

mènes rappelant ceux de l'*urémie* qui du reste coexiste souvent ainsi que la *fièvre* imputable à l'infection biliaire. D'autres fois, la fonction biliaire est totalement suspendue au cours d'un ictère grave, la jaunisse s'efface et les selles se décolorent (*acholie totale*). Il arrive aussi que les pigments seuls disparaissent (*acholie pigmentaire*) et non les acides biliaires.

L'insuffisance hépatique, syndrome toxique complexe, semble attribuable aux produits que détruit ou élimine le foie normal.

#### IV. — ICTÈRE

On appelle *ictère* la coloration jaune de la peau, des muqueuses et des urines par les pigments biliaires normaux ou modifiés; la coloration de ces divers éléments peut du reste se montrer isolément (*ictère acholurique, cholémie*, etc.). Observé chez les  $\frac{2}{3}$  des nouveau-nés, l'ictère est, chez l'adulte, le résultat soit d'un obstacle au cours de la bile (*ictère franc*), soit d'une intoxication ou d'une infection (*ictère hémaphéique*).

L'obstacle siège : dans la lumière des canaux biliaires (calcul, bouchon muqueux de l'ictère catarrhal, ascarides, hydatides); dans leur paroi (coudure, sténose néoplasique ou cicatricielle), ou autour (compression par une tumeur : de la tête du pancréas, du côlon, du rein droit, des ganglions; par une bride péritonéale). L'obstacle peut encore occuper les canalicules intra-hépatiques (angiocholites des cirrhoses : biliaire, paludéenne; lithiase intra-hépatique). Les infections de toute nature : pneumonie, fièvre typhoïde, typhus, scarlatine, etc., peuvent se compliquer d'ictère. Celui-ci domine le processus des *ictères infectieux* (bénin ou grave) et de la fièvre jaune.

**Ictère franc.** — La *peau* présente une coloration variant du jaune soufre très pâle ou du jaune foncé (ictères chroniques) au vert bronzé olivâtre ou au vert noir (ictère noir).

La couleur jaunâtre des *muqueuses* est appréciable surtout sur les conjonctives oculaires, le plancher de la bouche et sous la langue. Habituellement *généralisé*, l'ictère peut demeurer *partiel* (limité à un côté, au sang (*ictères acholuriques*)). Les *urines* sont teintées de jaune ou de jaune verdâtre, souvent vingt-quatre heures avant le tégument; elles sont acides, habituellement plus rares et plus denses qu'à l'état normal.

Plusieurs procédés permettent de déceler les pigments biliaires dans l'urine :

L'*acide nitrique légèrement nitreux* (procédé de Gmelin), versé doucement le long de la paroi d'un verre à pied à moitié rempli d'urine, de façon à en gagner le fond, fait apparaître, au point de contact des deux liquides, une série de *disques colorés en vert, bleu, violet, jaune*, qui se fondent finalement en un seul disque vert émeraude.

La *teinture d'iode* colore les urines ictériques en un beau vert.

Quand a cessé la rétention biliaire, les pigments disparaissent vite des urines, mais imprègnent encore la peau et les muqueuses durant plusieurs

semaines. Par contre, certains ictères chroniques n'entraînent pas l'élimination, par les urines, de pigments normaux ou modifiés (*ictères acholuriques*). Il arrive aussi que la bile passe dans les urines sans imprégner les téguments (*cholurie sans ictère*).

Exceptionnellement, on peut voir les pigments biliaires passer dans les sueurs, le lait, les larmes; dans la salive, en cas de stomatite, et dans le mucus des voies digestives ou respiratoires, quand celles-ci sont enflammées.

Assez variables, les *troubles digestifs* sont modérés dans l'ictère. En cas d'ictère aigu, le malade a la langue sale, la bouche amère, éprouve du dégoût pour les aliments, surtout gras, et vomit quelquefois; mais certains ictères (maladie de Hanot) n'altèrent pas l'appétit, et même l'exagèrent.

