

mode de perforation, puisqu'il existait dans 6 cas sur 9 observés par Murchison.

Enfin, dans quelques cas, l'ulcération peut faire communiquer la vésicule à la fois avec le côlon et le duodénum.

On conçoit combien, en clinique, le diagnostic différentiel de ces diverses localisations fistuleuses est difficile à établir. Tout au plus peut-on arriver à quelques présomptions en tenant compte de l'existence ou non de vomissements bilieux, du caractère plus ou moins précoce ou tardif de la débâcle bilieuse, de la coexistence d'une hématomérose, ou d'un melæna.

Des travaux récents ont montré que des accidents gastriques graves, et notamment la *sténose pylorique*<sup>(1)</sup> pouvaient venir compliquer la cholélithiase. Bouveret en a décrit et interprété les premiers cas. Des conditions anatomiques différentes peuvent intervenir. Tantôt il y a simplement compression pylorique par action directe de calculs contenus dans la vésicule ou le cholédoque; tantôt, et plus fréquemment, la péri-cholécystite chronique agit comme cause sténosante extrinsèque, par étranglement scléreux ou par coudure pyloro-duodénale. D'après Bouveret, le décubitus horizontal atténue les accidents, dont l'origine ne peut être suspectée que par la nature de la cholélithiase antérieure et la constatation, parfois possible, d'une masse indurée et profonde dans la région sous-hépatique.

En cas de fistule vésiculo-gastrique, des calculs peuvent être rendus par vomissements. Un des cholélithes peut même s'arrêter au niveau du pylore, y être enclavé par spasme de l'anneau musculaire, et devenir cause directe d'occlusion pylorique<sup>(2)</sup>.

Pour en finir avec les migrations anormales des calculs du côté des organes digestifs, nous ne ferons que mentionner l'ouverture des voies biliaires dans le parenchyme hépatique, nous retrouverons ces faits à propos des abcès du foie.

Du côté du péritoine lui-même, l'ulcération peut s'ouvrir dans une loge de péritonite enkystée, et souvent alors ce n'est que la première étape d'une migration ultérieure vers la paroi abdominale ou vers l'intestin, ou dans la cavité même du péritoine, si des adhérences antérieures ne la protègent pas. On observe alors l'ensemble des symptômes et des lésions qui accompagnent la péritonite diffuse aiguë par perforation. Une douzaine d'observations de ce genre ont été publiées.

Encore plus exceptionnels sont les cas où la fistule calculeuse vient s'ouvrir dans la veine porte; à peine en existe-t-il trois ou quatre cas authentiques, véritables trouvailles d'autopsie plutôt que faits cliniques.

Parmi les migrations descendantes des cholélithes, on peut encore mentionner un cas de Franck, où, après adhérences préalables de la vésicule et de l'utérus gravide, l'élimination calculeuse se fit par le vagin; quelques faits, cités par Mossé, où la vésicule vint s'ouvrir soit dans le bassin du rein droit, soit dans la vessie, directement ou par l'intermédiaire d'une poche de péritonite enkystée.

Quant aux migrations ascendantes, tendant à l'élimination pleurale ou bronchique des cholélithes, elles sont également des plus rares. Elles peuvent se produire de deux manières: ou bien à la suite d'un abcès sous-hépatique et sus-hépatique, ou comme conséquence d'un abcès biliaire parenchymateux du foie.

<sup>(1)</sup> MARCHAIS. *Du rétrécissement du pylore d'origine biliaire*. Thèse de Paris, 1898.

<sup>(2)</sup> MANGOURD. *Obstruction du pylore par calculs biliaires*. Thèse de Paris, 1898. — FLEISCHAUER. *Deutsche med. Woch.*, 27 avril 1899.

Suivant la rapidité du processus, et l'existence ou non d'adhérences pleuro-pulmonaires, on voit évoluer une pleurésie purulente aiguë, à liquide parfois teinté de bile, ou une vomique de médiocre abondance, accompagnée de l'apparition des signes d'un pyo-pneumothorax sous-phrénique droit.

## IV

Après cette longue revue des innombrables accidents qui menacent les lithiasiques, on comprend combien LE DIAGNOSTIC doit souvent présenter d'incertitudes ou de difficultés. Les éventualités cliniques possibles sont si diverses, les causes d'erreur si nombreuses, que nous ne pouvons qu'envisager les principaux groupes de faits dans leur ensemble.

