

Il est difficile d'établir une classification rigoureuse des *coliques intestinales* ; on peut cependant les diviser en deux groupes :

- | | |
|--|--|
| A. Coliques symptomatiques d'une lésion de l'intestin. | Phlegmasies aiguës et chroniques.
Ulcérations de l'intestin.
Empoisonnements.
Occlusions intestinales. |
| B. Coliques sympathiques, c'est-à-dire indépendantes d'une lésion primitive de l'intestin. | Corps irritants dans l'intestin, tels que gaz, matières stercorales très dures.
Vers intestinaux.
Colique nerveuse.
Colique sèche des Antilles, etc.
Colique par refroidissement.
Colique par émotion morale. |

Nous nous bornerons à dire quelques mots des variétés les plus importantes, en faisant remarquer que la colique ne peut, à elle seule, nous révéler la nature de la maladie qui la produit.

Dans l'*entérite simple*, le malade éprouve une douleur vague dans l'abdomen, cette douleur s'exaspère par accès et il survient des évacuations d'abord solides, puis molles, liquides et muqueuses (diarrhée) ; ces évacuations apaisent momentanément la colique, qui se répète plus ou moins suivant la gravité des cas.

Si le catarrhe frappe le duodénum, il survient souvent, du troisième au septième jour, un ictère produit par l'extension du catarrhe aux voies biliaires. Si, au contraire, l'inflammation frappe le gros intestin, les selles sont tout à fait muqueuses, souvent sanguinolentes, s'accompagnent de ténésme et annoncent habituellement la dysenterie.

Pour peu que l'appendicite (colique appendiculaire), puisse être soupçonnée, le médecin doit commencer par rechercher avec précision la région abdominale où la douleur a débuté ; il procède à son examen avec méthode ; la palpation, la pression, la défense musculaire, l'hyperesthésie, tout lui permettra de constater si le foyer douloureux correspond au milieu d'une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure (point de Mac Burney).

En cas d'appendicite, c'est bien à ce niveau (région appendiculo-cæcale) que l'abdomen est tendu et douloureux, et à supposer que le ventre soit sensible en d'autres régions, c'est bien là que la douleur a débuté, c'est bien là qu'elle a son maximum d'intensité.

Il se renseigne alors avec soin sur les débuts de la maladie : il apprend que le sujet était en pleine santé quand il a éprouvé les premières atteintes du mal ; la douleur n'a pas éclaté d'emblée avec violence ; elle a mis plusieurs heures et plus encore avant d'acquiescer toute son intensité ; en même temps, ou peu après, sont survenues des nausées, peut-être même un ou plusieurs vomissements. Il n'y a pas à hésiter, le diagnostic d'appendicite est nettement établi » (Dieulafoy). — Il ne faut pas oublier cependant que, chez les enfants, la pneumonie et la pleuro-pneumonie peuvent donner lieu à un point de côté abdominal siégeant dans la fosse iliaque droite et susceptible d'être pris parfois pour le point de Mac-Burney de l'appendicite (Guinon). — D'après Tripier et Paviot, la colique appendiculaire pourrait être d'autant plus facilement confondue avec la colique hépatique sans ictère que, le plus souvent, elle serait due à la propagation vers l'appendice de lésions péritonéales parties de la vésicule biliaire.

Dans les *empoisonnements*, les coliques sont extrêmement vives, surtout dans les empoisonnements par les drastiques (bryone, coloquinte, gomme-gutte, etc., etc.) et s'accompagnent d'évacuations sanguinolentes ; le développement rapide de la colique après l'ingestion de ces substances, les vomissements, etc., révèlent leur cause.

L'*occlusion intestinale* donne lieu à des coliques d'autant plus vives que l'obstacle dont cherchent à triompher les contractions intestinales est plus infranchissable, les anciens leur avaient donné le nom de *coliques de miserere* ; à chacune d'elles on voit toute la masse intestinale placée au-dessus de l'obstacle se dessiner sous forme d'un cylindre agité d'un mouvement vermiculaire.

Vous reconnaîtrez aisément la cause de ces coliques à l'invasion brusque de la maladie, aux vomissements qui ne tardent pas à prendre le caractère fécaloïde, à la constipation opiniâtre, au ballonnement du ventre. Quant à la cause même de l'occlusion, si parfois elle est très nette (hernie étranglée), souvent elle ne peut être que présumée.