Les *ictères par rétention* comportent du météorisme, de la flatulence, des alternatives de constipation et de diarrhée. Fétides, acides et graisseuses, les *matières fécales* sont *dures, argileuses, couleur de plâtre*. Les *ictères pléio-chromiques* se traduisent par des *selles fortement teintées en vert noir*. On peut aussi voir alterner les selles colorées et décolorées (lithiase, cancer de l'ampoule de Water, maladie de Hanot).

Le *pouls de l'ictère* est lent (50, 40, 28, 21 pulsations), mais de façon passagère; il est fort et plein, souvent dicrote. Ces caractères concernent surtout l'ictère aigu, éphémère.

La pointe du *cœur* est souvent le siège d'un *souffle* discontinu, systolique, attribué soit à une insuffisance mitrale fonctionnelle (Gangolphe) par paralysie des muscles papillaires, soit à une insuffisance tricuspidiennne fonctionnelle (Potain), par hypertension réflexe dans la petite circulation. L'asthénie cardiaque, l'asystolie (par endocardite ou myocardite secondaires) peuvent également se manifester. Les hépatiques sont encore sujets à la congestion des bases pulmonaires et à l'œdème limité à la région tibiale ou au côté droit du corps.

Les *hémorragies* sont une complication fréquente de l'ictère; l'*épistaxis de la narine droite* est la plus commune; puis viennent : le purpura, les hémorragies gastriques, intestinales, utérines, et très rarement l'hémoptysie. Chez les femmes enceintes l'ictère provoque habituellement l'*avortement*, et parfois de graves métrorragies.

La *respiration* des ictériques est normale ou un peu ralentie. On constate parfois la *congestion du poumon droit à sa base*, et une toux sèche, quinteuse, dite *toux hépatique*.

Les *troubles nerveux* manquent rarement : lassitude physique et morale; torpeur, convulsions ou délire, en cas d'insuffisance hépatique ou d'infection biliaire. La *fièvre* ou l'*hypothermie*, quand on les constate, sont imputables à l'affection causale ou à une complication. La *xanthopie* (vision jaune des objets blancs) est exceptionnelle, ainsi que l'*héméralopie* passagère, l'*amblyopie* et l'*asthénopie*, troubles non toujours imputables à l'ictère.

Le *prurit*, plus ou moins intense, généralisé, plutôt nocturne, est une complication commune ne se révélant guère, sur la peau, que par des lésions de grattage, quelquefois pourtant par du *lichen* ou de l'*urticaire*. Les différentes formes du *xanthélasma* s'associent fréquemment à l'ictère chronique.

L'ictère est compatible avec un état général passable; mais celui-ci subit toujours plus ou moins les atteintes de la maladie qui cause la jaunisse ou des affections qui la compliquent.

**Ictère hémaphéique.** — L'ictère dit *hémaphéique* se traduit par des modifications de la peau, du sérum sanguin et des urines.

La *peau* offre une nuance jaunâtre très légère, parfois visible sur tout le tégument, généralement plus nette à la *face*, ou plus spécialement à la *paume des mains* et à la *plante des pieds*. Les muqueuses sont habituellement respectées; pourtant la conjonctive est quelquefois un peu jaune.

Le *sérum sanguin*, hypercoloré, offrant en certains cas des reflets verdâtres, efface plus ou moins la partie droite du spectre, et présente une légère réaction de Gmêlin. La présence de l'*urobiline*, considérée comme la règle par Hayem, y serait au contraire exceptionnelle, d'après les recherches de Gilbert et Herscher. Celle des pigments biliaires vrais est seule constante.

