

Étiologie. — L'ictère grave dit primitif, celui que je viens de décrire, est une maladie rare, beaucoup plus rare que les ictères graves secondaires. Tantôt il apparaît d'emblée chez un sujet en apparence bien portant; tantôt il se développe avec le secours de causes prédisposantes, telles que la grossesse, l'alcoolisme, les excès de table, l'auto-intoxication gastro-intestinale. Tel individu, quoique fort bien portant actuellement, avait eu autrefois des coliques hépatiques, des symptômes de lithiase biliaire, une jaunisse sans conséquence, et le foie adu'téré n'en avait pas complètement perdu le souvenir. Tel autre individu, quoique fort bien portant actuellement, est *héréditairement* vulnérable et par un concours de circonstances qui font de l'hérédité pathologique une question si complexe, c'est tel ou tel organe, c'est le cerveau, c'est le rein, c'est le cœur, c'est le foie qui résistera le moins *aux attaques réitérées de la vie*. Sous l'influence de conditions encore mal connues, l'ictère grave a été observé à l'état *épidémique*¹, et il est à remarquer que l'épidémie reste limitée sans tendance à la diffusion; le foyer ne s'étend pas au delà d'une caserne, d'une prison, d'un navire. Il n'est pas rare, dans une même épidémie, d'observer, à côté de cas fort graves, des cas relativement bénins, ayant les allures de l'ictère catarrhal. M. Kelsch pense que le germe infectieux qui engendre ces différents états est d'*origine tellurique*².

Ictères graves secondaires. — Les ictères graves *secondaires* sont ceux qui surviennent dans le cours d'une maladie (fièvre typhoïde, choléra, pneumonie) qui a mis le foie en état de réceptivité. La *grossesse* est dans le même cas, car elle met le foie en imminence morbide par la stéatose de la cellule hépatique. Toutes les maladies du foie peuvent à un moment donné se compliquer des accidents hémorragiques et nerveux de l'ictère grave; je citerai : les cirrhoses alcoo-

1. Arnould et Coyne. Mémoire sur une épidémie d'ictère grave observée à Lille. *Gaz. méd. de Paris*, 1878. — Carville. Épidémie d'ictère grave. *Arch. de méd.*, 1864.

2. Kelsch. *Revue de méd.*, août 1886.

lique, biliaire, cardiaque, tuberculeuse; la lithiase biliaire, le cancer, l'obstruction permanente des canaux biliaires, les kystes hydatiques, la syphilis hépatique. Dans ces différentes lésions, la porte est ouverte aux infections secondaires et aux toxines, la cellule hépatique altérée n'est plus en état de défense. Quelques-uns de ces cas concernent des malades étant déjà atteints d'ictère, aussi l'ictère grave secondaire prend chez eux la dénomination d'ictère aggravé, qui n'est souvent « que le dernier acte de l'évolution morbide ».

Le tableau symptomatique des ictères graves secondaires est à peu près celui de l'ictère grave primitif; toutefois il est *moins* accentué, *moins* complet, l'évolution en est *moins* rapide, parce que la destruction des cellules hépatiques est d'emblée moins généralisée que dans l'ictère grave essentiel.

La marche et la gravité des accidents dépendent beaucoup de l'état où se trouvait préalablement le malade : tantôt les accidents d'ictère *aggravé* précipitent assez rapidement le dénouement, tantôt ils se succèdent lentement, ils forment un état *subaigu*, ils peuvent guérir.

Ictère et puerpéralité. — Ainsi que je l'ai dit dans un autre chapitre, ictère calculeux, ictère par rétention, n'est généralement pas à redouter chez la femme grosse; il n'en est plus de même des autres variétés d'ictères englobés sous la dénomination d'ictères infectieux. Quelle que soit la théorie invoquée pour expliquer l'adu'tération de la cellule hépatique, peu importe, du moment que la cellule hépatique est en cause, du moment qu'elle participe au processus toxi-infectieux, elle subit une adu'tération qui, dans d'autres circonstances, pourrait n'avoir pas de conséquences redoutables, mais qui, à l'état gravidique, est toujours à craindre. Voilà pourquoi l'ictère survenant chez la femme grosse (j'entends l'ictère survenant en dehors des coliques hépatiques) est toujours un symptôme dont il faut se méfier, parce qu'il est le témoin de la lésion hépatique qui peut conduire à l'insuffisance hépatique et à toutes ses conséquences. L'insuffisance hépatique est parfois accompagnée d'albuminurie et d'insuffisance rénale, les

épithéliums du rein étant directement adu'térés par l'agent toxi-infectieux, ou subissant le contre-coup dû à l'élimination d'une bile nocive¹.

