

et sa longueur sont variables; il peut atteindre 16 à 20 centimètres. Plus le pédicule est accentué, plus le lobe est mobile et abaissé; il simulait un rein flottant dans les cas de Pichevin et Faure¹.

Symptômes. — Le lobe flottant du foie peut passer inaperçu; souvent il détermine des douleurs vives à l'hypocondre droit avec irradiation au flanc, à la région lombaire, à l'épaule. Les crises douloureuses simulent les crises de la cholécystite calculeuse ou les crises du rein flottant. A l'examen du ventre, on trouve la tumeur. Le foie n'est pas abaissé. Le lobe aberrant descend plus ou moins bas, il est lisse, assez mobile et parfois douloureux à la pression; il suit les mouvements du foie, à moins qu'il ne soit fortement pédiculisé. L'erreur de diagnostic la plus fréquente consiste à prendre le lobe aberrant pour un rein déplacé. Parfois lobe mobile et rein mobile existent simultanément ce qui complique le diagnostic.

Mais ce qui double l'intérêt de la question, c'est que le lobe aberrant hépatique est assez souvent associé à la lithiase biliaire et à la cholécystite calculeuse. On peut même trouver côte à côte la tumeur formée par le lobe aberrant et la tumeur de la cholécystite. Cette question a été étudiée par Riedel (Berlin 1888), qui a trouvé six fois un lobe aberrant chez des femmes atteintes de cholécystite avec ou sans lithiase biliaire. Mais la première observation en date est, à ma connaissance, le cas de mon illustre maître Trousseau². Il s'agit d'une femme atteinte depuis quelque temps de coliques hépatiques avec ictère et accès fébriles; on sentait sur le rebord du foie une tumeur qui fut prise pour une cholécystite calculeuse. La malade ayant succombé, on constata à l'autopsie qu'il y avait en effet une cholécystite calculeuse, mais la tumeur qu'on avait sentie était due à un lobe supplémentaire du foie qui masquait la vésicule. G. Marchant en a observé plusieurs cas intéres-

1. Duvernoy. *Le foie mobile*. Th. de Paris, 1898, p. 19.

2. Trousseau. *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, t. III, p. 229.

sants¹, et Le Lionnais² en a réuni un assez grand nombre d'observations.

Cette étude sur le lobe aberrant du foie prouve toutes les difficultés que présente le diagnostic, surtout quand les deux choses, lobe aberrant et cholécystite calculeuse existent chez le même sujet.

§ 23. ICTÈRE — JAUNISSE
ICTÈRE BILIPHÉRIQUE — ICTÈRE UROBILINURIQUE
CHOLÉMIE

Description. — Dans quelques circonstances, dont nous étudierons plus loin les causes et le mécanisme, la matière colorante de la bile fabriquée par le foie est résorbée; elle passe dans le sang, elle circule avec le plasma sanguin; aussi les organes, les tissus, les téguments, les humeurs, sont-ils plus ou moins colorés par la bile.

L'ictère ou jaunisse est la coloration jaune de la peau et des muqueuses par les pigments biliaires. L'ictère apparaît d'abord aux conjonctives, il se généralise ensuite à la face, à la muqueuse de la bouche, au tronc et aux membres. La peau de l'ictérique prend des colorations diverses, depuis le jaune le plus pâle (*teinte subictérique*) jusqu'au jaune foncé qui est habituellement le signe de l'ictère par rétention. Le jaune d'or, le jaune safran appartiennent surtout aux ictères aigus; la teinte jaune verdâtre, olivâtre et presque noirâtre, se voit principalement dans les ictères chroniques. L'ictère est toujours généralisé, il n'y a pas d'ictère partiel; mais il est plus ou moins accusé suivant les régions. La matière colorante de la bile se dépose dans les couches profondes du réseau de Malpighi, et la jaunisse ne disparaît

1. G. Marchant. De la cholédoectomie. *La Presse médicale*, 6 juin 1896.

2. Le Lionnais. *Tumeurs de l'hypocondre droit formées par la vésicule biliaire*. Thèse de Paris, 1896.

complètement qu'après la desquamation des cellules colorées.

