

sternale et un vague malaise, vomit en plusieurs fois une petite quantité de liquide filant teinté de sang. La quantité du liquide vomi varie de 100 à 150 gr. et sa couleur est tantôt rouge, tantôt brun rouge, l'aspect est celui du sirop de groseilles ou du sirop de ratanhia dilués. Il est habituellement facile de reconnaître la nature du liquide vomi et on ne confondra pas l'hémossalémèse avec une hématémèse : la présence de la salive est facile à démontrer par l'action du liquide sur l'amidon; la présence de l'hémoglobine est constatée au spectroscope, mais l'examen microscopique ne permet pas de déceler l'existence de globules rouges. De plus ces pituites hémorragiques se reproduisent souvent pendant des semaines avec parfaite régularité; dans d'autres cas elles semblent être les équivalents d'une crise hystérique. L'origine du sang est encore discutée.

L'hémossalémèse est d'habitude un trouble anodin; mais on n'en vient pas toujours facilement à bout. Son traitement est celui de toute manifestation hystérique (suggestion par action verbale, médicamenteuse, ou autre). A. BAUER.

HÉMOSTASE. — L'hémostase ou arrêt du sang peut être spontanée ou artificielle; nous n'étudierons ici que les moyens de provoquer l'hémostase artificielle. Les procédés d'hémostase, extrêmement nombreux, ne s'appliquent pas indifféremment à toutes les hémorragies; nous distinguerons deux variétés principales d'hémorragies :

1° *Hémorragies produites par la blessure d'un grand nombre de vaisseaux, surtout de veines de très petit calibre.* — 2° *Hémorragies produites par la blessure d'un ou de plusieurs vaisseaux, surtout d'artères d'un calibre assez considérable.*

I. *Hémorragies produites par la blessure d'un grand nombre de petits vaisseaux.* — La blessure d'un grand nombre de petits vaisseaux produit un suintement sanguin en masse, dans lequel il est impossible de reconnaître et de trouver les vaisseaux qui saignent; aussi on ne peut agir directement sur ces vaisseaux, et il faut agir indirectement sur eux, soit par simple compression, soit par application de certaines substances dites hémostatiques.

a) *Compression.* — La compression peut être directe ou indirecte, c'est-à-dire faite au niveau même de la blessure, ou bien à distance sur le trajet des vaisseaux qui amènent le sang à la plaie.

La *compression directe* doit toujours être faite d'une façon rigoureusement aseptique, sous peine de déterminer des accidents d'infection; elle constitue le moyen d'hémostase le plus simple et le plus fréquemment employé, mais d'ordinaire, sauf lorsqu'il n'y a que des blessures veineuses, ou que les vaisseaux ouverts sont extrêmement petits, la compression n'est qu'un moyen d'hémostase provisoire insuffisant pour arrêter définitivement l'hémorragie. Cependant, dans certains cas où la plaie saigne en nappe, et où on ne peut arrêter l'hémorragie avec des pinces à forcipressure, un pansement fortement compressif peut suffire à arrêter l'écoulement de sang; de même dans une plaie étroite au fond de laquelle saigne un vaisseau difficile à voir et à pincer, il suffit souvent pour arrêter l'hémorragie de placer une mèche de gaze stérilisée par-dessus laquelle on fait les sutures; on retire la mèche au bout de 24 à 48 heures. Dans les plaies profondes, notamment dans les suintements sanguins, qui se produisent au fond du bassin à la suite d'une laparotomie, le

tamponnement à la Mickulicz peut rendre de grands services : Au milieu d'une grande compresse carrée vous fixez un fil, vous rabattez la compresse sur une longue pince, et vous portez le nœud jusqu'au fond de la cavité à tamponner; puis dans le sac formé par la compresse, vous introduisez des tampons de gaze jusqu'à ce que la compression soit suffisante pour arrêter l'hémorragie. La compresse est retirée au bout de 24 à 48 heures avant qu'elle adhère trop intimement aux tissus.