A. Il n'y a pas eu de colique hépatique franche, à peine quelques-unes de ces crises pseudo-gastralgiques qui sont si communes, surtout chez la femme, ou quelques troubles digestifs aigus, avec vomissements bilieux survenant quelques heures après le dîner. Même dans ces cas frustes, on peut souvent soupçonner la lithiase biliaire, pour peu que l'on songe à en rechercher les stigmates. La palpation permet de provoquer une douleur sourde, profonde, localisée au niveau de la vésicule biliaire, et c'est là un signe de première importance. Souvent même on peut palper directement la vésicule, en sentir la saillie globuleuse et rénitente, et Willemin a montré la valeur de ce signe comme phénomène prémonitoire de l'attaque de colique hépatique. Beaucoup plus exceptionnellement, la palpation peut produire la collision de calculs multiples contenus dans la vésicule, et cette crépitation calculeuse est tout à fait pathognomonique.

En dehors de ces signes directs, la séméiologie chimique elle-même atteste une lésion du foie, et dans plusieurs cas de ce genre j'ai constaté de l'urobilinurie et de la glycosurie alimentaire.

On devra encore penser à la lithiase biliaire quand des accès fébriles pseudo-intermittents se montreront sans cause connue, sans lésions urinaires, surtout chez les vieillards.

B. Au moment de la crise de colique hépatique, si le tableau clinique est complet, l'hésitation ne sera guère possible. Le siège et les irradiations des douleurs, l'absence de modifications urinaires, permettront le diagnostic différentiel avec la colique néphrétique du rein droit; la coexistence assez fréquente, chez le même sujet, des deux lithiases peut cependant être une véritable cause d'erreur.

Comme causes d'erreur fréquentes, il faut compter avec les crises douloureuses d'origine intestinale, localisées à l'angle du colon droit, dans l'entérite muco-membraneuse, dans l'entérite sableuse (Dieulafoy). L'examen méthodique des fèces permettra seul le diagnostic.

Dans la colique de plomb, la rétraction du ventre, l'attitude des sujets, le soulagement des douleurs par la large pression en surface sur l'abdomen, les stigmates du saturnisme enfin, guideront le diagnostic.

Les empoisonnements aigus par les agents caustiques ou irritants peuvent simuler la colique hépatique; mais on les reconnaîtra au début immédiat des accidents, à la douleur uniquement stomacale et médiane, aux caractères spéciaux des matières vomies.

L'exploration méthodique des températures locales peut, dans les cas douteux, être d'un grand secours, et Peter a montré que, dans la colique hépatique, l'hyperthermie locale était la règle, et pouvait dépasser d'un degré la température axillaire du même côté.

La survenance plus ou moins rapide de l'ictère ou de la cholurie donne comme sa signature à la colique hépatique. Mais on ne devra jamais oublier que c'est là un phénomène inconstant, dont l'absence ne suffit jamais à infirmer le diagnostic de lithiase biliaire.

C. L'ictère lithiasique chronique n'implique pas toujours l'obstruction calculuse du cholédoque; ainsi, dans un cas opéré et guéri par Terrier<sup>(1)</sup>, il n'y avait de calculs que dans la vésicule et le canal cystique, et l'ictère était permanent depuis plus de six mois, probablement par cholécystite, ou par compression du cholédoque. La première selle colorée fut rendue le onzième jour après la cholécystectomie.

Nous devons dire un mot du diagnostic, souvent difficile, de la tumeur biliaire. Si celle-ci est d'un volume moyen, grosse comme une orange, par exemple, on peut en général reconnaître ses connexions avec le foie, mais, en l'absence d'autres signes directs de lithiase, on pourra toujours hésiter avec un kyste hydatique pédiculé de la face inférieure du foie, jusqu'à la ponction ou à l'incision exploratrice.

Rappelons que, pour explorer une vésicule biliaire, il faut toujours recourir à la *palpation bimanuelle*, exactement comme pour rechercher le ballottement rénal. Et, de fait, il y a là matière à une erreur que j'ai vu plusieurs fois commettre; on peut prendre une vésicule dilatée pour un rein droit abaissé, les deux tumeurs ayant même siège sous-hépatique et forme un peu analogue. Mais le rein un peu ectopié est moins douloureux, réductible; son grand axe perceptible est allongé de haut en bas et de dehors en dedans; tandis que la vésicule est fixe, plus superficielle, franchement douloureuse à la pression, et son grand axe est antéro-postérieur, directement saisi entre les deux mains exploratrices.