Le pigment biliaire s'élimine principalement par les reins, d'où la teinte caractéristique des urines; mais il s'élimine aussi par les glandes sudoripares et sébacées, ce qui explique la teinte jaune que prend le linge en contact avec les sueurs. Le lait peut contenir des pigments biliaires; d'où le précepte de ne pas laisser à un enfant une nourrice atteinte d'ictère. Chez une femme grosse, atteinte d'ictère chronique, la coloration jaune peut se communiquer au fœtus.

Étudions les *urines icteriques*. Il n'y a pas d'ictère cutané sans urines icteriques. L'ictère des urines *précède* même de quelques heures, d'une journée, la coloration des muqueuses et de la peau. C'est par l'épithélium des tubuli que s'élimine le pigment biliaire; les reins des icteriques sont verdâtres, surtout à la région corticale, et l'on découvre au microscope l'imprégnation biliaire de l'épithélium des tubuli. Les urines icteriques ont une densité élevée; elles sont habituellement moins abondantes qu'à l'état normal, leur coloration varie suivant la quantité du pigment biliaire; elles ont une teinte jaune orangé, verdâtre, brunâtre, presque noirâtre; la teinte verte est due à la transformation, par oxydation de la bilirubine en biliverdine. Les urines tachent fortement le linge, elles sont d'autant plus verdâtres qu'elles sont plus acides.

Voici comment on procède à l'analyse des urines icteriques: on verse de l'acide nitrique légèrement nitreux dans un verre à pied (réactif de Gmelin), puis on fait arriver lentement, au moyen d'un tube effilé, l'urine préalablement filtrée. On observe alors à la réunion de l'acide et de l'urine une zone verdâtre, et, au-dessus de cette zone verte apparaissent de bas en haut, et superposés, des anneaux de coloration bleue, violette, rouge, jaune. La *teinte verte est dominante*, mais au bout de quelque temps toutes ces nuances se confondent en une teinte orangée.

Effets de l'ictère. — Je n'ai à m'occuper ici que des symptômes qui appartiennent en propre à l'imprégnation de l'économie par la bile.

a. *Troubles gastro-intestinaux.* — Les matières fécales sont souvent décolorées dans l'ictère par rétention (obstruction du canal cholédoque); elles prennent la teinte du mastic, de l'argile, elles sont fétides, et leur richesse en matières grasses (stéarrhée) prouve le rôle que joue la bile à l'état normal dans l'absorption de ces matières. La coloration argileuse des fèces tient autant à l'excès des matières grasses qu'à l'absence de la bile. Dans l'ictère par rétention, il faut guetter avec soin le moment où les matières commencent à se colorer de nouveau, car c'est un indice que l'obstacle au cours de la bile tend à disparaître. Habituellement, l'ictérique a le dégoût des aliments, ses digestions se font mal, il a la langue pâteuse et la bouche amère; cette amertume viendrait, d'après Murchison, du passage du taurocholate de soude dans le sang.

Chez d'autres icteriques, les matières fécales ne sont pas décolorées, il y a même un excès de bile, les fèces sont verdâtres, liquides, on dit qu'il y a *polycholie* ou *pléiochromie*, le foie fabrique de la bile en excès, une partie de cette bile est évacuée, l'autre est résorbée.

b. *Troubles d'intoxication.* — Quand la digestion intestinale est privée de bile, les matières grasses sont moins bien absorbées, l'ictérique en subit le contre-coup; dans quelques circonstances, il maigrit; il peut s'intoxiquer par les produits de fermentation résorbés dans l'intestin et par les sels biliaires résorbés dans le foie¹. Cette double cause d'auto-intoxication est peu appréciable dans la grande majorité des cas, grâce à l'intégrité des cellules du foie qui détruisent une partie du poison et grâce à l'intégrité des épithéliums du rein qui l'éliminent. Mais que ces deux facteurs viennent à faiblir, que la cellule du foie et que l'épithélium du rein soient compromis, il en peut résulter des symptômes d'intoxi-

1. Bouchard. *Auto-intoxications dans les maladies*, 1887, p. 259.

cation. Sous l'influence de l'ictère chronique, les reins prennent une coloration verdâtre, l'épithélium des canalicules se pigmente, parfois même il subit la dégénérescence graisseuse.