La *compression à distance* s'emploie surtout dans les hémorragies des membres; elle peut être faite d'une façon extrêmement simple, en se bornant à presser avec le doigt sur le trajet de l'artère principale au-dessus du point qui saigne; pour faire cette compression on a imaginé une foule d'instruments (garrots, tourniquets, compresseurs), qui sont à peu près complètement abandonnés; aujourd'hui on se sert à peu près exclusivement de la bande d'Esmark que l'on applique pour arrêter provisoirement une hémorragie en attendant que l'on puisse faire l'hémostase définitive. L'application de la bande d'Esmark et la compression à distance sont également employés à titre préventif pour éviter une hémorragie abondante dans certaines opérations sur les membres, en particulier dans les amputations.

Le mode d'application est des plus simples : on enroule autour du membre, depuis son extrémité jusqu'à sa racine, une bande en caoutchouc de 6 centimètres de large et suffisamment longue, en ayant soin de ne pas recouvrir les tours de bande les uns par les autres; en serrant assez fort et en allant lentement, on refoule progressivement le sang et on arrête le bandage, soit à la racine du membre, quand il s'agit d'une amputation de la cuisse ou du bras, soit un peu au-dessus du siège présumé de la base des lambeaux lorsqu'il s'agit d'une amputation de l'avant-bras ou de la jambe. La bande une fois roulée autour du membre, on attend un peu pour que la compression élastique chasse complètement le sang des tissus, puis on applique sur le dernier tour de bande un lien constricteur également en caoutchouc, de la grosseur du doigt, terminé à une de ses extrémités par une barrette ou crochet et à l'autre par une chaînette, on fixe ce lien en faisant entrer la barrette ou le crochet dans un des anneaux de la chaînette. On déroule alors la bande comme on l'a roulée, c'est-à-dire de l'extrémité à la racine.

La pression exercée n'a pas besoin d'être très forte, puisque Housé de l'Aulnoit a calculé qu'il fallait une traction d'environ 12 kilogrammes au bras et de 15 kilogrammes à la cuisse pour assurer l'hémostase.

b) *Substances hémostatiques.* — Les substances hémostatiques sont extrêmement nombreuses, on emploie surtout :

Le perchlorure de fer étendu de 4 ou 5 fois son poids d'eau.

La cocaïne en solution à 1 pour 100.

L'antipyrine en solution à 25 pour 100.

L'eau oxygénée.

La gélatine, sous forme de sérum gélatiné.	{	Gélatine.	10 grammes.
		Chlorure de sodium.	2 —
		Eau.	100 —
L'adrénaline en solution à 1 pour 1000.	{	Chlorhydrate d'adrénaline.	1 gramme.
		Chlorétone.	5 grammes.
		Sérum physiologique.	1000 —

Ces substances peuvent se diviser en deux groupes : les unes (cocaïne et adrénaline entre autres) agissent en déterminant une vaso-constriction des vaisseaux; leur effet est très rapide et très énergique (surtout pour l'adrénaline), mais il a l'inconvénient d'être de courte durée et souvent même à la phase de vaso-constriction succède une phase de vaso-dilatation, en sorte que parfois après avoir diminué ou même disparu pendant un certain temps, l'hémorragie rédevient plus abondante. Les autres substances hémostatiques (perchlorure de fer, eau oxygénée, sérum gélatiné) agissent en déterminant la formation d'un caillot sanguin; leur action est moins rapide, mais d'ordinaire plus longue que celle des substances vaso-constrictives; toutefois certains caillots, particulièrement ceux formés sous l'influence du perchlorure de fer, sont très peu résistants et se détachent facilement.

Les caillots formés sous l'influence du sérum gélatiné sont plus résistants, aussi l'hémostase est beaucoup plus durable, et c'est là un mode d'hémostase extrêmement précieux dans certaines circonstances, par exemple dans les épistaxis rebelles; le seul inconvénient est la facilité d'infection et de putréfaction de la gélatine.

