

mécaniques, à moins qu'il ne s'agisse d'ictère grave secondaire.

3° ICTÈRE DANS LES MALADIES GÉNÉRALES, LES FIÈVRES, LES EMPOISONNEMENTS. — L'ictère s'observe dans le cours de certaines Fièvres : dans la *fièvre jaune* dont il constitue le symptôme principal, dans les *fièvres palustres*, etc. Dans les pays chauds, il complique la plupart des maladies générales (on sait combien les maladies du foie sont fréquentes dans ces régions) ; dans nos pays, on voit souvent des *états bilieux* se déclarer sous forme endémique, saisonnière, etc.

L'ictère vrai peut se voir encore dans certaines *affections infectieuses* (pneumonie, pleurésie, péricardite, appendicite, érysipèle, infection purulente, septicémie).

C'est surtout dans la *Pneumonie* qu'on l'observe. Il apparaît le plus communément dans les premiers jours de l'inflammation pulmonaire. Il s'accompagne chez certains malades de décoloration des garde-robes, mais chez d'autres les selles conservent leur coloration normale et peuvent même être franchement bilieuses.

Dans le plus grand nombre de cas, il se comporte comme un ictère bénin, ne modifiant que très peu la marche de la pneumonie, mais parfois il aboutit au syndrome de l'ictère grave.

Pour expliquer son apparition au cours de la pneumonie, on a invoqué : — une congestion hépatique passive (Niemeyer, Jaccoud), engendrée par la stase sanguine dans la veine-cave inférieure et les veines sus-hépatiques, résultant de la suppression, par la pneumonie, d'une partie plus ou moins étendue du champ circulatoire dans le poumon ; d'après G. Sée, on comprendrait ainsi cette particularité que les selles ne sont pas toujours décolorées et deviennent même souvent bilieuses ; — une congestion active du foie par action réflexe sur les nerfs vasomoteurs (Murchison) ; — une inflammation hépatique (Brislow, Andral, Monneret), soit par propagation du processus inflammatoire du poumon droit ou de la base du poumon gauche au foie par l'intermédiaire du diaphragme (Bouillaud) ; soit par infection générale et action simultanée du pneumocoque sur le poumon et le foie (Porte, Talamon, Galliard) ; — une inflammation avec oblitération des canaux biliaires, consécutive à un catarrhe du duodénum (Behier, Leyden, Lépine), et provoquée, soit par le pneumocoque, soit par le coli-

bacille qui deviendrait ainsi l'agent d'une infection secondaire se développant à la faveur de l'infection primitive ; — une action hémolytique très prononcée du pneumocoque sur les hématies, dont la destruction déterminerait des troubles dans la composition de la bile qui auraient pour conséquence l'apparition des pigments biliaires dans le sérum sanguin (Banti).

Dans l'*Appendicite*, l'ictère, lorsqu'il se produit, survient, tantôt sous l'influence d'une intoxication, tantôt sous l'influence d'une infection du foie (Dieulafoy) : — dans le premier cas, il se traduit par une teinte subictérique de la peau, avec urobilinurie et albuminurie, mais sans pigment biliaire dans l'urine. Cet ictère par intoxication apparaît dès les premiers jours de l'appendicite et ne s'accompagne pas de douleurs au niveau du foie ; — dans le second cas, il s'agit d'un ictère vrai (avec pigments biliaires dans l'urine) apparaissant assez tardivement, au décours de l'appendicite et ayant été précédé de violents frissons, de douleurs à l'hypochondre, d'augmentation de volume du foie, etc... Il est toujours suivi de mort (Dieulafoy).

Son apparition exceptionnelle au cours de la *syphilis* est envisagée — par les uns comme due à l'action de l'infection syphilitique sur le foie (Fournier, Hanot) : — par Lancereaux, comme due à la compression des voies biliaires par les ganglions du hile hypertrophiés ; — par d'autres, comme une pure coïncidence (Mauriac, Hardy, Quincke, Senator, Brocq), ou, tout au plus, comme une conséquence très indirecte de la syphilis dont le rôle se bornerait à rendre le foie plus susceptible.

Enfin, l'ictère s'observe dans plusieurs *Empoisonnements*, tels que les empoisonnements par le phosphore, l'alcool, l'éther et le chloroforme, l'aniline, l'hydrogène arsénié, par le venin des serpents à sonnettes, les champignons vénéneux, etc.