La *pneumatose intestinale*, quelle que soit sa cause, nécessite de la part de l'intestin des contractions exagérées, c'est-à-dire des coliques destinées à expulser la masse gazeuse. Le météorisme, la progression des gaz à chaque colique, l'apaisement de la douleur après leur expulsion par l'anus, ne laissent aucun doute sur la nature de ces coliques.

Dans l'*entéro-colite muco-membraneuse*, il peut exister de

véritables coliques que les malades comparent à des mouvements reptoides, à des tortillements, qui suivent plus ou moins le siège du gros intestin. Il survient aussi parfois des crises paroxystiques au cours desquelles la douleur est continue, occupant les fosses iliaques et la région périombilicale, et d'une intensité telle que les malades la comparent à du feu qui leur ronge les intestins. Les antécédents, le siège de la douleur, la présence des glaires ou des peaux dans les garde-robes révéleront la nature de l'affection.

La *lithiase intestinale*, qu'on n'observe guère qu'à la suite de l'entéro-colite muco-membraneuse, peut donner lieu à des coliques qui éclatent soudain après une période de constipation, qui, en l'espace de quelques minutes, arrivent à leur paroxysme, qui peuvent durer de quelques minutes à une heure et plus, et qui cessent subitement par l'évacuation d'une quantité plus ou moins considérable de sable jaunâtre mêlé ou non de calculs, accompagné de scybales témoignant de la constipation antérieure.

La *colique de plomb* est l'accident le plus ordinaire de l'intoxication saturnine : précédée pendant quelques jours de phénomènes dyspeptiques (perte d'appétit, bouche pâteuse et amère, langue blanche, haleine fétide, saveur métallique, etc.) ; elle éclate bientôt sous forme de douleurs de ventre dont l'acuité peut acquérir un degré intolérable.

Cette douleur est calmée par une pression exercée sur une large surface du ventre ; les muscles abdominaux déterminent une rétraction toute spéciale de la paroi ; de plus, elle s'accompagne d'une constipation opiniâtre. Bien traitée, elle guérit en quelques jours.

Cette colique est probablement l'expression de la névralgie des plexus sympathiques abdominaux ; la constipation peut être considérée comme l'effet de l'excitation anormale du splanchnique que l'expérimentation a démontré être le nerf d'arrêt des mouvements péristaltiques.

La nature de cette colique sera aisément reconnue, d'abord par ses caractères, puis par les autres manifestations du saturnisme : profession du malade, liséré noirâtre sur les gencives, teint ictérique, etc. Le fait que la colique de plomb a été prise, à plusieurs reprises, pour de l'appendicite est une raison suffisante pour rechercher systématiquement le liséré saturnin.

Coliques nerveuses des pays chauds. — On est de plus en plus porté à croire que ce n'est qu'une colique saturnine.

Les coliques intestinales sont à distinguer des coliques hépatiques, des coliques néphrétiques, des coliques utérines.

9. — DE L'ICTÈRE.

On donne le nom d'ictère à la présence de la bile dans le sang, se traduisant par une coloration jaune de la peau et des muqueuses, et le plus souvent par l'élimination urinaire des pigments biliaires.

L'ictère est un symptôme commun à des états pathologiques très divers. Son étude doit être divisée en plusieurs parties :

A. L'EXPOSÉ DE SES CARACTÈRES (étude du symptôme) ;

B. SA PATHOGÉNIE (étude des conditions qui lui donnent naissance) ;

C. SA VALEUR DIAGNOSTIQUE (étude de sémiologie).

A. **Caractères de l'ictère.** — La présence de la bile dans le sang se traduit : 1° par la coloration jaune de la peau et des muqueuses ; 2° le plus souvent, par la présence du pigment biliaire dans l'urine, les sueurs, les larmes, etc. ¹.

A ces signes fondamentaux viennent s'en joindre d'autres moins importants, tels que la décoloration des matières fécales, le ralentissement du pouls, les troubles digestifs, etc.

1° JAUNISSE. — L'ictère présente dans ses débuts, sa marche, son intensité, sa durée, etc., des différences nombreuses et en rapport avec la diversité de ses causes ². La coloration aune débute par la face et plus particulièrement par les conjonctives et la muqueuse sublinguale, puis elle s'étend aux

1. Indépendamment du pigment, l'urine renferme aussi des acides biliaires, mais en très faible quantité, car ils sont rapidement décomposés dans le sang.