Des substances qui agissent en déterminant l'hémostase par coagulation du champ, il faut rapprocher la chaleur qui constitue souvent un excellent moyen d'hémostase. Dans bien des cas l'application du thermo-cautère au rouge sombre constitue le moyen le plus simple pour arrêter une petite hémorragie rebelle ou un suintement sanguin qui a résisté à la compression.

II. Hémorragies produites par la blessure de vaisseaux, surtout d'artères assez volumineuses. — Dans ce cas les moyens indirects que nous venons d'indiquer sont insuffisants, et il faut agir directement sur les vaisseaux blessés.

a) *Forcippresure.* — Le moyen le plus simple consiste à saisir avec des pinces à forcippresure tous les vaisseaux importants qui donnent; pour cela on applique sur la région qui saigne une compresse aseptique, on comprime assez fortement et on retire la compresse en glissant, de façon à bien essuyer la plaie; celle-ci étant ainsi débarrassée du sang qui la recouvre, on voit le jet des vaisseaux, et il est facile de les pincer. Parfois la forcippresure constitue un moyen d'hémostase définitive, par exemple dans les cas de plaie profonde où la ligature est impossible (plaie du fond du petit bassin, de la concavité du diaphragme); dans ces cas la pince recouverte par un pansement aseptique est laissée à demeure pendant 24 ou 36 heures, durant lesquelles le malade sera rigoureusement immobilisé. L'ablation de la pince est souvent délicate; elle doit se faire très doucement sans traction. On commence par imprimer de légers mouvements de rotation à la pince, et on ne la retire que lorsqu'elle est complètement dégagée.

Hors ces cas exceptionnels, la forcippresure doit être complétée par un autre mode d'hémostase : torsion, ligature, suture.

b) *Torsion.* — La torsion est un moyen d'hémostase définitive suffisant en général pour les petits vaisseaux. On tourne autour de son axe la pince qui tient le vaisseau. Il importe de ne pas tirer cette pince, sans quoi on arrache plus qu'on ne tord. On continue à tordre jusqu'à ce que la pince tombe d'elle-même. La torsion a l'avantage de ne pas laisser de fils dans la plaie, mais elle

est moins sûre que la ligature. Ne l'employez pas là où le tissu cellulaire est très lâche, comme au niveau des bourses.

À côté de la torsion, il faut signaler l'angioplastie, c'est-à-dire l'écrasement des vaisseaux à l'aide d'une pince très puissante, qui peut rendre de grands services dans certains cas (chirurgie intestinale, résection d'épiploon, etc.), mais pour les artères volumineuses l'angioplastie ne paraît pas donner une sécurité absolue.

c) *Ligature.* — La ligature se fera de préférence avec du catgut fin. Un fil n° 2 suffit amplement pour une artère du volume de la radiale. La pince fixant le vaisseau est relevée perpendiculairement à la surface, et tirée légèrement, afin de créer un pédicule. Le fil est appliqué au-dessous de la pince. Un premier nœud est fait.

En serrant ce premier nœud le chirurgien se préoccupe : 1° de serrer suffisamment pour que le fil tienne quand la pince sera enlevée, cette sensation s'acquiert facilement; 2° de ne pas comprendre la pince dans le nœud. Pour s'assurer de ces deux conditions, l'aide retire la pince dès que le premier nœud est serré : La ligature va tomber si elle est insuffisante, la pince ne pourra être retirée si le fil est en mauvaise place. Le premier nœud bien fixé est assujéti par un second. Deux nœuds sont suffisants pour la soie. Avec le catgut faites toujours un nœud supplémentaire. Les fils seront coupés très courts (1 à 2 millim. pour la soie, 2 à 4 millim. pour le catgut).