Le mécanisme des ictères de ce groupe n'est point aussi saisissable que celui des autres variétés. D'après Hans Eppinger (1903), on trouverait des thrombus biliaires produisant l'oblitération des capillaires biliaires intertrabéculaires ou même du confluent des divers capillaires biliaires du lobule ; ces oblitérations amèneraient la dilatation et même la rupture des capillaires biliaires intercellulaires dont le contenu, se trouvant en contact avec les capillaires sanguins, serait facilement résorbé.

4° ICTÈRE PAR ÉMOTION MORALE. — Depuis bien longtemps on a remarqué qu'une violente émotion (frayeur, colère, etc.), pouvait provoquer l'apparition légère d'une jaunisse survenant tout d'un coup ou seulement au bout de quelques heures, de préférence chez les personnes nerveuses et impressionnables, et en particulier chez les femmes hystériques, au moment de la menstruation, chez les herpétiques, les alcooliques, etc.

Parfois, l'ictère est plus tardif et ne survient qu'au bout de quelques jours, après un trouble des fonctions digestives; il se rapproche alors, tant par sa durée que par ses caractères, de l'ictère catarrhal ordinaire.

Dans le premier cas, il s'agit d'une rétention brusque de la bile par *spasme du canal cholédoque*, comme l'ont démontré les expériences de Laborde sur l'excitabilité des canaux biliaires, et les recherches de Oddi qui a trouvé à l'entrée du canal cholédoque une couche de fibres lisses formant un véritable sphincter indépendant de la tunique musculaire de l'intestin et dont le rôle serait de régler l'écoulement périodique de la bile et de prévenir la pénétration du contenu intestinal dans les voies biliaires.

Dans le second cas, l'impression morale a produit — d'une part, des troubles et une diminution de résistance du côté du tube digestif qu'infectent des micro-organismes d'un embarras gastrique (Potain); — d'autre part, le relâchement du sphincter du canal cholédoque (Doyon, Lancereaux) favorisant la pénétration des agents infectieux du duodénum dans le canal cholédoque et la production d'un ictère catarrhal.

5° L'ICTÈRE EST FRÉQUENT CHEZ LES NOUVEAU-NÉS. — Il peut, sans nul doute, se rattacher à diverses causes, telles que: embarras gastrique et catarrhe des voies biliaires, érysipèle du cordon ombilical, etc. Mais il est un ictère qui leur est spécial, et qui tient à un arrêt de développement des voies biliaires; la mort survient en deux ou trois jours avec des hémorrhagies multiples et des convulsions.

L'ictère du nouveau-né peut encore dépendre d'une infection purulente, relevant elle-même d'une phlébite ombilicale.

6° ICTÈRE HÉMAPHÉIQUE. — Sous ce nom, Gubler a décrit des ictères survenant par suite de la non-transformation des pigments sanguins en pigments biliaires. Cet ictère s'observerait — 1° quand la déglobulisation est exagérée (affections bilieuses des pays chauds, empoisonnements); — 2° quand le foie a perdu son pouvoir de transformer le pigment sanguin en pigment biliaire (cancer, cirrhose, stéatose et surtout saturnisme).

C'est à l'ictère hémaphéique que l'on rattache le plus souvent l'ictère des nouveau-nés, qui se développe quelques heures ou quelques jours après la naissance et disparaît rapidement. On l'attribue à la congestion hépatique, à la ligature tardive du cordon (Porak).

L'ictère hémaphéique diffère de l'ictère ordinaire ou biliphéique par le peu d'intensité de coloration de la peau, par l'absence de troubles circulatoires ou digestifs: enfin l'urine est jaune ambré, elle tache le linge en couleur jaune et, par l'acide nitrique, elle donne une coloration acajou (et non verte).

L'hémaphéisme semble dû à la présence dans l'urine de divers pigments, et particulièrement d'une petite quantité de bilirubine, mélangée à une grande quantité d'urobiline (voy. *Urobilinurie*, p. 467).

Sémiologie. — Nous venons de voir que l'ictère est un symptôme commun à des états pathologiques très divers. Dans les uns il n'est qu'un épiphénomène sans importance: telles sont les teintes ictériques ou subictériques observées chez les gens atteints de maladies du cœur, dans le cours de la pneumonie, de l'infection purulente, des fièvres palustres, etc.: dans ces diverses circonstances, la constatation de cette teinte peut indiquer un état congestif du foie, mais elle ne fournit que bien peu d'éléments au diagnostic et au pronostic.

Cette réserve faite, examinons les cas les plus ordinaires.