On n'oubliera pas que l'on pourrait prendre pour une vésicule dilatée une déformation spéciale du bord inférieur du lobe droit qui accompagne fréquemment la lithiase biliaire. Déjà figurée par Cruveilhier dans son Atlas d'anatomie pathologique, observée dans un cas par Trousseau, cette déformation a été récemment étudiée de nouveau; Riedel<sup>(2)</sup> l'a décrite sous le nom d'appendice linguiforme, et, dans 6 cas de lithiase biliaire, l'a vue coïncider 4 fois avec une grosse vésicule, et 2 fois exister seule. F. Glénard a constaté les mêmes faits, et insiste sur le siège de prédilection de cette hypertrophie locale au niveau du lobe carré. J'ai également constaté bien des faits de ce genre.

Cette sorte de protubérance hypertrophique de la partie moyenne du rebord hépatique est rénitente, lisse, un peu douloureuse à la pression. Elle dépend bien directement de la cholélithiase, car, une fois la vésicule vidée et le calcul expulsé, elle s'efface et disparaît assez rapidement.

Si la tumeur biliaire prend de plus amples proportions, elle n'en devient que plus difficile à distinguer des autres collections liquides enkystées de l'abdomen. Dans un cas récent de Terrier, la présence d'un calcul enchâtonné dans le canal cystique avait, en six mois, amené une dilatation telle de la vésicule

(1) TERRIER. *Acad. de méd.*, 50 septembre 1890.

(2) RIEDEL. *Berl. klin. Woch.*, 1888, n° 29 et 50.

biliaire que la ponction donna issue à 24 litres d'un liquide non filant, de couleur gomme-gutte. On comprend combien sera toujours difficile le diagnostic de cas aussi exceptionnels.

Le *pronostic* de la lithiase biliaire est absolument individuel, et ne peut guère s'étudier d'une manière générale. Si les complications possibles sont aussi nombreuses que graves, il faut bien ajouter qu'elles ne surviennent le plus souvent que dans les cas de lithiase ancienne, tardivement reconnue ou soignée. Ces complications doivent devenir de plus en plus rares, à deux conditions: d'abord, que l'on établisse d'aussi bonne heure que possible le diagnostic et le traitement médical de la lithiase; et puis que, dans les cas graves ou compliqués, on n'hésite pas à demander à l'intervention chirurgicale un secours que la thérapeutique interne seule est impuissante à donner.

## V

C'est dire que le traitement de la lithiase biliaire doit, suivant les cas, relever des méthodes médicales ou opératoires.

1° LE TRAITEMENT MÉDICAL DE LA COLIQUE HÉPATIQUE doit se proposer pour but de calmer les phénomènes douloureux, réactionnels et réflexes, provoqués par la migration du calcul, tout en ne mettant pas obstacle à cette migration puisqu'elle constitue le processus naturel de guérison de la maladie.

Les indications ne sont pas les mêmes suivant que la colique hépatique est imminente ou réalisée.

Dans le premier cas, alors, par exemple, que chez un lithiasique on trouve la vésicule distendue et douloureuse, on doit s'efforcer de rendre plus facile et plus abondant l'écoulement de la bile dans l'intestin, et en même temps d'émousser la sensibilité morbide des voies biliaires.

Pour répondre à cette dernière indication, l'éther amyvalérianique, à la dose de 4 à 6 capsules par jour, rend de réels services. Mais plus importante encore est l'administration des cholagogues.

Les expériences de Rutherford, de Prévost et Binet, de Lewaschew, de Rosenberg, faites sur les chiens à fistule biliaire, nous ont montré à la fois le peu d'efficacité de certaines préparations classiques, telles que le remède de Durante, et l'action très énergique au contraire d'autres substances, telles que la bile, le salicylate de soude, l'huile d'olives.

La bile de bœuf a été administrée sous forme de pilules, mais c'est un médicament d'un emploi peu pratique, et qui a en outre le grave inconvénient de rendre la bile sécrétée plus épaisse, moins fluide.

Au contraire, le salicylate de soude, à la dose de 2 à 5 grammes par jour, augmente notablement la bile sécrétée, la fluidifie, et en rend ainsi l'écoulement plus facile. En outre, ce médicament s'élimine en partie par les voies biliaires, et, par son action de passage, produit une double action bienfaisante: il agit comme analgésique local, et comme antiseptique des voies biliaires. C'est à lui qu'on devra recourir tout d'abord, non seulement dans les cas simples de lithiase biliaire, mais encore et surtout dans les cas compliqués d'infection angiochololitique. Je l'ai souvent employé avec les meilleurs résultats.