Le Masson², dans sa thèse, a réuni 52 observations d'ictères survenus pendant la puerpéralité, 39 fois au moment de la grossesse et 13 fois après les couches. Les 39 cas d'ictère appartenant à la grossesse ont été suivis 15 fois de guérison et 26 fois de mort; les 13 cas d'ictère survenus à la suite de couches ont été suivis 5 fois de guérison et 10 fois de mort. Cette statistique vous indique déjà quelle est la gravité de l'ictère puerpéral.

L'ictère de la grossesse se voit surtout à partir du troisième mois, sans qu'on puisse habituellement invoquer d'autres facteurs que l'état gravidique. Souvent l'ictère est précédé de troubles gastro-intestinaux, nausées, vomissements, gastralgie, coliques; dans d'autres cas, il apparaît sans autre manifestation antérieure. La jaunisse est légère ou intense, depuis la teinte subictérique jusqu'à l'ictère foncé et généralisé. Les urines sont bilieuses et contiennent en proportions inégales du pigment biliaire et de l'urobiline; souvent aussi on y trouve de l'albumine. Les matières fécales sont moins colorées qu'à l'état normal, parfois même elles sont grisâtres et prennent la teinte du mastic. La fièvre est légère ou intense. Le foie tend à augmenter de volume, il est parfois douloureux. Les autres symptômes, anorexie, céphalalgie, diarrhée ou constipation sont extrêmement variables. Après une durée qui varie de quinze jours à un mois, les symptômes s'amendent, l'ictère disparaît, la grossesse suit son cours et la malade guérit sans autre accident. C'est la forme bénigne.

Mais, dans d'autres cas, si la lésion hépatique est plus intense ou plus prolongée, la situation s'aggrave et la maladie se termine par avortement ou par l'accouchement

1. Charrin. Influence des maladies du foie sur la pathologie du rein. *Semaine médicale*, 11 février 1894.

2. Le Masson. *Les ictères et la colique hépatique chez les femmes en état de puerpéralité*. Thèse de Paris, 1898.

prématuré et même par la mort de la mère. Enfin, dans quelques circonstances, l'ictère puerpéral revêt les allures de l'ictère grave avec hémorrhagies, épistaxis, purpura, taches ecchymotiques, avec symptômes nerveux, céphalée violente, délire, agitation, troubles dyspnéiques, tendance au coma. Dans ces formes graves, « l'avortement, l'accouchement prématuré, ou même l'accouchement à terme se font d'ordinaire en pleine phase du syndrome; du deuxième au cinquième jour après le début de l'ictère, très souvent le deuxième jour; mais il y a lieu d'insister sur leur soudaineté; les médecins sont parfois en train de discuter l'opportunité d'intervention quand la femme accouche. Si encore, après semblable terminaison, il était permis d'espérer la guérison! Le calme relatif, la sensation de bien-être, une certaine amélioration pourraient faire porter un pronostic favorable. Mais ce calme est trompeur et l'amélioration de courte durée; les accidents ne sont qu'endormis; ils reparaisent au bout d'un temps qui varie de quelques heures à vingt-quatre heures, et alors ils conduisent à la mort avec une effrayante rapidité. » (Le Masson.)

Les ictères qui surviennent pendant les suites de couches sont beaucoup plus souvent graves que bénins, puisque, sur 13 cas, ils ont été suivis 10 fois de mort. Ils sont, du reste, presque toujours associés à l'infection puerpérale. L'ictère puerpéral a quelquefois éclaté sous forme épidémique. J'emprunte à la thèse de Le Masson la relation résumée de sept épidémies d'ictère puerpéral : Épidémie de Lüdenscheid en 1794. — Épidémie de Roubaix, décrite par Carpentier. — Épidémie de Saint-Pierre de la Martinique en 1858, décrite par Rouillé et par Saint-Vel; « sur trente femmes atteintes d'ictère, vingt succombèrent dans le coma après l'avortement ou l'accouchement prématuré ». — Épidémie de Limoges, relatée par Bardinet en 1860. — Épidémie de la Maternité et de l'hôpital des Cliniques en 1871-1872, relatée par Hervieux, Depaul et Meunier. — Épidémie de Saint-Paul en 1873, relatée par Smith. —

