

presque fatalement de troubles digestifs : la langue est blanche, l'appétit diminué, la soif vive ; le malade éprouve un sentiment de pesanteur au niveau de l'estomac et il se plaint d'un malaise général, et parfois d'un embarras intestinal ; il y a généralement de la constipation.

4° L'ICTÈRE COÏNCIDE FRÉQUEMMENT AVEC DES HÉMORRHAGIES. — Dans les fièvres graves, la fièvre jaune, l'hépatite diffuse, on observe, en même temps que la coloration jaune de la peau, des hémorrhagies par diverses muqueuses ; mais, même dans l'ictère catarrhal le plus bénin, il y a très souvent des épistaxis qui seraient localisées surtout dans la narine droite.

Y a-t-il entre l'ictère et les hémorrhagies une relation de cause à effet ? Quelques auteurs le croient et attribuent les hémorrhagies à l'action dissolvante de la bile et spécialement des acides biliaires sur les éléments globulaires du sang : dans l'ictère chronique, il y a en effet, en même temps qu'une augmentation des matières grasses et de la cholestérine, une diminution dans le nombre des globules rouges ; mais il semble que, dans l'ictère aigu simple, la matière colorante de la bile teinte simplement le sérum. — D'autres auteurs ne voient dans les hémorrhagies que les effets d'une même cause générale infectieuse.

Il existe quelquefois des troubles nerveux dans les ictères anciens : apathie, hypochondrie, plus rarement héméralopie et xanthopsie.

Dans l'ictère grave, les troubles nerveux sont très accusés et consistent en accidents convulsifs ou comateux qui ont été attribués à une action toxique, sur les centres nerveux, des acides biliaires qui, en même temps, produisent les hémorrhagies par une action dissolvante sur les hématies.

— La *marche*, la *durée* et les *terminaisons* de l'ictère sont entièrement subordonnées à ses causes : l'ictère catarrhal, ou par cause morale, disparaît en quelques jours ; celui qui se rattache à un calcul s'efface peu de temps après l'arrivée du calcul dans l'intestin, mais persiste indéfiniment si le calcul oblitère les voies biliaires ; il en est de même dans les cas de compression par des tumeurs, etc.

ICTÈRE ACHOLURIQUE. — Indépendamment de la jaunisse proprement dite, à laquelle se rapportent la description précédente et qui est caractérisée à la fois par la présence des pigments biliaires dans le sérum et par leur passage dans l'urine, il existe un autre ictère, essentiellement caractérisé par la présence dans le sérum sanguin et l'absence dans les urines d'un ou plusieurs principes colorants de la sécrétion biliaire.

Cette variété d'ictère, dont le principal caractère différentiel (présence des pigments biliaires dans le sang et absence dans l'urine) a été mis en lumière par Hayem, en 1897, étudiée par Glenard sous le nom d'hépatisme cholémique, par Gilbert et P. Lereboullet (1900) sous le nom d'*ictère acholurique*, correspond à ce que les anciens auteurs désignaient sous le nom de tempérament bilieux.

L'ictère acholurique, dont le début remonte souvent à la naissance, a pour symptômes principaux (outre la présence<sup>1</sup> dans le sérum et l'absence dans l'urine des pigments biliaires<sup>2</sup>) : une teinte jaunâtre des téguments, tantôt généralisée tantôt partielle, souvent peu accentuée et sujette à variations sous des influences diverses (fatigue, excès de travail, menstruation, etc.) ; l'absence de troubles objectifs notables du côté du foie ; la conservation de la coloration normale des déjections.

Il semble dû à un simple excès de fonctionnement du foie (ordinairement héréditaire) beaucoup plus qu'à une infection chronique légère des voies biliaires, comme l'ont prétendu Gilbert et P. Lereboullet.

Il est l'indice d'une certaine prédisposition aux affections biliaires, comme l'ont signalé tous les anciens auteurs.

1. Lorsque le sérum sanguin contient des pigments biliaires, son examen spectroscopique montre qu'il efface la partie droite du spectre (V. p. 32). De plus, il donne la réaction de Gmelin (V. p. 166).

2. Beaucoup d'auteurs, dont Linossier, croient que si on ne trouve pas de pigments biliaires dans l'urine des sujets atteints d'ictère dit acholurique, c'est que ces pigments existent en trop faible quantité pour pouvoir être décelés par les moyens actuels d'investigation.

