

resse de la langue, on aura complété le tableau clinique d'une infection biliaire par le coli-bacille. Lorsqu'un pareil état dure depuis quelques semaines sans qu'une amélioration succède à la thérapeutique médicale, c'est-à-dire à l'usage du calomel à petites doses, aux antiseptiques intestinaux, au régime lacté, l'indication d'une intervention chirurgicale paraît incontestable. » (Quénu, *Société de chirurgie*, 1897.)

La méprise entre l'angiocholite calculeuse et celle qui ne l'est pas n'a pas grande importance, car c'est l'intensité et la persistance de l'infection qui constituent l'indication essentielle de l'intervention.

A. — *Ictères bénins; angiocholite catarrhale.*

Jusqu'à ces dernières années on classait les ictères en deux grandes classes, d'après la pathogénie supposée; on distinguait les ictères biliphéiques d'origine biliaire, c'est-à-dire dus à la résorption de pigments biliaires vrais, donnant la réaction de Gmelin et produits par une cellule hépatique normale; — les ictères produits par des pigments biliaires modifiés, ne donnant plus la réaction de Gmelin et sécrétés par une cellule altérée (ictère hémaphéique de Gubler).

En réalité, cette division ne saurait être admise, car les signes distinctifs attribués à l'ictère dit hémaphéique n'ont pas la valeur qu'on leur attribuait.

On invoquait une teinte spéciale des téguments, l'absence de réaction de Gmelin dans le sérum, la réaction particulière de l'urine après addition d'acide nitrique.

Or la coloration de téguments est la même que celle observée dans les cas de cholémie modérée (cholémie simple familiale ou ictère acholurique de Gilbert); la réaction de Gmelin ne manque pas; elle est, il est vrai, très légère. Enfin, l'aspect des urines, après addition d'acide nitrique, est dû à leur concentration et à la présence d'urobiline, conséquence de la cholémie.

Tous les ictères sont donc biliphéiques, c'est-à-dire dus au passage dans le sérum sanguin et dans la peau de pigments biliaires vrais; mais la physiologie pathologique permet de les diviser en deux classes, suivant que les urines contiennent des pigments biliaires ou qu'elles en sont dépourvues.

Dans le premier cas, l'ictère est cholurique; dans le second il est acholurique.

Il n'y a pas d'ailleurs de barrière infranchissable entre les ictères acholuriques et choluriques. Au plus faible degré, l'ictère acholurique est physiologique; plus intense, l'ictère acholurique est pathologique; enfin au plus haut degré se trouve l'ictère cholurique, le seul connu avant les travaux récents de Gilbert, Herscher, etc.

L'ictère acholurique présente plusieurs variétés (Gilbert), suivant qu'il s'accompagne d'oligurie, d'une diurèse normale, de polyurie.

A l'état normal, le sérum de l'homme contient des pigments biliaires qui paraissent suffisants pour donner au sérum la légère teinte jaune qu'il présente. Cette cholémie physiologique donne à la peau, au moins en partie, sa coloration normale.

Elle permet d'expliquer la présence, dans l'urine, du chromogène de l'urobiline, le rein transformant par réduction la petite quantité de bilirubine que lui apporte le sang, non pas seulement en urobiline, mais bien en chromogène. Il y a donc un ictère acholurique physiologique, ébauche de l'ictère acholurique pathologique.

L'ictère acholurique est caractérisé par un état particulier des téguments, du sérum, des urines.

a) *Téguments.* — Le subictère vrai est exceptionnel; le plus souvent il existe une xanthodermie spéciale, teint jaune chamois, olivâtre ou simplement mat, incapable de se colorer sous l'influence des émotions (Gilbert).

La face est habituellement plus colorée que le reste du corps.

La xanthodermie peut d'ailleurs demeurer partielle, au lieu d'être généralisée. Dans

ce cas elle se localise à la face au pourtour des lèvres, aux sillons naso-labiaux, à la paume des mains, à la plante des pieds, etc.