Épidémie de Neusenstamm en 1876, dont la relation a été faite chez nous par Vinay¹. Dès l'année 1867, Hervieux cherchait à expliquer ces accidents « par la présence d'un ferment morbide spécial ou d'un principe toxique », ce que nous appelons aujourd'hui la toxi-infection, dont il nous est souvent possible de retrouver les agents. En résumé, quelle que soit la pathogénie invoquée pour expliquer les ictères de la grossesse (abstraction faite de l'ictère dû à l'obstruction calculuse), il n'en est pas moins vrai que chez la femme grosse la cellule hépatique se défend mal, elle n'a plus les mêmes propriétés antitoxiques, les toxi-infections en provoquent facilement la déchéance; aussi la gravité de cet état, dont l'ictère est l'un des témoins, doit-il nous engager à réserver notre pronostic.

De cette étude, il ressort qu'il est absolument nécessaire de diviser en deux grandes classes les ictères qui peuvent survenir chez la femme grosse. Si l'ictère est associé à la lithiase biliaire, s'il fait partie du syndrome de la colique hépatique, le pronostic est presque toujours bénin, car en pareil cas la cellule hépatique n'est pas adultérée. Mais si la femme grosse n'a ni lithiase biliaire, ni colique hépatique, si l'ictère survient chez elle à titre de toxi-infection du foie, avec ou sans participation du rein, méfions-nous, car la situation peut devenir périlleuse.

Traitement. — Les purgatifs salins, les diurétiques légers doivent être administrés au début de l'ictère grave. La diète lactée est absolument indiquée. J'ai constaté plusieurs fois dans mon service l'utilité des grandes injections de sérum artificiel fréquemment répétées; deux de mes malades ont guéri. L'antisepsie intestinale a été conseillée. Les hémorrhagies, les vomissements, les troubles nerveux seront combattus par le traitement du symptôme. Malheureusement la plupart de ces accidents résistent trop souvent au traitement le mieux dirigé.

1. Vinay. *Traité des maladies de la grossesse et des suites de couches*, 1894.

§ 27. ICTÈRES BÉNINS SIMPLES ET INFECTIEUX
ICTÈRE CATARRHAL — ICTÈRE CATARRHAL PROLONGÉ

Pathogénie. — En étudiant les ictères graves, nous avons vu qu'il y a pour leurs différents cas une échelle de gravité; eh bien, il y a également pour les ictères bénins une échelle de bénignité. Les uns sont infectieux, les autres ne le sont pas, et ceux qui sont infectieux ne le sont pas au même titre.

L'ictère *émotif*, par exemple, n'est pas d'origine infectieuse; cet ictère existe réellement, témoin le cas cité par Potain concernant un homme qu'on allait fusiller, le cas de Rendu qui a trait à une jeune fille émue par un cathétérisme, le cas de Chauffard qui concerne un homme pris d'une violente colère. Cet ictère émotif qui peut apparaître en moins d'une heure est probablement dû à un excès de sécrétion biliaire et à sa résorption.

En étudiant l'*angiocholite*, j'ai cité plusieurs variétés d'ictère bénin, tels sont : l'ictère *syphilitique* de la période secondaire, l'ictère des nouveau-nés par hypercholie pigmentaire, l'ictère lié à l'angiocholite d'origine biliaire. Ces différents ictères, habituellement bénins, ont été décrits ailleurs, je n'y reviens pas. J'ai surtout à m'occuper actuellement de cette classe d'ictères qu'on peut ranger dans la classe des ictères infectieux bénins et qui sont encore décrits sous la rubrique d'*ictère catarrhal*.