d) *Suture.* — Si le sang vient d'une artère ou d'une veine très volumineuse dont l'oblitération puisse provoquer des accidents graves (carotide, sous-clavière, iliaque, fémorale, etc.), et surtout s'il s'agit d'une blessure incomplète (piqûre ou déchirure latérale), il sera préférable de ne pas lier l'artère, mais de suturer la plaie au moyen d'un surjet fait avec un fil extrêmement fin passé dans l'épaisseur de la paroi du vaisseau; par-dessus ce surjet on en fera un deuxième portant sur la gaine péri-vasculaire destiné à consolider le premier. Ce procédé constitue la méthode d'hémostase de choix pour le traitement des plaies des gros vaisseaux, bien que très fréquemment la suture même non perforante soit suivie d'oblitération du vaisseau.

PIQUAND.

HÉMOTHORAX. — Sous le nom d'hémithorax on désigne tout épanchement de sang dans la cavité pleurale. Toutes les causes susceptibles de produire une déchirure de la plèvre avec lésions des vaisseaux pulmonaires ou des vaisseaux de la paroi thoracique, peuvent déterminer la production d'un hémithorax : l'hémithorax s'observe très rarement dans les contusions du poumon; les fractures de côtes s'accompagnent assez rarement d'hémithorax, dans ce cas l'épanchement sanguin peut être dû à la blessure d'un vaisseau pulmonaire embroché par un fragment de côtes, plus souvent il est dû à une déchirure des artères intercostales. Les plaies pénétrantes de poitrine constituent la cause habituelle de l'hémithorax, celui-ci étant produit soit par blessure des vaisseaux du poumon, soit par blessure des vaisseaux de la paroi accompagnée de déchirure de la plèvre. L'hémithorax d'origine pariétale est relativement rare, le sang provient habituellement de la blessure d'une artère intercostale, mais toutes les artères de la paroi, en particulier les mammaires peuvent, par leur blessure, déterminer un épanchement sanguin intrapleural. — Les plaies des vaisseaux

du poumon constituent une cause beaucoup plus fréquente d'hémithorax, celui-ci succède surtout à la blessure des vaisseaux pulmonaires de deuxième ou de troisième ordre, en effet la blessure des gros vaisseaux du poumon donne lieu à une hémorragie presque immédiatement mortelle, et la blessure des petits vaisseaux s'oblitére rapidement par formation d'un caillot.

Symptômes. — La présence d'un épanchement sanguin dans la plèvre se reconnaît à des signes physiques fournis par l'examen du thorax, accompagnés par les symptômes habituels des hémorragies internes : le plus souvent ces symptômes apparaissent rapidement, quelques heures après une plaie de poitrine l'hémithorax est complètement constitué ; plus rarement à la suite de la blessure de plusieurs petits vaisseaux, l'épanchement se fait lentement, progressivement et augmente pendant plusieurs jours, enfin exceptionnellement l'épanchement sanguin n'apparaît que quelques jours après la blessure du thorax à la suite de la chute d'une escarre.

Lorsque l'épanchement est assez abondant, les signes physiques sont d'ordinaire très nets.

L'inspection fournit peu de renseignements, elle montre dans quelques cas seulement une augmentation de la voussure thoracique.

La percussion montre une zone de matité plus ou moins étendue située à la base du poumon ; l'auscultation au niveau de cette zone montre une disparition complète du murmure vésiculaire, avec un bruit de souffle inconstant qui présente les caractères habituels du souffle pleurétique. L'égophonie, la pectoriloquie aphone sont des signes inconstants. La palpation montre une disparition complète des vibrations thoraciques au niveau de la zone mate. Lorsque l'hémithorax s'accompagne de pneumothorax, et c'est là le cas le plus fréquent, la percussion montre à la partie supérieure du thorax une sonorité exagérée qui contraste d'une façon frappante avec la matité de la base, au niveau de cette zone de sonorité tympanique on trouve à l'auscultation un souffle amphorique accompagné de bruit d'airain et de tintement métallique ; le mélange d'air et de sang peut produire la succussion hippocratique. — En même temps que les signes d'épanchement pleural, l'examen peut montrer divers signes qui relèvent de lésions produites par la plaie thoracique tels que : emphysème sous-cutané, hémorragie externe par la plaie et surtout hémoptysie ; lorsque la plaie thoracique est assez large on constate souvent le phénomène de la traumatopnée.