2. L'étude des variétés que présente l'ictère sera plus utilement faite dans l'article consacré à la sémiologie.

tempes, aux ailes du nez et finalement à tout le tégument (cependant elle peut rester circonscrite) ; les parties supérieures du corps sont donc envahies les premières, et c'est aussi, en général, par elles que commence la disparition de l'ictère. Il est à peine besoin d'ajouter que cette coloration jaune se rattache au dépôt de pigment biliaire dans les couches profondes de l'épiderme.

La matière colorante de la bile, circulant avec le sang, va naturellement imprégner tous les tissus, tous les liquides normaux ou pathologiques, en un mot toutes les parties de notre organisme qu'aborde le sang : les viscères, les milieux de l'œil, les produits pathologiques tels qu'épanchements pleuraux, etc.

La peau est souvent le siège de *démangeaisons*, parfois d'une desquamation furfuracée ou d'éruptions (prurigo, urticaire, lichen et surtout xanthélasma)¹.

La matière colorante s'élimine par l'urine, la sueur, les larmes et le lait.

— L'élimination du pigment biliaire par l'urine est très rapide et très active, et souvent même elle commence avant la manifestation de la teinte jaune.

L'urine est épaisse, rare, très brune, couleur acajou. Bien que ces caractères physiques soient très significatifs, on peut les contrôler à l'aide de certains procédés chimiques qui isolent la matière colorante de la bile et en décèlent des quantités même fort minimales et inappréciables à la simple vue (V. p. 166).

L'urée est généralement augmentée s'il y a augmentation de l'activité fonctionnelle du foie, diminuée si le foie est profondément altéré.

Ch. Bouchard a constaté que les urines des ictériques sont énormément toxiques et douées de propriétés convulsivantes énergiques.

1. Le xanthélasma est caractérisé essentiellement par le développement de papules jaunâtres en divers points du corps et surtout à l'angle interne des paupières. On l'observe dans les ictères chroniques.

L'ictère de longue durée entraîne secondairement des altérations des reins qui se traduisent par de l'albuminurie et la présence de cylindres et qui aggravent considérablement le pronostic : d'après Bouchard, l'imperméabilité des reins est le plus grand danger qui puisse menacer les ictériques.

Signes secondaires. — 1^o *Décoloration des matières fécales.* — Dans les ictères par occlusion des voies biliaires, les matières fécales sont décolorées, grisâtres, et exhalent une odeur horriblement fétide.

Dans les ictères par polycholie (sécrétion exagérée de bile) et dans ceux qui sont symptomatiques d'une maladie générale, d'une fièvre palustre, d'un empoisonnement, les matières sont, au contraire, bilieuses, verdâtres, molles ou même liquides.

2^o *RALENTISSEMENT DES CONTRACTIONS DU CŒUR ET DU POULS.* — Chaque fois qu'un individu est atteint de jaunisse, son pouls diminue de fréquence, il peut tomber à 40 pulsations et même au-dessous. Le nombre des mouvements respiratoires diminue, mais d'une façon moins notable ; la température reste normale¹.

Le ralentissement des contractions cardiaques est l'effet d'une action sédative directe, exercée par les sels biliaires et surtout par le cholate de soude sur les ganglions nerveux intra-cardiaques². Dans quelques cas l'auscultation fait entendre un souffle systolique attribué à une insuffisance passagère de la valvule mitrale (Gangolphe) ou de la tricuspide (Potain).

3^o *TROUBLES DIGESTIFS.* — On sait qu'à l'état normal, la bile joue un rôle essentiel dans la digestion, en émulsionnant les graisses et en rendant ainsi possible leur pénétration dans les radicules lymphatiques, en concourant indirectement à la digestion des albuminoïdes (Kuhne), et en restreignant les fermentations. On conçoit donc que l'ictère s'accompagne

1. De telle sorte que soixante pulsations peuvent, chez un ictérique, être l'indice de la fièvre.

2. Mais non sur les nerfs pneumogastriques, car, à l'encontre de la digitale, les sels biliaires ralentissent les contractions du cœur, même après la section de ces nerfs.

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 présence¹ dans le sérum et l'absence dans l'urine des pigments biliaires²) : 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 ¹, 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 ¹; — 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) ².

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

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, sépticémie).

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.