Le *catarrhe primitif* des voies biliaires, qu'on appelle encore ictère simple, ictère catarrhal, parce que l'ictère en est le symptôme le plus apparent et habituellement anodin, peut envahir les canaux biliaires intra-hépatiques et extra-hépatiques. Si le catarrhe n'atteint que des petits canaux intra-hépatiques, si les gros canaux extra-hépatiques sont respectés, l'ictère apparaît, parce que la bile est résorbée sur place au niveau des canaux intra-hépatiques oblitérés, mais cet ictère n'est pas accompagné de décoloration des matières fécales, parce que la bile conti-

nue à s'écouler en assez grande quantité dans l'intestin. Au contraire, si le catarrhe atteint le canal cholédoque, si ce canal est *obstrué* par les produits de sa propre inflammation ou par les produits de l'inflammation des autres canaux biliaires, l'obstruction du canal cholédoque provoque l'ictère par rétention, et cet ictère est associé à la décoloration plus ou moins complète des matières fécales. Cette dernière forme réalise le type le plus habituel de l'ictère dit catarrhal.

Dans les cas fort rares où le malade atteint d'ictère catarrhal a succombé à une maladie intercurrente, on a constaté à l'autopsie l'inflammation du *canal cholédoque*, et encore même l'inflammation peut-elle se limiter à la *partie intestinale* et à l'*orifice duodénal* de ce conduit (Virchow). Les parois de cette partie du canal cholédoque, le tissu conjonctif qui l'entoure, et l'ampoule de Vater, sont le siège d'un gonflement œdémateux qui rétrécit ou obture l'orifice. « On comprend facilement que ce gonflement œdémateux puisse être un obstacle au cours de la bile et capable de produire un ictère, lorsqu'on voit le coryza empêcher la respiration par les fosses nasales par suite du gonflement de la muqueuse¹. » De plus, le canal cholédoque à ce niveau est encombré par des amas de cellules épithéliales; il en résulte une sorte de bouchon, non coloré par la bile, qui complète l'obstruction du canal cholédoque et qui s'oppose au passage de la bile dans l'intestin (Vulpian²).

Dans une autopsie pratiquée par Muller, le cholédoque était obstrué, sa muqueuse était boursoufflée, couverte de pétéchies, et on constatait également l'obstruction catarrhale du canal de Wirsung.

Les parties du canal cholédoque intéressées conservent leur dimension normale (6 millimètres de diamètre environ), elles ne sont pas imprégnées de bile, tandis que les voies

1. Cornil et Ranvier. *Manuel d'histol. pathol.*

2. Vulpian. *Journal l'École de médecine*, 1874.

biliaires qui siègent au-dessus de l'obstacle sont dilatées. Cet obstacle au cours de la bile provoque un *ictère par rétention* qui est le symptôme constant et saillant du catarrhe des voies biliaires.

Telle est, en résumé, la lésion dominante de l'ictère catarrhal; mais cette lésion, sous quelle influence se produit-elle? C'est ici que commencent les hypothèses. D'après une ancienne théorie, l'angiocholite cholédoque serait associée à un catarrhe *gastro-intestinal* et liée par conséquent à toutes les causes de ce catarrhe (excès de régime, refroidissement). Certains individus, en effet, sont pris de troubles gastro-intestinaux et d'ictère consécutif, à la suite d'orgies, d'alcoolisme aigu (et l'on sait l'influence de l'alcool sur le foie), d'ivresse, d'où l'ancienne dénomination d'ictère *a crapula*. Cette théorie ne vise qu'un *processus local*; elle est basée sur la propagation du catarrhe duodénal au canal cholédoque avec oblitération du canal.

À cette manière de voir, on oppose ou l'on associe d'autres théories; l'ictère catarrhal est considéré comme une maladie infectieuse, l'individu puisant en lui-même (Chauffard) ou au dehors (Kelsch) les germes de l'infection. Que l'ictère catarrhal soit fréquemment une maladie générale, une variété de *fièvre bilieuse* avec localisation dominante sur les canaux biliaires, c'est en effet ce qui ressort de l'examen attentif des observations. On voit, ainsi que le fait judicieusement observer Chauffard¹, que la maladie débute par une phase *præictérique*, avec fièvre, courbature, anorexie, vomissements, épistaxis, insomnie, albuminurie, herpès labial, et parfois aussi diarrhée bilieuse, fétide, qui témoigne d'une hypersécrétion du foie. C'est trois, quatre jours après cette période d'invasion qu'apparaît l'ictère, bientôt suivi de la décoloration des matières fécales. « La sécrétion de l'urine et l'excrétion de l'urée présentent une évolution cyclique et parallèle » : à la première phase, urine rare, bilieuse, pauvre en urée; à la seconde phase, au moment de