Les symptômes fonctionnels sont ceux des hémorragies internes : la face est pâle, les extrémités refroidies, le pouls, très rapide, petit et dépressible, la respiration est haletante, dyspnéique, entrecoupée de quintes de toux avec expectoration sanglante ; souvent il y a des lypothymies, puis des syncopes graves. La température est variable, dans les épanchements très abondants il y a un abaissement de température causé par l'hémorragie, dans les épanchements peu abondants il y a au contraire de la fièvre.

L'évolution de l'hémithorax dépend de l'abondance de l'hémorragie et de l'infection du sang épanché.

Lorsque l'hémorragie est très abondante le malade peut mourir presque subitement, la mort étant due à la perte de sang et surtout à la compression du poumon et du cœur par le sang épanché dans la plèvre. — Lorsque l'épanchement est moins abondant et qu'il ne s'infecte pas, il se résorbe plus ou moins rapi-

dement, en cas d'épanchement un peu considérable la résorption est toujours lente, exigeant un long repos au lit, et affaiblissant le malade par une fièvre modérée et continue et par des troubles digestifs souvent très marqués ; parfois, après la résorption, on voit persister une dépression du thorax avec gêne plus ou moins marquée de la respiration.

La transformation purulente de l'épanchement constitue une complication sérieuse, elle se traduit par des symptômes généraux graves, analogues à ceux d'une pleurésie purulente, qui apparaissent quelques jours après la constitution de l'hémithorax. Parfois l'évolution est extrêmement rapide, et l'hémithorax suppuré entraîne en quelques jours la mort du malade avec des phénomènes de septicémie. — D'ordinaire l'infection est moins violente ; pendant quelque temps le malade présente de la fièvre avec de grandes oscillations de température et des troubles digestifs très marqués ; puis peu à peu le malade s'affaiblit, des suppurations à distance peuvent s'établir et, si l'on n'intervient pas, il finit par succomber avec des symptômes de cachexie.

Diagnostic. — Le diagnostic d'hémithorax est en général assez facile à faire : lorsqu'on est appelé auprès d'un malade atteint de plaie de poitrine ou de fracture de côtes quelques instants après le traumatisme et qu'on constate les signes physiques d'un épanchement pleural, il ne peut y avoir aucun doute, car seul un épanchement sanguin peut se constituer aussi rapidement. — Lorsqu'on examine le malade seulement quelques jours après l'accident, le diagnostic est plus délicat, les signes physiques peuvent faire penser à une pleurésie traumatique, toutefois les commémoratifs, les hémoptysies répétées, les signes d'hémorragie interne, l'apparition d'une ecchymose lombaire, permettent habituellement de reconnaître l'épanchement sanguin.

Pronostic. — Le pronostic de l'hémithorax est extrêmement variable.

Le pronostic immédiat (*quoad vitam*) dépend uniquement de l'importance du vaisseau lésé, et par suite de l'abondance de l'épanchement et de la rapidité de sa production. Lorsqu'il n'y a pas une hémorragie considérable menaçant immédiatement par son abondance la vie du malade, le pronostic dépend presque exclusivement de l'infection du liquide épanché : bénin si l'épanchement reste aseptique, il devient fort grave si le sang accumulé dans la plèvre s'infecte et suppure.