L'huile d'olives est un remède populaire et empirique, employé depuis longtemps contre la cholélithiase, en Italie et dans le Levant. Remis en honneur

il y a quelques années à la Nouvelle-Orléans, l'huile fut administrée à doses massives, 400 grammes en deux fois, à demi-heure d'intervalle; l'expulsion de très nombreux calculs en était, disait-on, le résultat constant. Avec Dupré<sup>(1)</sup> j'ai repris la question, et une série d'observations cliniques et d'expériences nous ont conduits aux conclusions suivantes. Dans la lithiase biliaire, en cas de crise imminente, ou dans l'état de crise constitué par une série d'attaques se répétant à courts intervalles, l'huile d'olives administrée à hautes doses, de 200 à 400 grammes, amène souvent une amélioration remarquable; les douleurs s'atténuent ou s'éloignent, puis disparaissent, l'ictère s'efface, la vésicule se vide. Et cependant l'expulsion de calculs biliaires est, en pareil cas, exceptionnelle; on trouve dans les fèces des concrétions olivaires, demi-transparentes, analogues à de la cire blanche ou verdâtre, friables sous le doigt; mais l'analyse chimique a montré à Villejean qu'il ne s'agissait pas de cholélithes, mais bien de résidus d'huile indigérée, d'un mélange de graisses neutres et d'acides gras libres.

Comme de plus l'expérience sur le cadavre ou chez les animaux ne permettait nullement de constater l'ascension directe de l'huile d'olives dans les voies biliaires, force était bien d'admettre que c'est comme cholagogue qu'agissait le médicament.

Les recherches de Rosenberg en ont donné la démonstration.

D'après cet auteur, l'accroissement de la sécrétion biliaire commence de 50 à 45 minutes après l'ingestion de l'huile, et la bile ainsi sécrétée en excès est en outre remarquablement fluide.

J'ajoute que la médication est mieux supportée qu'on ne le croirait<sup>(2)</sup>, et paraît en tout cas absolument sans danger.

Si malgré l'emploi des moyens précédents la crise douloureuse survient, ou si l'on n'intervient qu'à ce moment, d'autres médications, d'un effet plus immédiat, s'imposent.

Il faut, avant tout, calmer la douleur; rien ne vaut, à ce point de vue, une injection de morphine, qui, en quelques minutes, fait succéder le bien-être à d'atroces souffrances.

Moins certainement efficace, souvent utile cependant, est l'administration de l'antipyrine, par la bouche, ou par la voie sus-cutanée; il en va de même pour les lavements au chloral, pour les inhalations de chloroforme. Les bains chauds prolongés, les applications locales sédatives, constituent des auxiliaires qu'il ne faut pas négliger.

Ce qu'il ne faut pas faire, en revanche, c'est suivant l'observation très juste de G. Sée, de réveiller le péristaltisme intestinal et biliaire au moyen d'un purgatif intempestif. Le repos général et local s'impose.

2° Une fois la crise douloureuse passée, le vrai traitement médical de la lithiase commence. Il est essentiellement préventif et se propose d'empêcher la formation ou l'accroissement des cholélithes, aussi bien que d'en provoquer la fragmentation, la dissolution ou le rejet, et en même temps d'analgésier les voies biliaires, d'en diminuer l'excitabilité réflexe, d'en empêcher l'infection secondaire.

<sup>(1)</sup> A. CHAUFFARD et E. DUPRÉ. *Soc. méd. des hôp.*, 12 octobre 1888.

<sup>(2)</sup> Chez les malades qui manifestent une trop grande répugnance pour la médication, l'ingestion de l'huile au moyen du tube de Debove donne les meilleurs résultats. E. WILLEMING a récemment (1891) préconisé le traitement par l'huile d'olives au cours même de la crise douloureuse; l'arrêt presque immédiat de celle-ci serait fréquent.

Pour atteindre ce but, nous disposons de trois ordres de moyens.