1. A. Chauffard. *Revue de méd.*, janvier 1883.

la *crise*, urine abondante et riche en urée. Sous cette forme, l'ictère catarrhal a bien les allures d'une maladie générale. Ces allures, il les tire encore de son mode d'apparition. Souvent, en effet, l'ictère catarrhal est, comme certaines fièvres, une maladie *saisonnière*, d'où la vieille dénomination d'ictère vernal ou automnal; il est *épidémique*, il atteint deux, trois personnes ou un plus grand nombre d'individus, faisant partie de la même famille, habitant une même maison, une même localité, une même caserne¹. Ces faits ont été fréquemment observés dans l'armée².

Telles sont les considérations qui engagent à faire rentrer certaines formes d'ictère catarrhal dans la classe des maladies générales, infectieuses, à côté de l'ictère grave, dont elles ne sont parfois qu'une manifestation *atténuée*. Mais le désaccord commence quand il s'agit de savoir quelle est la cause de l'infection.

Pour Chauffard, l'ictère catarrhal aurait pour origine les poisons putrides formés dans l'intestin. Ces poisons putrides ou *ptomaines*³, qui à l'état normal sont résorbés sur place pour être éliminés par le foie⁴, peuvent, sous certaines influences, accroître leurs propriétés nocives et créer une auto-infection, suivant l'expression de Jaccoud. Pour Kelsch les ptomaines ne seraient pas la cause du mal. « La chimie nous ramènerait-elle à des idées humorales dont le temps et l'expérience semblaient avoir fait justice et qui d'ailleurs sont si peu encourageantes pour la prophylaxie? » L'agent infectieux serait extérieur. « Le sol nous apparaît comme le foyer générateur par excellence de cet agent. Le fond vaseux des fossés, des mares, semble être le milieu le plus favorable à la conservation et à la multiplication de ce dernier. » Toutes ces opinions sont acceptables; ceci prouve que les ictères infectieux peuvent résulter de

1. Kelsch. *Revue de méd.*, août 1886.

2. Eudes. *Arch. de méd. et pharmacie militaires*, 1885, t. I.

3. Dupré. *Les infections biliaires*. Th. de Paris, 1891.

4. Netter. *Arch. génér. de méd.*, 1884.

causes multiples et se présenter sous des aspects quelque peu différents.

Symptômes. — Nous venons d'exposer les différentes théories émises sur la pathogénie de l'ictère catarrhal, étudions maintenant son évolution clinique. Dans quelques cas, la maladie *débute* vraiment par un catarrhe gastroduodénal, le malade éprouve pendant deux, trois, quatre jours, des symptômes d'embarras gastrique: inappétence, nausées, vomissements, constipation, langue épaisse et saburrale, douleur épigastrique, prostration, céphalalgie, état fébrile. A ce moment l'ictère apparaît. C'est d'abord une teinte jaunâtre des conjonctives, du front et du cou; puis, les deux jours suivants, les matières fécales se décolorent, deviennent blanchâtres, argileuses, la teinte ictérique s'accuse et se répand à tout le corps. Les urines, riches en pigment biliaire, prennent une teinte safran, vieil acajou, et en les traitant par l'acide nitrique on fait apparaître la teinte verdâtre caractéristique.

Dans d'autres cas, le catarrhe gastro-intestinal attire moins l'attention, et la maladie présente d'emblée des symptômes qui sont plus en rapport avec l'évolution d'une maladie générale. Lassitude, endolorissement des masses musculaires, prostration, épistaxis, état fébrile, diarrhée bilieuse, urines rares et albumineuses, tels sont les symptômes de la période d'invasion, symptômes qui rappellent assez bien un début de fièvre typhoïde. Aussi, quand l'ictère apparaît, on est loin d'être rassuré sur le pronostic, on se demande si l'on n'est pas en face d'un *ictère grave* et l'on se rappelle la phrase de Trousseau: « Il en est de l'ictère comme de la pleurésie, on ne sait jamais comment il se termine ».