Jaune ambré ou brunâtre (bière forte), l'*urine* présente à sa surface, après agitation, des reflets jaune-rougeâtre, et laisse sur le linge des taches couleur melon ou saumon pâle. L'acide nitrique, versé de façon à occuper le fond du verre, détermine dans la moitié inférieure de l'urine une coloration rouge-brunâtre *acajou vieilli* ou une teinte *rubis* très nette. Au *spectroscope*, on constate : 1° l'extinction de la partie droite du spectre, sur une étendue d'autant plus grande que l'urine est plus foncée; 2° la présence constante des zones d'absorption propres à l'*urobiline*. Les réactions chimiques (chlorure de zinc ammoniacal, alcool amylique) en décèlent du reste toujours, dans ces urines, une grande quantité. La réaction de Gmêlin fait habituellement défaut; elle est cependant constatable en quelques cas, surtout si on a soin de diluer l'urine (Gilbert et Herscher).

L'ictère hémaphéique a reçu plusieurs explications :

Gubler l'attribuait à l'*hémaphéine*, pigment dérivé de l'hémoglobine (par destruction des globules rouges), transformé normalement par le foie en pigments biliaires vrais, et dont le passage dans les urines tenait, selon lui, soit à une fonte d'hématies disproportionnée avec le pouvoir réducteur du foie, soit à une déchéance morbide de cette fonction. Pour Gubler, l'ictère hémaphéique impliquait aussi l'insuffisance des organes éliminateurs de l'hémaphéine (reins, peau, intestin). Mais l'existence de l'hémaphéine n'a jamais été prouvée.

En Allemagne, l'ictère hémaphéique, imputé à l'urobiline, prit le nom d'*ictère urobilinique*. Mais si l'urobiline existe constamment dans l'urine de ces malades, on ne la retrouve jamais dans leurs téguments, et exceptionnellement dans le sérum de leur sang; aussi l'ictère hémaphéique ne mérite-t-il que le nom d'*ictère avec urobilinurie*.

Hayem attribue l'ictère hémaphéique à l'*association des pigments biliaires vrais et modifiés*. Pour lui, l'urobiline existerait dans le sérum comme dans les urines qui lui emprunteraient leurs caractères, ainsi qu'aux autres pigments biliaires modifiés, notamment au *pigment rouge brun*, et quelquefois à une faible quantité de bilirubine.

Gilbert et Herscher estiment que les pigments ordinaires réalisent seuls l'ictère hémaphéique qui n'est qu'un *ictère simple*, mais *fruste*, imputable à une cholémie légère rappelant la teinte de la *cholémie familiale*, et caractérisé encore par l'état du sérum (hypercoloration, spectre, réaction de Gmêlin) et des urines. Ils expliquent les modifications urinaires de la façon suivante : si l'urine renferme de l'urobiline presque toujours, des sels biliaires très souvent, et des pigments biliaires quelquefois, c'est grâce à la *cholémie*, car l'*urobiline elle-même*, comme l'a montré Herscher, *naît dans le rein* (par réduction et hydratation) aux dépens des pigments biliaires du sérum, ceux-ci n'entraînant la cholurie que par leur abondance; si l'urine hémaphéique efface la partie droite du spectre, le fait n'implique pas nécessairement la présence de pigments biliaires, mais dépendrait avant tout de sa forte coloration, attribuable elle-même, comme la réaction de Gubler, moins à la présence de l'urobiline qu'à la concentration du liquide toujours rare. Cette interprétation repose sur une base expérimentale, la réaction de Gubler disparaissant dans une urine hémaphéique suffisamment diluée, et apparaissant dans une urine physiologique concentrée (au 1/3) et additionnée d'un peu de bilirubine ou d'urine bilieuse, ou seulement réduite au 1/4, au 1/5 ou au 1/6 de son volume par évaporation. En réalité, la présence de l'urobiline entraîne la réaction malgré une concentration bien moindre (1/2 ou 1/3 du volume physiologique). L'*ictère hémaphéique n'est donc qu'un ictère ordinaire*, mais *fruste*, comportant des urines qui empruntent leurs caractères à leur concentration et à leur richesse en urobiline. C'est un ictère quelquefois *cholurique*, mais habituellement *acholurique*, ne différant alors des autres ictères de ce genre que par la concentration urinaire qu'il comporte.