Voici un ictère bien prononcé qui est survenu chez une personne d'un certain âge qui, tout d'un coup, probablement deux ou trois heures après son repas, a été prise de douleurs fort vives dans l'hypocondre droit et l'épigastre, douleurs suivies de vomissements: l'ictère ne s'est manifesté que plusieurs heures après la crise; vous diagnostiquez aisément l'obstruction du canal cholédoque par un

calcul. Si la douleur a disparu, c'est que le calcul est arrivé dans l'intestin ; filtrez les matières, vous y trouverez le corps du délit. Si les douleurs persistent, le calcul est encore engagé.

L'ictère est survenu, sans accompagnement de fièvre (Lancereaux) chez une personne qui souffre peu, mais qui, depuis quelques jours, éprouve des symptômes d'embarras gastrique avec *tuméfaction non douloureuse du foie et de la rate* : il s'agit d'un *ictère catarrhal*.

L'ictère est survenu tout à coup chez une personne bien portante, mais nerveuse, à la suite d'une colère, d'une frayeur, d'une vive émotion : les circonstances dans lesquelles il se produit, le bon état de la santé générale, l'augmentation peu marquée ou nulle du foie, l'absence de tuméfaction de la rate, vous apprennent qu'il s'agit d'un *ictère par émotion morale*.

Voici un malade qui, depuis une ou deux semaines ou seulement depuis deux ou trois jours, présente les symptômes d'un catarrhe gastro-intestinal avec ictère, lorsque vous constatez une aggravation notable dans son état : sa température s'élève à 40°, il ne dort plus, son pouls est petit, fréquent, irrégulier, sa jaunisse se marie de plaques bleuâtres, il survient des hémorrhagies par le nez, les muqueuses utérine, digestive, etc. ; enfin il est pris de délire, de convulsions, et il tombe dans un coma, bientôt mortel : c'est un *ictère grave*.

Quelquefois les symptômes s'amendent, puis après une apparente guérison, survient une rechute : c'est ce qu'on appelle quelquefois la *maladie de Weil*, bien que ce type évolutif ait été décrit, pour la première fois, par Lancereaux en 1882.

Rappelons encore que l'ictère grave est loin d'être toujours mortel et guérit assez souvent : dans ces cas, la convalescence est toujours lente.

— A côté de ces ictères passagers, se placent les ictères chroniques. Si le foie est gros, non déformé, la rate normale, les matières fécales décolorées, l'ictère verdâtre ou noir, on pensera à une *obstruction permanente des voies biliaires*, particulièrement par calcul.

Si la rate est volumineuse, les matières colorées, l'état général bon, ce sera la *cirrhose hypertrophique biliaire*.

Dans les cas où le foie est bosselé, irrégulier, on devra faire le diagnostic entre le *cancer du foie* (surface marronnée), la *syphilis hépatique* (foie fisselé) et le *kyste hydatique* (tumeur bien circonscrite et unique).

Il n'y a pas de traitement proprement dit pour l'ictère, car c'est la cause qui doit être combattue.

Nous avons décrit, plus haut, p. 186, l'épreuve de la glycosurie alimentaire.

10. — ASCITE.

On donne le nom d'*ascite* à l'accumulation de sérosité dans le péritoine ¹.

Pathogénie. — L'ascite peut se produire sous quatre ordres d'influences ² :

^{1°} *Par obstacles à la circulation de la veine porte.* — Ces obstacles augmentent la tension du sang dans les radicules originelles de cette veine, et ce surcroît de tension produit la transsudation des parties les plus fluides du sang, c'est-à-dire de la sérosité. Or, les principales origines de la veine porte se trouvant dans l'intestin, il en résulte qu'une partie de la sérosité est évacuée sous forme de diarrhée et qu'une autre s'accumule dans le péritoine pour former l'ascite.

Les entraves à la circulation de la veine porte sont créées : soit, par les *maladies du foie* (cirrhose, cancer, kystes), par les maladies de la rate, du pancréas, des ganglions mésentériques ; soit par l'*inflammation* de la veine porte ; soit par les *maladies du cœur*. Dans ce dernier cas, la veine cave inférieure est la première atteinte et il en résulte un œdème des membres inférieurs ; mais la gêne s'étend de proche en proche jusqu'aux veines hépatiques (qui sont un affluent de la veine cave et par suite de la veine porte). Dans d'autres cas les affections cardiaques déterminent de l'ascite en produisant une véritable cirrhose hépatique.

1. Le mot *ascite* vient de *ἀσκήσις*, outre en raison de la ressemblance que présente avec une outre le ventre distendu par de la sérosité.

C'est à tort que l'ascite est décrite dans la plupart des livres de pathologie médicale, car elle est un symptôme et non une maladie spéciale.

2. Voyez, pour les détails, l'article consacré aux *hydropisies en général*, t. I, p. 518.