Traitement. — L'intervention chirurgicale n'est indiquée que dans les cas où il y a des symptômes généraux graves menaçant la vie du malade ; dans les cas d'hémithorax limités sans symptômes généraux graves, il faut se borner à nettoyer et à panser soigneusement la plaie thoracique de façon à éviter autant que possible l'infection, puis attendre la résorption de l'épanchement en se contentant d'immobiliser le malade et de calmer autant que possible la douleur et la dyspnée.

Au contraire, lorsqu'une plaie de poitrine est suivie d'une véritable inondation pleurale avec des signes d'hémorragie interne qui paraissent menacer la vie du malade, le chirurgien doit intervenir immédiatement pour pratiquer l'hémostase directe des vaisseaux blessés : dans les cas assez rares où le sang vient de la paroi, l'hémostase est facile, il suffit de réséquer une ou deux côtes pour pouvoir pincer l'artère qui saigne (presque toujours une intercostale) ; lorsque le sang vient du poumon, l'intervention est plus complexe, il faut découvrir

la plaie au moyen d'un grand volet ostéo-cutané que l'on relève en masse de dedans en dehors, de façon à pouvoir le replacer, une fois l'hémostase terminée; ce volet étant rabattu, on ouvre largement la plèvre, on évacue l'épanchement et l'on recherche le point qui saigne; si l'on ne trouve rien sur la face externe du poumon, il faut, avec la main introduite dans la plèvre, soulever le bord antérieur de façon à faire basculer le poumon et à examiner la face interne.

L'hémostase du tissu pulmonaire est toujours difficile. Le procédé de choix consiste à réunir avec des fils assez gros passés d'un bout à l'autre de la plaie en plein parenchyme pulmonaire; lorsqu'il y a une hémorragie en nappe et qu'on ne peut découvrir le point qui saigne, on peut se borner à un tamponnement aseptique qui, le plus souvent, suffit à arrêter le sang. — Une fois l'hémostase terminée, on replace le lambeau cutané, après avoir placé un drain dans la plèvre, et l'on applique un pansement compressif.

À côté de cette intervention immédiate, l'hémithorax peut nécessiter une intervention secondaire, lorsque l'épanchement s'est infecté et a suppuré; l'opération est alors la même que dans le cas de pleurésie purulente (V. PLEURITIS).

HÉPATALGIE. — V. FOIE (SÉMIOLOGIE).

HÉPATIQUES (COLIQUES). — V. COLIQUES HÉPATIQUES.

HÉPATIQUE (INSUFFISANCE). — Les fonctions du foie peuvent être amoindries, exagérées, ou viciées. Le premier trouble est connu et décrit depuis longtemps sous le nom d'insuffisance hépatique, auquel on peut substituer (Gilbert) celui, plus expressif, d'*anhépatie*. L'hyperfonctionnement hépatique ou *hyperhépatie* a été plus récemment mis en lumière; quant à la viciation ou *parhépatie* (Gilbert), son existence est très vraisemblable, mais nous ne disposons pas actuellement de moyens cliniques pour en préciser les caractères et en apprécier la fréquence et l'importance.

L'insuffisance hépatique ou anhépatie correspond elle-même à deux ordres de faits: ceux où elle reste légère, les plus fréquents: c'est la *petite insuffisance hépatique* ou *hypo-hépatie*; ceux où elle est très accentuée, donnant lieu à des accidents graves et le plus souvent mortels: c'est la *grande insuffisance hépatique* ou *anhépatie* proprement dite.

Étiologie. — L'insuffisance hépatique apparaît dans des conditions étiologiques multiples, que le foie soit anatomiquement touché, qu'il le soit seulement fonctionnellement.

La petite insuffisance hépatique se rencontre en effet, à titre passager, dans nombre de maladies infectieuses aiguës (pneumonie, fièvre typhoïde, etc.), alors même que le foie reste peu touché.

Symptômes. — Compatible souvent avec un état de santé relativement satisfaisant, n'entraînant pas par elle-même de symptômes apparents, la *petite insuffisance hépatique* doit être recherchée systématiquement pour être constatée.