**Diagnostic.** — L'ictère est-il très léger, c'est sur le cou, le devant du tronc, la paume des mains, la plante des pieds, les muqueuses, la sclérotique, qu'il faut le rechercher, à la *lumière du jour*. On ne prendra pas pour de l'ictère : la pâleur de la chlorose, le teint jaune paille des cancéreux, le teint terreux des saturnins et des paludéens et le teint bronzé de la maladie d'Addison.

L'urine peut brunir après l'absorption : de la rhubarbe ou du séné, de préparations contenant de l'acide chrysophanique, de l'acide phénique (salol), de l'acide salicylique ou des salicylates. Ce qui constitue autant de causes d'erreur.

L'ictère une fois reconnu, reste à en déterminer la *cause* et la *nature* (*franc* ou *hémaphéique*).

Les *circonstances* dans lesquelles s'est produit l'ictère : accès douloureux, vive émotion, écart de régime, accidents infectieux, milieu épidémique, ingestion de substances toxiques ou inhalation soit de gaz, soit de vapeurs délétères, renseigneront souvent sur son origine calculeuse, émotive, infectieuse ou toxique.

Un ictère intense est souvent dû à la rétention; mais seul, l'état des selles indique s'il y a rétention biliaire ou pléiochromie.

La *marche* de l'ictère peut être également significative. Un *ictère chronique variable*, procédant par poussées, indique : soit une cirrhose biliaire hypertrophique, soit une obstruction calculeuse; plus rarement, un cancer de l'ampoule de Water. L'*ictère continu progressif* est plutôt imputable au cancer des voies biliaires ou à leur compression par une tumeur voisine; au cancer de la tête du pancréas.

L'attention se fixera aussi sur l'état du foie et de la rate; la maladie de Hanot comporte un gros foie et une grosse rate. On ne méconnaîtra pas la valeur d'une tumeur du foie ou d'une vésicule distendue.

La *fièvre, par accès intermittents*, signifie angiocholite aiguë. Les poussées fébriles associées à des crises d'ictère sont propres à la cirrhose biliaire hypertrophique. La fièvre indique souvent l'infection secondaire des voies biliaires. Les ictères infectieux sont fébriles. L'ictère grave, pourtant, est tantôt hyperthermique, tantôt hypo thermique.

#### V. — CHOLÉMIE SIMPLE FAMILIALE

A côté des ictères passagers ou chroniques de causes évidentes, il convient de définir ici un syndrome, décrit dans ces dernières années, par MM. A. Gilbert et P. Lereboullet, sous le nom de *cholémie simple familiale* et dont les principaux stigmates extérieurs sont : un *teint bilieux*, des *mélanodermies* et le *xanthélasma*.

**Notions étiologiques.** — Extrêmement répandue, particulièrement dans la classe aisée, la cholémie familiale paraît encore plus fréquente chez les orientaux et les sémites. Maladie héréditaire, le début en remonte généralement au premier âge ou à peu près, et les stigmates s'en retrouvent, plus ou moins haut, chez les ascendants. On constate sa parenté évidente avec les ictères passagers ou chroniques, splénomégaliens ou non et les cirrhoses biliaires. Elle représente le membre principal de la *famille biliaire* dont le tableau suivant retrace la généalogie.

Angiocholécystites aiguës.	catarrhales.	{	Ictère des nouveau-nés . . .	Ictère catarrhal.
			— spasmodique. . . . .	
	suppurées.	{	Ictères infectieux. . . . .	Ictère à rechutes.
			Angiocholites anictériques.	
Angiocholécystites chroniques (catarrhales ou oblitérantes).	simples . . .	{	Cholémie familiale.	
			Ictère chronique simple (splénomégalique ou non).	
	cirrhogènes.	{	Splénomégalie méta-ictérique.	
			Cirrhoses hypertrophiques biliaires . . .	
	lithogènes .	{	1° Maladie de Hanot (cirrhose biliaire splénomégalique).	
			2° Cirrhose biliaire hypersplénomégalique.	
			3° — — microsplénique.	
			Cirrhoses biliaires atrophiques.	
			Cirrhoses biliaires avec obstruction calculeuse.	
			Lithiase biliaire.	

