

d'ictères congénitaux relevaient d'une *fragilité globulaire spéciale*, caractère des plus importants, facile à mettre en relief par une technique particulière (mélange avec des solutions salines).

M. Chausseffard montrait ainsi que la recherche de la résistance globulaire constituait un précieux moyen de différencier les ictères hémolytiques des ictères d'origine hépatique: il a souvent ainsi en clinique le chapitre des ictères par fragilité globulaire. Depuis, M. Brulé avec MM. Wildal et Abram, ont montré qu'en modifiant légèrement la technique employée, on pourrait retrouver la fragilité globulaire dans un certain nombre d'ictères acquis, pris souvent pour des ictères d'origine hépatique, et non congénitaux. De plus, un autre stigmate sanguin, la présence d'*hématies granuleuses*, altération très particulière des globules rouges décrite par MM. Chausseffard et Fiessinger dans les ictères congénitaux, a été retrouvé dans les ictères hémolytiques acquis.

Ce ne sont là que quelques points de cette histoire. Depuis 1907, de nombreux travaux ont été publiés sur la question; ils ont montré que les ictères hémolytiques étaient des types cliniques actuellement bien isolés; leur fréquence est déjà relativement assez grande et le deviendra encore plus, lorsque des examens hématologiques, pratiques systématiquement, permettront de déceler la pathogénie exacte de bien des ictères dont l'origine hémolytique reste encore méconnue.

Quelle en est maintenant la symptomatologie? Les ictères hémolytiques se présentent cliniquement selon deux types différents: tantôt il s'agit d'*ictères congénitaux*, souvent familiaux, dont le type est remarquablement fixe; tantôt il s'agit d'*ictères acquis* survenant chez les adultes, et évoluant au contraire de façons très diverses.

Ces deux formes d'ictères hémolytiques ont beaucoup de points par lesquels ils se rapprochent, mais M. Brulé estime cependant que leurs dissimilitudes sont assez accentuées pour légitimer leur séparation.

Pourtant, si on s'en tient à leurs caractères communs, on peut décrire tout d'abord le *syndrome de l'ictère hémolytique*, qui s'applique avec quelques modalités différentes aux deux types d'ictère.

L'*ictère*, symptôme clinique dominant de l'affection, varie du jaune foncé au jaune pâle; généralisé à tout le corps, aux téguments et aux muqueuses, il peut tantôt par son intensité simuler l'ictère par rétention, tantôt au contraire rappeler la teinte légère de la cholémie familiale. Non seulement l'intensité de l'ictère diffère selon les malades, mais encore, chez les mêmes sujets, elle diffère selon la période de l'affection. Cette *variabilité* de la jaunisse apparaît surtout au cours des ictères hémolytiques acquis: à certains jours, sous l'influence de fatigues ou de troubles digestifs, on voit brusquement, en l'espace de quelques heures, la coloration des téguments se passer du jaune pâle au jaune foncé, puis diminuer rapidement d'intensité jusqu'à ce qu'une nouvelle crise survienne; ces poussées ictériques coïncident chez les malades avec une augmentation des symptômes anémiques, avec de brusques poussées de dé-

globulisation; aussi, chez les ictériques congénitaux dont l'instabilité sanguine semble moindre, l'ictère présente-t-il une beaucoup plus grande fixité; là encore cependant, si l'affection s'aggrave momentanément, si l'anémie devient plus grande, l'ictère augmentera peu à peu d'intensité.

Un des caractères les plus importants de cet ictère, caractère que M. Brulé a mis en évidence avec MM. Wildal et Abraham, c'est l'*absence* en général absolue de *tout symptôme d'intoxication biliaire*. Malgré l'intensité souvent considérable de ces ictères et leur longue durée, on n'observe ni bradycardie, ni prurit, ni xanthélasme. L'ictère est *acholurique*: on ne trouve pas de pigments biliaires dans l'urine par les réactions de Gmelin et Grubler; mais on y trouve de l'urobiline. Pas de décoloration des matières fécales comme dans l'ictère par rétention; ces matières sont hypercolorées et on pouvait prononcer le mot d'*ictère pléiochromique*.

Le foie est souvent un peu augmenté de volume, mais jamais on n'a trouvé de signes d'insuffisance hépatique: ni hypoazoturie, ni glycosurie alimentaire, ni glycosurie intermittente. Mais parfois peuvent apparaître des *crises douloureuses vésiculaires*, revêtant tous les caractères des coliques hépatiques frustrées et liées d'ailleurs à la présence de boue biliaire, parfois même de véritables calculs pigmentaires.

Par contre, la rate est toujours augmentée de volume, et dans l'ictère congénital, la splénomégalie peut être énorme. Dans l'ictère acquis, elle est surtout variable et se modifie avec les poussées de la maladie.

A ces phénomènes si particuliers se joignent des *symptômes anémiques* qu'on ne voit presque jamais dans l'ictère d'origine hépatique et qui sont en rapport avec des altérations très spéciales du sang. Ils sont d'ailleurs beaucoup plus marqués dans l'ictère acquis que dans l'ictère congénital.

C'est le lieu d'insister ici sur les différences cliniques existant entre les deux formes d'ictères hémolytiques.

Dans l'*ictère hémolytique congénital*, le tableau morbide est remarquablement fixe et les observations déjà nombreuses qui en ont été publiées semblent presque calquées les unes sur les autres.

C'est une affection congénitale et souvent familiale dans laquelle la symptomatologie est réduite très exactement au syndrome ictérique qui vient d'être décrit et qui persiste avec les mêmes caractères pendant toute l'existence: ictère plus ou moins foncé selon la gravité du cas, pas de décoloration des matières fécales, pas de signes d'intoxication biliaire; les urines ne contiennent en général que de l'urobiline; l'hépatomégalie, mais surtout la splénomégalie, presque constantes, se montrent souvent très accentuées.

Par contre, les symptômes cliniques d'anémie restent peu marqués: ce n'est qu'exceptionnellement, sous l'influence de fatigues ou d'affections intercurrentes, que l'on peut voir l'anémie augmenter momentanément, l'ictère devenir plus foncé.

De telles aggravations sont rares et toujours passagères; au contraire un des traits dominants des ictères hémolytiques congénitaux est la fixité des symptômes, la par-