Enfin, chez quelques individus, l'ictère est d'emblée le symptôme dominant de la maladie; les urines sont ictériques, les matières sont décolorées, mais le malade n'a ni fièvre, ni dégoût des aliments, à peine éprouve-t-il quelques troubles dyspeptiques. L'ictère catarrhal peut donc se présenter sous des aspects variés.

La *décoloration* des matières fécales, leur apparence gri-

sâtre, blanchâtre, argileuse, tient d'une part à l'absence des pigments biliaires, et d'autre part à l'accumulation de graisse dans l'intestin (stéarrhée). La bile faisant défaut, la graisse n'est plus émulsionnée, elle ne passe pas dans les chylières et c'est elle qui donne aux matières leur apparence argileuse. L'oblitération du canal pancréatique accompagnant parfois l'oblitération du canal cholédoque, on a prétendu que la stéarrhée qu'on observe au cours de l'ictère catarrhal doit tenir, non pas à l'absence de la bile, mais à l'absence du suc pancréatique. Muller n'est pas de cet avis : il admet que le suc pancréatique modifie la qualité des graisses fécales, mais non leur quantité, et faire la part de la bile ou du suc pancréatique ne paraît pas chose possible.

Le foie ne conserve pas toujours son volume normal, il est souvent augmenté de volume (pléthore biliaire) ; il peut même subir une notable hypertrophie, si la maladie dure longtemps.

Ictère catarrhal prolongé. — Habituellement, au cas d'ictère catarrhal vulgaire, le canal cholédoque redevient perméable du huitième au vingtième jour. L'apparition de la bile dans l'intestin est le signal de la guérison ; les matières fécales se colorent, les urines augmentent de quantité et perdent graduellement leur pigment biliaire ; il se produit souvent une véritable crise polyurique et azoturique (Chauffard), la toxicité des urines jusque-là normale s'élève brusquement (Roger), mais la coloration de la peau persiste deux ou trois semaines jusqu'au renouvellement de l'épiderme. Durant toute la maladie, le pouls conserve une certaine lenteur (pouls de l'ictère).

Telle est la marche habituelle de l'ictère catarrhal, mais il faut compter avec les exceptions et elles sont nombreuses. Dans plusieurs cas j'ai vu l'ictère catarrhal persister pendant deux mois et au delà ; j'ai décrit cette variété sous la dénomination d'*ictère catarrhal prolongé*¹ ; il faut la con-

1. Dieulafoy. De l'ictère catarrhal prolongé. Cours de la Faculté de médecine. *Semaine méd.*, 11 juillet 1888.

naître, sans quoi l'on est exposé à commettre des erreurs de diagnostic. Quand on voit chez un homme d'un certain âge, un ictère catarrhal prolongé avec un foie volumineux, on est toujours tenté de penser au cancer. On trouve éparses dans les auteurs des observations analogues. D'après Niemeyer, « la maladie peut traîner en longueur pendant des semaines et des mois, l'ictère devient intense, les malades maigrissent considérablement et le foie éprouve un gonflement manifeste¹. » D'après Frerichs, l'ictère catarrhal peut durer deux et trois mois². Parmi les cas que j'ai observés, il en est surtout deux qui sont survenus simultanément chez deux personnes d'une même famille et que j'attribue à une infection par ingestion de gibier avancé ; la maladie évolua par poussées successives : l'ictère, la décoloration des matières fécales, la teinte ictérique des urines s'amendèrent et reparurent à plusieurs reprises, et le foie devint très volumineux. Chez l'une de ces personnes la maladie dura deux mois, chez l'autre elle dura trois mois, avec épistaxis, et pendant longtemps encore le foie conserva un *très fort volume* qui ne disparut qu'après une saison à Vichy. Je viens d'observer à l'hôpital Necker un nouveau cas d'ictère catarrhal prolongé qui a duré cinquante jours³. Ce sont ces cas d'ictère *catarrhal prolongé à rechutes*, qu'on a inutilement décorés avec emphase du nom de maladie de Weil.