**Signes cliniques.** — La cholémie familiale est plus un tempérament qu'une maladie. Elle présente des *signes secondaires, révélateurs* tels que des troubles dyspeptiques ou neurasthéniques, des hémorragies, et des *signes fondamentaux* sur lesquels repose le diagnostic ferme.

I. **Signes fondamentaux.** — Ils sont tirés de l'examen : de la *peau*, des *urines*, du *foie*, de la *rate* et du *sang* (ce dernier examen rarement indispensable).

**Signes cutanés.** — Les principaux sont les *xanthodermies*, variétés du teint cholémique ou bilieux, les *mélanodermies* et le *xanthélasma*.

a. *Xanthodermies.* — En général, on constate un *ictère léger, fruste*, un teint jaunet, verdâtre, olivâtre, ou seulement mat, décoloré; bien plus marqué à la face, rappelant beaucoup, soit l'ictère hémaphérique, soit le teint de la chlorose ou des anémies symptomatiques. Cette coloration anormale est fréquemment *limitée* : au front, au pourtour des lèvres, aux sillons nasolabiaux, à la paume des mains, à la plante des pieds.

b. *Mélanodermies.* — En beaucoup d'autres cas la cholémie se révèle non par la xanthodermie, mais par une mélanodermie due à la transformation des pigments biliaires en mélanine au niveau de l'épiderme. On observe surtout les pigmentations suivantes :

1° Les *nævi pigmentaires* ou grains de beauté prédominant à la face ou occupant d'autres régions ;

2° Les *taches de rousseur*, très fréquentes chez les cholémiques ;

3° Les *taches biliaires* (ou hépatiques) plus larges que les précédentes, semées souvent sur une peau plus ou moins foncée ;

4° La *pigmentation péri-oculaire*, cerclant les yeux de noir (*lunette pigmentaire*), stigmate très frappant ;

5° Le *masque biliaire* caractérisé par de larges taches pigmentaires jaune sale ou brun noirâtre, sur les tempes et le front, telles qu'on les observe dans le *masque de la grossesse* qui relève habituellement, du reste, de la cholémie ;

6° Le *facies gris ou terreux* prenant quelquefois l'aspect mélanodermique au point de simuler le syndrome addisonien, si les pigmentations se généralisent ;

7° La *pigmentation du dos des mains*, les rendant comparables à celles du nègre, et souvent associée au facies mélanodermique.

c. Accompagnant fréquemment les xanthodermies et les mélanodermies, le *xanthélasma des paupières* forme, avec elles, une triade symptomatique très significative.

**Signes urinaires.** — L'absence de pigments biliaires vrais dans les urines est la règle; on peut pourtant observer des poussées de cholurie passagère. Au contraire, la présence de l'*urobilin* est fréquente et permet, quand on la constate, d'affirmer la cholémie familiale.

**Foie et Rate.** — Souvent l'un et l'autre sont intacts. En certains cas, le *foie* subit une hypertrophie notable, régulière ou partielle, exceptionnellement accompagnée d'un peu d'induration. En d'autres, c'est la *rate* qui déborde

plus ou moins le rebord costal. Il en est aussi où les deux organes sont simultanément hypertrophiés.

**Cholémie.** — Quoique rarement indispensable au diagnostic, l'examen du sérum permet d'apprécier le degré de la cholémie; à cet égard la réaction de Gmelin est plus instructive que l'examen spectroscopique; on la constate presque constamment. En certains cas pourtant, elle manque ou reste douteuse; soit que la cholémie demeure minime ou ait déjà cédé au traitement, soit qu'elle ait disparu, grâce à une affection intercurrente, telle que la tuberculose. Il est encore incontestable que la cholémie peut exceptionnellement manquer, malgré une angiocholite évidente.