Il est des cas où la xanthodermie peut manquer, c'est-à-dire qu'il peut y avoir cholémie, même accentuée, sans ictère.

Enfin au teint bilieux peuvent s'associer des mélanodermies diverses, qui résultent de la transformation des pigments biliaires en mélanine au niveau de l'épiderme (Gilbert et Lereboullet). A ces mélanodermies se rattachent les nævi pigmentaires ou grains de beauté, les taches de rousseur (éphélides, lentigo), la pigmentation du dos des mains, etc... Ces mélanodermies ne s'observent que dans les cas où l'ictère existe depuis longtemps; aussi sont-elles fréquentes dans la variété essentiellement chronique d'ictère acholurique familial (cholémie simple familiale); elles manquent dans les variétés aiguës de l'ictère acholurique, par exemple dans l'ictère pneumonique.

De même le xanthélasma des paupières n'existe que dans les cas de cholémie de longue durée.

Les muqueuses et notamment les conjonctives sont indemnes.

b) *Sérum.* — Le sérum est plus coloré que normalement; il est d'un jaune vert peu foncé, alors que dans l'ictère cholurique il présente une teinte élixir de Garus (Gilbert, *Presse médicale*, 29 juillet 1905).

Le sérum produit dans le spectre un effacement des rayons violet, indigo et bleu.

Additionné d'acide nitrique il donne la réaction de Gmelin.

c) *Urine.* — L'urine ne contient pas de pigments biliaires; c'est là le caractère distinctif essentiel de l'ictère acholurique d'avec l'ictère cholurique. L'addition d'acide nitrique nitreux n'y fait pas apparaître la série des anneaux vert, bleu, violet, rouge, orange, jaune. Mais si les pigments biliaires font défaut, l'urobiline existe dans l'urine; en effet, les pigments biliaires contenus dans le sérum sont transformés par le rein en urobiline (théorie rénale de l'urobilinurie de Gilbert.)

Pourquoi cette transformation? Gilbert admet qu'il s'agit d'un processus de défense; le rein, en vertu de ses pouvoirs réducteurs et hydratants, convertit les pigments biliaires peu diffusibles, et par suite difficilement éliminables, en urobiline ou hydrobilirubine, substance très diffusible dont l'organisme se débarrasse facilement.

Mais l'acholurie n'est pas un phénomène constant; au cours d'un ictère acholurique peuvent survenir des poussées passagères de cholurie; ou bien l'ictère acholurique se transforme en ictère cholurique. Qu'une grande quantité de pigments biliaires parvienne au rein, celui-ci n'en convertira qu'une partie en urobiline; le reste sera éliminé sans modifications. Si la cholémie devient extrême, le rein perd ses pouvoirs réducteurs et hydratants, l'urobiline n'est plus formée et les pigments biliaires existent seuls dans l'urine.

L'urobilinurie est jusqu'à un certain point le reflet de l'intensité de la cholémie; plus celle-ci est marquée, plus il y a d'urobiline dans l'urine; jusqu'au moment où les pigments biliaires augmentent au point de n'être plus transformés en urobiline.

Il est à remarquer que pour un même taux d'urobiline, celle-ci pourra paraître plus ou moins abondante suivant que l'urine sera de volume normal, diminué ou augmenté.

Gilbert classe les ictères acholuriques suivant que l'urine est normale, plus abondante qu'à l'ordinaire, ou bien, au contraire, raréfiée. Les deux premières variétés sont chroniques; la dernière (ictère avec oligurie) a, le plus souvent, une marche aiguë ou subaiguë; d'ailleurs l'oligurie est forcément transitoire; elle disparaît ou entraîne la mort.

1. *Ictère acholurique avec oligurie* (ancien ictère hémaphéique). — Cet ictère est caractérisé par une cholémie modérée et par l'oligurie.

Les causes qui provoquent cette variété d'ictère sont des maladies du foie ou bien des maladies qui retentissent sur cet organe.