B. **Pathogénie de l'ictère.** — Le sang normal ne renferme pas de bile; la bile est sécrétée par le foie <sup>1</sup>, et, pour qu'il y ait ictère, il faut que la bile, au lieu de parcourir ses voies naturelles (conduits biliaires, canaux cystique et cholédoque) pour arriver dans l'intestin, éprouve dans son cours normal une déviation qui la fasse passer dans le sang.

Chaque cellule hépatique (le foie est formé par la réunion des cellules hépatiques) est l'aboutissant de trois ordres de canaux; — 1° des *vaisseaux afférents*, divisions de la veine porte et de l'artère hépatique, chargés de lui apporter les éléments de sa nutrition et de ses sécrétions;

2° Des *vaisseaux efférents*, ce sont les radicules originelles des veines sus-hépatiques et quelques lymphatiques, chargées de ramener dans la circulation générale le résidu des éléments qui ont servi à la nutrition et aux sécrétions de la cellule hépatique et le sucre qu'elle a formé (Cl. Bernard);

3° Les *canalicules biliaires* chargés d'apporter dans le tube digestif le produit de la sécrétion de la cellule, c'est-à-dire la bile.

Tel est l'état normal. L'ictère tient à ce que la bile, au lieu de se diriger vers les canaux hépatiques, se dirige vers les veines sus-hépatiques ou, d'après Fleischl, vers les lymphatiques; or, cette fausse direction se rattache à des causes très diverses, les unes parfaitement connues, les autres entourées encore d'une certaine obscurité.

1. Ainsi le foie n'est pas, à l'égard de la bile, un simple filtre. Ce fait est démontré par plusieurs preuves: — 1° malgré la délicatesse du réactif de Pettenkofer, il est impossible de trouver des éléments biliaires dans le sang normal; — 2° quand la sécrétion du foie est complètement détruite par le fait d'une cirrhose de cet organe, on ne trouve de la bile nulle part, ni dans la vésicule biliaire, ni dans l'intestin, ni dans le sang; la peau et les muqueuses ne sont pas jaunes. Or, si le foie séparait la bile du sang, la suppression de ses fonctions devrait entraîner l'accumulation des éléments biliaires dans le sang et, par suite, un ictère des plus foncés, de même que la suppression des fonctions rénales accumule l'urée et les autres substances extractives dans le sang et détermine l'urémie.

L'ictère s'observe: 1° LORSQU'IL EXISTE UN OBSTACLE MÉCANIQUE SUR LE TRAJET DES VOIES BILIAIRES. — La bile s'accumule en arrière de l'obstacle jusque dans la cellule hépatique, et de là elle pénètre dans les veines sus-hépatiques et dans la circulation générale.

Le mécanisme de cet ictère est parfaitement démontré: liez le canal cholédoque chez un animal, vous allez voir celui-ci devenir ictérique au bout d'un certain temps (deux jours en moyenne). Or, les causes d'occlusion peuvent être à l'intérieur ou à l'extérieur des canaux excréteurs de la bile.

Dans le premier ordre se rangent: — les *calculs biliaires*, plus rarement les *vers intestinaux* qui s'engagent dans le canal cholédoque <sup>1</sup>; — l'*inflammation catarrhale* de la muqueuse qui tapisse les voies biliaires. Cette inflammation, qui est souvent l'extension d'un catarrhe stomacal et intestinal, produit un gonflement et une prolifération épithéliale suffisants pour amener la formation d'un bouchon muqueux, qui entraîne la stase biliaire par l'obstruction qu'il détermine: c'est le mécanisme de l'*ictère catarrhal* (Virchow) <sup>2</sup>.

1. Les calculs biliaires ne déterminent pas toujours l'ictère: si le calcul occupe le canal cystique, la bile continue à arriver dans l'intestin et il n'y a point stase biliaire; de plus, lorsque l'ictère existe, il est produit par des influences multiples qui concourent toutes à la production de la stase biliaire, présence du calcul dans le canal, spasme des parois de ce canal, inflammation et gonflement de sa muqueuse, exagération des sécrétions du foie.

2. Lancereaux, tout en étant persuadé que cet ictère a son point de départ dans le tube digestif, nie pourtant qu'il soit la conséquence d'un obstacle au cours de la bile. La tuméfaction constante du foie et de la rate, la faible coloration des téguments et, avant tout, une évolution nettement définie et, pour ainsi dire, cyclique, sont, à ses yeux, autant de preuves qu'il s'agit là non pas d'un désordre purement local, mais bien d'une maladie générale frappant les cellules glandulaires du foie (hépatite épithéliale). Il fait remarquer que la lithiase biliaire et le cancer de la tête du pancréas, malgré l'obstacle apporté au cours de la bile, ne s'accompagnent pas de tuméfaction de la rate (à moins d'infection secondaire).