**II. Signes secondaires.** — Leur constatation contribue, avec celle des stigmates et des antécédents héréditaires, à faire diagnostiquer la cholémie familiale; elle permet de décrire des formes: *prurigineuse*, *dyspeptique*, *neurasthénique*, *rhumatismale*, *hémorragique*, *rénale*, *fébrile*, etc.

**Signes cutanés.** — On note souvent: une grande *sensibilité au froid* se traduisant fréquemment par le phénomène de la *chair de poule*; un *prurit* intense et rebelle, quelquefois prédominant (*forme prurigineuse*) et susceptible de revêtir le type du *prurigo de Hébra*. Ailleurs se manifeste une tendance aux poussées d'*érythème noueux*, d'*érythème polymorphe* et surtout aux crises d'*urticaire*; du reste, l'origine de l'urticaire est presque constamment biliaire. Enfin la cholémie familiale explique presque toujours la prédisposition aux *mélanodermies* que provoquent artificiellement, chez certains sujets, la lumière, la chaleur, les vésicatoires, le grattage ou les médicaments (arsenic, etc.).

**Troubles gastriques.** — Certains cholémiques, surtout dyspeptiques (forme hyperpeptique assez commune), accusent: soit de vives douleurs, suivant de plus ou moins loin les repas, souvent calmées par l'ingestion des aliments, compatibles du reste avec un appétit normal ou exalté; soit une simple lourdeur digestive; chez d'autres, l'hyperpepsie ne se traduit que par une véritable boulimie. A la cholémie peuvent également ressortir certaines *hématémèses* copieuses de sang veineux, signalées par Gilbert et Lereboullet, chez des hyperpeptiques qui offrent ainsi un syndrome simulant l'ulcère de l'estomac (*pseudo-ulcère stomacal d'origine biliaire*). Ailleurs, surtout chez les enfants, s'observent des *flux bilieux*, périodiques ou non, précédés ou non de migraines; parfois compliqués de *fièvre*, de *crises hépatalgiques* ou *splénales*.

**Troubles intestinaux.** — A la cholémie familiale sont souvent imputables: l'*entérite muco-membraneuse*, associée ou non à la dyspepsie hyperpeptique; la *constipation* qui manque rarement; les *hémorroïdes* (par hypertension portale); la *diarrhée*, procédant par crises répétées et non motivées, véritables *flux bilieux intestinaux*. Enfin, plus que d'autres, les sujets cholémiques sont exposés à l'*appendicite*.

**Troubles nerveux.** — Les accidents nerveux occupent, en certains cas, le premier plan. Le caractère est souvent modifié; de ces malades, les uns sont irritables et impatientes, les autres apathiques et somnolents; enclins dans les

deux cas aux *idées noires* et à l'*hypocondrie*. Il arrive parfois que cette tendance entraîne, soit la *lypémanie*, soit une *mélancolie* intermittente ou continue, susceptible même d'exiger l'internement ou d'aboutir au suicide. Chez d'autres malades, la cholémie se traduit par: de l'*impuissance génitale*; des *somnolences* après les repas, coïncidant souvent avec de l'*insomnie nocturne*; des *migraines*, avec ou sans flux bilieux; par des *maux de tête* comparables à la *céphalée dite de croissance*. Enfin, certains accidents hystériques semblent imputables à une véritable *hystérie toxique d'origine biliaire*.

**Troubles rénaux.** — L'*albuminurie légère intermittente* ou continue pourrait être un signe révélateur de *cholémie familiale*; à elle, semblent même se rattacher certaines albuminuries intenses; à tel point que l'origine biliaire de certains cas de mal de Bright mériterait discussion. L'*hémoglobinurie paroxystique* semble reconnaître parfois une étiologie analogue.