Diagnostic. — Le *diagnostic* de l'ictère catarrhal est facile si la maladie s'annonce avec les allures d'un simple catarrhe gastro-intestinal, auquel fait suite l'ictère et la décoloration des matières fécales. Mais si dès le début les symptômes généraux revêtent une notable intensité, si la prostration, la perte des forces, les épistaxis, l'albuminurie, la fièvre, sont les symptômes d'invasion au milieu desquels l'ictère apparaît, on pense, et l'on n'a pas tort, à la possibilité d'une fièvre typhoïde, d'un ictère grave ; le diagnostic

1. Niemeyer. *Pathologie interne*, t. I, p. 809.

2. Frerichs. *Maladies du foie*, p. 737.

3. Mlle H. Herzenstein. *De l'ictère catarrhal prolongé*. Th. de Paris, 1890.

et le pronostic, à cette période du moins, doivent être réservés.

La lithiase biliaire provoque, elle aussi, l'obstruction du cholédoque, elle détermine des symptômes, ictère, urines bilieuses, décoloration des matières fécales, qui ressemblent beaucoup aux symptômes de l'ictère catarrhal. Mais le malade atteint de lithiase biliaire éprouve généralement et brusquement des douleurs plus ou moins vives de colique hépatique, avec vomissements bilieux, vertiges, frissons, qui si souvent accompagnent la migration des calculs biliaires; par contre, il n'a généralement pas les symptômes, qui, dans l'ictère catarrhal, forment souvent la phase *pré-ictérique*.

La *syphilis*, à sa période secondaire, détermine parfois un ictère catarrhal dont le diagnostic pathogénique est fait au chapitre concernant la syphilis du foie.

C'est surtout dans les cas où l'ictère catarrhal est *prolongé* et le foie volumineux, que le diagnostic est difficile; il faut le différencier de la cirrhose hypertrophique biliaire, du cancer du foie et du cancer de la tête du pancréas comprimant le canal cholédoque.

La cirrhose hypertrophique biliaire et l'ictère catarrhal prolongé ont comme symptômes communs un ictère persistant et un foie volumineux, mais la décoloration des matières fécales, qui est la règle dans l'ictère catarrhal, ne s'observe pas dans la cirrhose hypertrophique biliaire, ou du moins, si elle s'observe, elle n'est ni aussi complète, ni aussi persistante que dans le cas d'ictère catarrhal; de plus, la rate n'est pas hypertrophiée au cas d'ictère catarrhal.

Le cancer secondaire du foie et l'ictère catarrhal prolongé peuvent présenter, comme symptômes communs, l'ictère et l'augmentation de volume du foie; ils peuvent même avoir comme symptôme commun la décoloration des matières fécales si le canal cholédoque est comprimé par le cancer (ganglions du hile), mais la tuméfaction du foie est *uniforme* au cas d'ictère catarrhal, tandis qu'elle est accompagnée de bosselures, de déformation et souvent d'ascite, au cas de

cancer secondaire. Je ne parle pas du diagnostic avec le cancer primitif du foie à forme massive, l'ictère faisant défaut dans cette variété de cancer hépatique.

Le diagnostic entre l'ictère catarrhal prolongé et le cancer de la tête du pancréas¹ comprimant le canal cholédoque, voilà, à mon sens, un problème fort difficile à résoudre. De part et d'autre nous trouvons, comme symptômes, un ictère persistant, un gros foie (pléthore biliaire) et une décoloration des matières fécales avec stéarrhée. Théoriquement, on croirait que l'obstruction du cholédoque par le pancréas cancéreux doit être graduelle et beaucoup plus lente que l'obstruction du cholédoque au cas d'ictère catarrhal; mais pratiquement il n'en est pas toujours ainsi, et pour citer des exemples, chez trois malades de mon service, l'obstruction cancéreuse du cholédoque a été presque immédiate, et à une période avancée de la maladie, une véritable débâcle biliaire a fait suite à une rétention biliaire de longue durée². On pourrait également supposer que l'examen des matières grasses contenues dans l'intestin pourrait donner quelques indications utiles relativement à la suppression du suc pancréatique, mais nous venons de voir il y a un instant que, d'après Muller, on ne peut baser sur l'étude de la stéarrhée aucun signe certain du diagnostic, et du reste, le canal pancréatique peut être oblitéré dans les deux cas.

L'amaigrissement rapide, la présence du sucre dans l'urine, qui ont été signalés comme appartenant au cancer pancréatique, sont des signes inconstants: la diarrhée³ et la pigmentation cutanée⁴ sont des signes en faveur du cancer. D'après M. Salhi, le salol, qui est une combinaison d'acide salicylique et d'acide phénique, est décomposé dans

1. *Revue de méd.*, mai 1888.