Nous avons, ailleurs, dit avec détails la valeur des différents signes qui permettent de la déceler, tirés pour la plupart de l'examen des urines [V. FOIE

(SÉMIOLOGIE DU)]. Le *syndrome urinaire* ordinairement considéré comme révélateur de l'insuffisance hépatique est constitué par la présence de l'urobilinurie, de l'indicanurie, de l'hypoazoturie, associées à l'existence d'une glycosurie alimentaire provoquée positive. On sait toutefois actuellement que, dans l'immense majorité des cas, l'urobiline est d'origine rénale; l'*urobilinurie*, loin d'indiquer l'insuffisance hépatique, témoigne seulement de l'existence d'une cholémie plus ou moins marquée (Gilbert et Herscher). Quant au *pigment rouge brun*, son apparition dans les urines tient, d'une part à la raréfaction de celle-ci, d'autre part à la présence de l'urobiline, et ne saurait avoir la signification qu'on lui a longtemps attribuée comme indice d'insuffisance hépatique ou de dyshépatie (Boix). Discutée également, la *glycosurie alimentaire provoquée*, pratiquée dans de bonnes conditions, paraît avoir une réelle valeur; la *glycosurie digestive* est, à plus forte raison, significative. De même l'*hypoazoturie* traduit nettement dans nombre de cas l'insuffisance de la fonction uréogénique; elle s'associe d'ordinaire à l'*abaissement du coefficient azoturique*, et il est parfois utile de constater également l'élimination exagérée de l'ammoniaque ingéré (épreuve de l'*ammoniurie expérimentale*, Gilbert et Carnot). L'*indicanurie*, quoique moins importante, surtout associée à d'autres signes, est un assez bon indice d'insuffisance hépatique (Gilbert et Weil). Outre ces divers symptômes, on peut utilement rechercher l'élimination intermittente du bleu de méthylène (*glaucurie intermittente* de Chauffard), encore que ce symptôme, dont les relations avec un trouble hépatique sont établies, ne soit peut-être pas directement en relation avec l'insuffisance de l'organe. Enfin, l'*hypertoxicité urinaire* peut traduire, dans certains cas, l'insuffisance des fonctions antitoxiques du foie. Quant à l'insuffisance de la fonction biliaire, elle est mise en évidence moins par l'examen des urines que par celui des *féces souvent décolorées* et par celui du sérum qui, tout au moins dans certains cas, peut présenter une *hypocholemie* relative que la cholémimétrie permet d'apprécier (Gilbert et Lereboullet), symptômes vraisemblablement en relation avec un certain degré d'acholie pigmentaire.

Mais toutes les fonctions du foie peuvent ne pas être simultanément amoindries; il est des cas où seule est notée l'hypoazoturie; on en voit où l'indicanurie existe isolément, susceptible de disparaître par l'opothérapie hépatique; dans d'autres, la glycosurie digestive ou expérimentale peut coexister avec une hyperazoturie appréciable; il en est encore certains où l'acholie pigmentaire constitue le symptôme dominant. Il existe donc des *insuffisances hépatiques dissociées*.

Parmi les diverses conséquences cliniques de l'insuffisance hépatique légère, une des plus importantes est la glycosurie digestive, car souvent elle constitue un véritable diabète individualisé par Gilbert et Weil, sous le nom de *diabète par anhépatie*. Ce type de diabète remarquablement fréquent est caractérisé par une glycosurie qui, au moindre degré, ne se retrouve que dans les urines qui suivent le repas du soir; à un degré plus marqué, la glycosurie apparaît après chaque repas, faisant défaut dans les périodes de jeûne; enfin, au plus haut degré, elle devient continue, mais avec un double maximum, le premier pendant les deux à trois heures qui suivent le déjeuner, le second plus marqué après le dîner. Jamais la quantité totale de sucre n'est considérable. L'urée