**Arthropathies.** — Gilbert et Lereboullet ont observé des *rhumatismes aigus biliaires*; pour eux, se rattachent encore plus souvent à la cholémie familiale: les *arthralgies subaiguës* ou *chroniques*; les *douleurs articulaires* ou *musculaires* vagues attribuées à l'arthritisme et survenant le soir, sous l'influence du froid ou de la fatigue. La même cause domine quelques cas de *rhumatisme chronique fibreux* ou *déformant*.

**Hémorragies.** — La cholémie familiale comporte fréquemment une *tendance particulière aux hémorragies*: épistaxis (dits *de croissance*, chez les garçons), gingivorragies, ménorragies, fausses hémoptysies, hémorragies gastro-intestinales, purpura. A la *forme hémorragique* de la cholémie familiale ressortiraient la plupart des faits qualifiés d'*hémophilie*. Plus fréquentes seraient également chez les cholémiques les formes hémorragiques des infections (tuberculose, pneumonie, etc.).

**Troubles cardio-vasculaires.** — On entend quelquefois chez ces malades, soit des *souffles musicaux anorganiques*, surtout à la pointe; soit des *souffles organiques* (insuffisance ou rétrécissement mitral) dont l'étiologie reste obscure. Il n'est pas rare non plus de constater chez eux une *bradycardie* assez franche.

**Température.** — Quoique souvent normale, la *température* offre parfois le type inverse (maximum matinal) ou présente, du matin au soir, un écart exagéré (parfois plus de 1 degré). Quand la fièvre se montre, c'est souvent par accès le soir ou le matin (*fièvre inverse*). Lorsque, ce qui n'est pas rare, celle-ci est intense, précédée de frissons et suivie de sueurs, sa ressemblance avec les accès palustres prête à de fréquentes méprises.

**Antécédents héréditaires.** — Une enquête sur les antécédents de famille éclaire beaucoup le diagnostic. Dans le passé personnel du sujet, on retrouve déjà avec une fréquence variable: l'*ictère simple du nouveau-né*, l'*ictère émotif*, l'*ictère catarrhal* ou l'*ictère lithiasique*. Les mêmes affections sont souvent relevées chez les ascendants, particulièrement la *lithiase biliaire*. Ailleurs, c'est la *cirrhose biliaire*, ou bien, simplement soit le *teint bilieux* plus ou moins net, soit le *teint mélanodermique*. Fréquemment, ces données

sont confirmées par l'examen du sérum qui décèle la cholémie chez les divers membres d'une même famille.

**Pathogénie.** — Les quelques examens anatomiques pratiqués par Lereboullet lui ont toujours montré l'existence de lésions d'*angiocholite* assez nettes, témoignant d'une aptitude héréditaire spéciale à l'infection des voies biliaires (souvent par des germes anaérobies). Quand cette prédisposition se traduit par des affections hépatiques plus franches, elle constitue la *diathèse biliaire*. Du reste, entre la cholémie simple et la cirrhose biliaire, on peut noter tous les termes intermédiaires.

La cholémie créerait d'ailleurs une prédisposition générale aux infections des muqueuses et des conduits glandulaires : appendicites, parotidites, stomatites, otites, conjonctivites, dacryocystites, coryzas, sinusites, furoncles, etc. Les divers accidents imputés à la cholémie familiale reconnaîtraient une pathogénie complexe. A la *toxi-infection, cause de l'angiocholite*, ressortiraient la fièvre, les arthropathies, les complications rénales et certaines complications cardiaques. A la *cholémie* elle-même pourraient être attribués les troubles cutanés, les hémorragies, les troubles nerveux et peut-être certaines hypertrophies organiques. De l'*insuffisance* ou de l'*exaltation de la fonction hépatique* releveraient parfois, soit le diabète, soit les flux bilieux et les variations de la couleur des fèces. C'est l'*hypertension portale* qui semble expliquer : les hémorragies veineuses du *pseudo-ulcère gastrique d'origine biliaire*; la fréquence de la splénomégalie, des hémorroïdes, de l'opsiurie (urines retardées); peut-être aussi la constipation, l'entérite muco-membraneuse, etc.