2. Legrand. Sclérose et épithéliome de la tête du pancréas. *Revue de méd.*, février 1889.

3. Ramos et Cochez. Cirrhose biliaire par obstruction à la suite d'un cancer du pancréas. *Revue de méd.*, septembre 1887.

4. Voyez les intéressantes cliniques de M. Jaccoud sur ce sujet, 1886, p. 149.

l'intestin en ses deux éléments, par le suc pancréatique¹; si donc on donne deux grammes de salol à un malade qui n'a pas de lésions du pancréas, l'acide salicylique et l'acide phénique résultant de la décomposition du salol vont apparaître dans l'urine; si on ne les y retrouve pas, c'est que le salol n'a pas été décomposé parce qu'il n'y a pas de sucre pancréatique dans l'intestin. Ce procédé, à supposer qu'il soit exact, serait insuffisant dans le cas actuel pour permettre d'affirmer le diagnostic, puisque le canal de Wirsung est parfois oblitéré en même temps que le canal cholédoque, au cas d'ictère catarrhal. La marche seule de la maladie lèvera donc les doutes et permettra d'affirmer l'existence de l'ictère catarrhal prolongé.

Le diagnostic entre l'ictère catarrhal prolongé et le *cancer de l'ampoule de Vater* présente pendant plusieurs semaines les plus grandes difficultés.

Le *pronostic* de l'ictère catarrhal est généralement bénin; toutefois, en présence d'un ictère, même le plus simple, il faut toujours faire des réserves, car l'*ictère grave* peut, lui aussi, débiter avec les apparences d'un ictère infectieux bénin. Ainsi, on voit, dans une même épidémie, des cas très bénins d'ictère catarrhal, des cas terribles d'ictère grave et des cas mixtes qui leur servent d'intermédiaire.

Traitement. — Quand l'angiocholite est liée à un état catarrhal gastro-intestinal, on commence par prescrire un purgatif salin; on met le malade à la diète, on lui donne des amers, de la macération de quinquina édulcorée avec du sirop d'écorces d'oranges (Jaccoud), des boissons alcalines, l'eau de Vichy.

Il y a quelques années, Krüll a mis en usage une nouvelle méthode de traitement de l'ictère catarrhal. Il fait prendre tous les jours un lavement froid de un à deux litres d'eau à la température de 15 à 18 degrés centigrades. Habituellement, après quelques lavements, la bile reparait dans l'intestin, le canal cholédoque redevient perméable et la gué-

1. Salmi. *Semaine médicale*, 1886, p. 153.

risson s'effectue en quelques jours. Je n'ai pas obtenu d'aussi beaux résultats. On a également préconisé l'ingestion d'huile à haute dose, mais peu de malades consentent à se soumettre à ce moyen dont les résultats sont, du reste, discutables.

CHAPITRE VIII

MALADIES DU PANCRÉAS

§ 1. GÉNÉRALITÉS SUR LES MALADIES DU PANCRÉAS

Le pancréas peut être le siège d'altérations irritatives, destructives ou néoplasiques qui entravent le fonctionnement normal de la glande. Les symptômes qui en résultent permettent dans quelques cas de faire le diagnostic de la lésion pancréatique.

Les signes physiques ont ici peu d'importance; le pancréas est trop profondément caché pour que la palpation soit possible; seules, les grosses tumeurs d'origine pancréatique peuvent être perçues. Néanmoins, dans certaines affections du pancréas, l'épigastre est très sensible à la pression, on constate parfois des douleurs aiguës à forme névralgique. Mirallié, qui a bien étudié ces douleurs, les attribue à des névralgies du plexus cœliaque, qui est en contact direct avec le bord supérieur du pancréas.

Les physiologistes ayant démontré l'importance de la sécrétion pancréatique dans la digestion intestinale, on pourrait croire logiquement que les altérations du pancréas entraînent des troubles digestifs caractéristiques. Il n'en est rien; le dégoût pour les substances grasses et albuminoïdes, la difficulté à digérer les graisses, le météorisme intestinal sont autant de symptômes d'ordre banal.