c. *Troubles de circulation.* — Le pouls est habituellement ralenti chez les ictériques (Bouillaud); il peut tomber à 50 pulsations et au-dessous; on constate un abaissement de la tension artérielle; le ralentissement des contractions cardiaques et du pouls est dû à l'action des sels biliaires passés dans le sang. Les sels biliaires et surtout la substance colorante de la bile sont des poisons du cœur. J'ai étudié ailleurs les souffles de l'orifice mitral (Gangolphe) et de l'orifice tricuspide (Potain) qui accompagnent parfois l'ictère aigu et l'ictère chronique, je n'y reviens pas. L'ictère engendre souvent l'épistaxis, surtout par la narine droite (Galien).

d. *Altérations du sang*¹. — Après des expériences nombreuses et contradictoires, on est arrivé aux conclusions suivantes: l'ictère aigu, je ne parle pas de l'ictère grave, ne détermine aucune modification du sang, si ce n'est que le sérum est teinté par la matière colorante de la bile; l'ictère chronique provoque une diminution des globules rouges et une augmentation des matières grasses et de la cholestérine. Le globule rouge, pour résister, modifie les conditions normales de sa perméabilité².

e. *Troubles cutanés.* — L'ictère est souvent accompagné de prurit. Les démangeaisons sont surtout vives aux pieds et aux mains, elles sont parfois insupportables et privent le malade de sommeil. L'urticaire, le lichen, peuvent également se développer sous l'influence de l'ictère.

Dans le courant d'un ictère chronique, on voit quelquefois survenir une éruption qu'on a nommée *xanthelasma* (de *ξανθος*, jaune, et *μασμα*, tache noire), désignation qui est préférable à celles de *plaques jaunes des paupières*, parce que l'éruption dans bon nombre de cas se généralise. Le xan-

1. Hayem. *Du sang*, 1889, p. 516.

2. Ribière. L'hémolyse et la mesure de la résistance globulaire. *Th. de Paris*, 1903.

thelasma limité aux paupières existe souvent en dehors de toute trace d'ictère, mais le xanthelasma généralisé, celui dont je vais m'occuper, est presque toujours associé à un ictère chronique¹. L'éruption du xanthelasma se présente sous forme de plaques, couleur peau de chamois (Rayer), légèrement saillantes, non indurées et à bords nets ou irréguliers; il y a aussi une autre forme, le xanthelasma *tuberosa*, caractérisé par des nodules d'un jaune rougeâtre et de consistance assez ferme. Le xanthelasma débute par le grand angle de l'œil, il s'étend aux deux paupières, il se généralise à la paume des mains, à la plante des pieds, aux coudes, aux genoux, avec tendance bien marquée à la symétrie. Le xanthelasma est caractérisé, au point de vue anatomique, par une hyperplasie chronique du derme avec infiltration graisseuse des éléments nouvellement formés; il n'a aucune tendance à l'ulcération.

Pathogénie. Étiologie. — Sous l'impulsion de Gubler, on avait divisé les ictères en deux grandes classes: ictères *hémaphéiques* ou sanguins, et ictères *biliphéiques* ou biliaires; nous allons voir comment il faut interpréter ces deux variétés qui se combinent souvent, car il n'est pas rare de voir des urines franchement ictériques devenir ensuite hémaphéiques.

L'ictère *biliphéique*, celui qui vient d'être étudié dans ce chapitre, est un ictère par *rétenction biliaire*; le mécanisme en est facile à comprendre: quand un obstacle s'oppose au libre écoulement de la bile, il se fait une stase biliaire dans le foie et une résorption consécutive. Les glandes, dit Cl. Bernard, sont ou peuvent être des organes aussi actifs pour la résorption que pour la sécrétion. La résorption intra-hépatique de la bile se fait par les lymphatiques plus que par les veines. L'obstacle à la circulation de la bile peut siéger dans le foie sur les canaux intra-hépatiques (catarrhe des voies biliaires, cancer du foie, cirrhoses, abcès, foie appendiculaire, etc.); ou sur les gros canaux

1. Strauss. *Des ictères chroniques*. Paris, 1878, p. 90.