Il est enfin des cas où interviennent d'autres auto-infections comme celles du pancréas (*diabète*) ou de l'appendice iléo-cæcal (*appendicite*).

Telle est l'ingénieuse conception clinique édifiée par MM. Gilbert et Lereboullet. Elle embrasse peut-être un trop grand nombre de faits pathologiques, à l'exemple de l'ancien arthritisme dont elle a accaparé la plupart des attributs.

## CHAPITRE II

### SÉMIOLOGIE SPÉCIALE DU FOIE

#### I. — ICTÈRES DES NOUVEAU-NÉS

Plus ou moins intense, l'ictère des nouveau-nés suit la naissance de quelques heures ou de quelques jours. Il reconnaît des causes variables : infection ou malformation des voies biliaires; maladie infectieuse ou état morbide mal déterminé (*ictère, dit idiopathique*).

**Ictère idiopathique.** — Très commun, il frapperait plutôt les enfants

ayant souffert durant le travail, les débiles, les avortons. Surtout marquée les deuxième et troisième jours, la coloration s'atténue ensuite pour s'effacer au bout d'une semaine, très rarement de quinze à vingt jours. Les selles restent habituellement colorées; les urines contiennent peu de pigment biliaire, mais, quelquefois, de l'urobiline, et constamment : de l'urée en grande quantité, des urates en excès et de l'hématoïdine. Le foie ne semble pas augmenté de volume. La bénignité et la guérison spontanée sont la règle.

**Ictère symptomatique.** — L'ictère lié à l'absence ou à l'oblitération congénitale des conduits du hile du foie, entraîne des hémorragies intestinales, ombilicales, de l'ascite, et la mort, en quelques jours.

D'autres fois, l'ictère est imputable à l'*infection catarrhale des voies biliaires* ou à une *phlébite ombilicale*, manifestée par de la fièvre et des hémorragies multiples. On cite, en outre, des faits très rares d'ictère par : *syphilis hépatique, péri-hépatite syphilitique, cirrhose hypertrophique biliaire*. La *maladie bronzée hématurique* se traduit par un ictère noir avec : hématurie, hémoglobinurie, diarrhée bilieuse, et convulsions aboutissant à la mort dans le coma hypothermique.

#### II. — ICTÈRE ÉMOTIF

Cet ictère succède à une vive émotion : colère, ou surtout frayeur; soit immédiatement, ou plutôt au bout de 2 à 3 heures, le lendemain, soit après plusieurs jours (4 à 16) occupés par des signes d'embarras gastrique (ce dernier type est plutôt catarrhal).

L'ictère émotif vrai altère peu la santé et disparaît après 5 à 6 jours en moyenne; colorées, décolorées ou surcolorées, les selles subissent parfois des alternatives de coloration et de décoloration. Les urines contiennent des pigments biliaires. Le mécanisme de l'ictère émotif a reçu des interprétations variées : polycholie, vasodilatation intra-hépatique, spasme des voies biliaires, etc. <sup>(1)</sup>.

#### III. — ICTÈRES INFECTIEUX

**Conditions générales.** — Sont dits *infectieux* les ictères que précèdent ou accompagnent des troubles généraux plus ou moins marqués. Ils représentent des infections à détermination hépatique prédominante, se traduisant par de l'ictère, susceptibles d'apparaître épidémiquement (jeunes soldats), dans des conditions variables : inhalation de poisons volatils (égoutiers, tanneurs, bouchers); ingestion de charcuterie ou de viandes avariées, de moules; absorption d'eaux impures; écarts de régime (alcoolisme aigu). Une tare hépatique, héréditaire ou acquise, la grossesse, l'insuffisance rénale ren-

<sup>(1)</sup> Voy. DEBOVE, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 25 avril 1901.