe supplémentaire du foie qui masquait la vésicule. G. Marchant en a observé plusieurs cas intéres-

1. Duvernoy. *Le foie mobile*. Th. de Paris, 1898, p. 19.

2. Trousseau. *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, t. III, p. 229.

sants<sup>1</sup>, et Le Lionnais<sup>2</sup> en a réuni un assez grand nombre d'observations.

Cette étude sur le lobe aberrant du foie prouve toutes les difficultés que présente le diagnostic, surtout quand les deux choses, lobe aberrant et cholécystite calculeuse existent chez le même sujet.

§ 23. ICTÈRE — JAUNISSE  
ICTÈRE BILIPHÉRIQUE — ICTÈRE UROBILINURIQUE  
CHOLÉMIE

**Description.** — Dans quelques circonstances, dont nous étudierons plus loin les causes et le mécanisme, la matière colorante de la bile fabriquée par le foie est résorbée; elle passe dans le sang, elle circule avec le plasma sanguin; aussi les organes, les tissus, les téguments, les humeurs, sont-ils plus ou moins colorés par la bile.

L'ictère ou jaunisse est la coloration jaune de la peau et des muqueuses par les pigments biliaires. L'ictère apparaît d'abord aux conjonctives, il se généralise ensuite à la face, à la muqueuse de la bouche, au tronc et aux membres. La peau de l'ictérique prend des colorations diverses, depuis le jaune le plus pâle (*teinte subictérique*) jusqu'au jaune foncé qui est habituellement le signe de l'ictère par rétention. Le jaune d'or, le jaune safran appartiennent surtout aux ictères aigus; la teinte jaune verdâtre, olivâtre et presque noirâtre, se voit principalement dans les ictères chroniques. L'ictère est toujours généralisé, il n'y a pas d'ictère partiel; mais il est plus ou moins accusé suivant les régions. La matière colorante de la bile se dépose dans les couches profondes du réseau de Malpighi, et la jaunisse ne disparaît

1. G. Marchant. De la cholédoectomie. *La Presse médicale*, 6 juin 1896.

2. Le Lionnais. *Tumeurs de l'hypocondre droit formées par la vésicule biliaire*. Thèse de Paris, 1896.