D'après Gilbert et Lippmann, à l'hypothèse d'une infection ascendante des voies biliaires par des germes venus de l'intestin, il conviendrait de substituer, dans beaucoup de cas, celle d'une

Les causes d'occlusion placées à l'extérieur des voies biliaires comprennent tous les changements de volume, de forme, de rapports, éprouvés par les organes voisins (*cancer du pylore, du foie; brides péritonéales, tumeurs du foie, engorgements ganglionnaires, etc.*).

2° ICTÈRE DANS LES MALADIES DU FOIE. — L'ictère est plus rare, moins prononcé dans les maladies du foie que dans les cas d'occlusion des voies biliaires. On l'observe :

Dans la *congestion du foie* ; il est probable que cette congestion exagère la sécrétion biliaire (polycholie), de telle sorte que les voies biliaires, tout en restant libres, se trouvent insuffisantes à éliminer cette quantité anormale de bile, d'où stase biliaire et ictère.

Les gens atteints de *maladies du cœur* présentent fréquemment une suffusion jaunâtre des sclérotiques et une teinte brune de la peau ; elles se rattachent à la compression des canalicules biliaires par les veines sus-hépatiques gorgées de sang, du fait de la gêne circulatoire dans les cavités droites du cœur et dans la veine cave inférieure (cirrhose cardiaque).

L'*hépatite aiguë* peut donner lieu à l'ictère, mais ce symptôme n'est ni constant, ni même ordinaire ; lorsqu'il s'observe, on peut le rattacher, soit à un catarrhe concomitant des voies biliaires, soit à l'oblitération de quelques canaux biliaires autour du foyer, soit, dans le cas d'abcès, à la pression que celui-ci exerce sur les voies biliaires.

L'*atrophie jaune aiguë* ou *ictère grave* s'accompagne d'un ictère dont la teinte s'accroît de plus en plus. Cet ictère a été expliqué de plusieurs façons ; au début, il paraît se rattacher à la congestion hépatique. Mais plus tard, lorsque le foie est détruit, on l'a attribué à la transformation dans le sang même des globules rouges usés qui, à l'état physiologique, sont dissous par le foie pour l'élaboration de la matière colorante de la bile ; cette dissolution serait favorisée par la présence des

action pathogène des germes autochtones anaérobies qu'ils ont constamment trouvés dans les infections des voies biliaires.

éléments générateurs des acides biliaires qui ne sont plus éliminés (Jaccoud).

On admet aujourd'hui trois variétés d'ictères graves : l'*ictère grave infectieux* (colibacille, streptocoque, etc.) ; l'*ictère grave toxique* dû à la dégénérescence des cellules hépatiques sous l'action de divers poisons (phosphore, etc.) ; l'*ictère grave secondaire*, qui vient terminer l'évolution de diverses affections du foie. Quelle que soit son origine, il se traduit par les mêmes symptômes. Il peut, dans quelques cas, évoluer favorablement, et ces ictères pseudo-graves forment une transition avec les simples ictères catarrhaux dont la plupart aussi semblent de nature infectieuse.

Les *tumeurs du foie* (hydatides, cancer) peuvent accidentellement produire l'ictère par la compression de quelques canaux biliaires.

L'ictère est rare dans la *cirrhose* vulgaire : lorsqu'on l'observe, on peut l'attribuer, si l'affection est encore à ses débuts, c'est-à-dire dans sa phase congestive, à la polycholie ; si elle est à sa fin, à l'occlusion de quelques canaux biliaires par les tractus ou brides de la capsule de Glisson, ou, d'après Hans Eppinger (1903), à la compression exercée par le tissu conjonctif au niveau des conduits biliaires *précapillaires* et qui amènerait en beaucoup de points, la rupture des capillaires dilatés.

La *cirrhose hypertrophique biliaire* (Hanot) détermine un ictère chronique par polycholie : c'est un vrai diabète biliaire ; les matières fécales restent colorées, ce qui est un caractère important pour le diagnostic différentiel.

On peut observer encore l'ictère dans les cirrhoses syphilitiques et paludéennes, les kystes hydatiques alvéolaires.

En résumé, l'*ictère n'est point la règle dans les maladies du foie* : lorsqu'il existe, il se rattache soit à une hypersécrétion de la bile rendant les canaux biliaires insuffisants, soit à une compression accidentelle des canaux ou des capillaires biliaires. Les ictères, survenus dans les maladies du foie, rentrent donc souvent dans la classe des ictères par obstacles