Tout d'abord le *traitement intercalaire*, qui doit être réglé, méthodique, et prolongé, et dont j'ai depuis longtemps donné les indications<sup>(1)</sup>. Chaque mois, systématiquement, et parfois pendant une à deux années consécutives, on donnera 20, puis 15, puis 10 jours par mois, en trois fois, aux repas, une quantité de 1 gramme à 1 gr. 50 de salicylate de soude, de 1 à 2 grammes de benzoate de soude ou de sel de Carlsbad, suivant les cas. Les perles d'huile de Harlem, données tous les 8 à 10 jours, compléteront ce traitement médicamenteux qui, presque toujours, diminue le nombre et l'intensité des crises, et souvent en amène la cessation.

D'autre part, le cholélithiasique doit être soumis à des règles d'hygiène, dont voici les grandes lignes, telles que Bouchard les a tracées.

Repas espacés, réguliers et peu copieux; quantité strictement nécessaire de viandes, de graisses et d'aliments féculents ou sucrés; éviter les substances riches en cholestérine, telles que les cervelles, le boudin, les jaunes d'œuf; légumes verts et fruits à volonté. Pas de boissons gazeuses, sucrées, ou fortement alcooliques; éviter les eaux séléniteuses.

Vie active et au grand air, exercices physiques, stimulations cutanées.

Enfin, cures thermales, qui rendent ici les plus précieux services. Ce sont surtout les eaux chaudes, à sels neutres et alcalins, dont une expérience séculaire a démontré l'efficacité.

Parmi ces stations, Vichy peut revendiquer à bon droit le premier rang. Sans entrer ici dans le détail du traitement thermal, disons que c'est la source de la Grande Grille qui est le plus souvent employée sur place. Sous l'influence de la cure, dès les premiers jours, l'appétit reparait et les digestions se régularisent; souvent vers le huitième ou dixième jour, une crise de colique hépatique, franche ou ébauchée, se produit, et un peu plus tard les phénomènes de saturation thermale, avec fatigue, sensibilité hépatique, etc.

Mais, si les résultats immédiats ne semblent pas toujours favorables, il en va autrement des résultats consécutifs. Dans la règle, le lithiasique, qui a fait à Vichy une cure bien conduite et opportune, ne tarde pas à en retirer un grand soulagement. Les crises sont beaucoup plus rares, et moins intenses; une malade, par exemple, que j'avais envoyée à Vichy venant d'avoir 27 crises en 14 mois, n'en eut plus que trois petites pendant l'année qui suivit sa première cure.

Au même rang presque que Vichy, et particulièrement indiquées chez les sujets pléthoriques, obèses, ou à constipation habituelle, on peut placer Carlsbad ou Marienbad.

Enfin pour ne citer que les principales autres stations, Pougues, Vittel, Capvern, peuvent rendre de réels services.

Quelle que soit la station choisie, la cure doit être répétée plusieurs années de suite; en aucun cas elle ne saurait dispenser de l'hygiène alimentaire et corporelle que nous avons indiquée.

3° Pour la majorité des cas simples, non compliqués, l'application des règles précédentes de thérapeutique et d'hygiène suffit à donner les meilleurs résultats. Mais il n'en va toujours ainsi, et le malade peut être mis en danger, ou par la répétition incessante des crises douloureuses, ou par l'atteinte portée à

<sup>(1)</sup> A. CHAUFFARD. Traitement de la lithiase biliaire. *Traité de thérapeutique de A. ROBIN*, fasc. 15, p. 683. Paris, 1898.

à son état général, ou par le fait d'une complication ou d'une évolution anormale de sa lithiase.

Que faire en pareil cas? Jusqu'à ces dernières années, la réponse était toute négative; notre limite d'action, dans ces cas malheureusement trop fréquents, était atteinte.

Aujourd'hui nous sommes mieux armés parce qu'il s'est créé une *chirurgie hépatique*; née d'hier, elle compte déjà les plus beaux succès; nous devons au moins en préciser ici les indications.

A quel moment, dans quelles conditions doit-on songer à un traitement chirurgical? Pas dans les cas simples, évidemment. Mais qu'un sujet soit tourmenté, malgré un traitement régulier, par d'incessantes crises à répétition; qu'il maigrisse, perde l'appétit et les forces; que la vésicule et les voies biliaires s'enflamment et menacent de suppurer; qu'un enclavement calculeux persistant oblitère le cholédoque, et fasse durer depuis déjà plusieurs mois un ictère chronique; qu'une fistule biliaire se produise dans des conditions défectueuses de guérison; eh bien, dans ces différents cas, c'est au chirurgien de parer aux accidents, d'amener une guérison qui se dérobe au traitement purement médical.

Trois opérations chirurgicales peuvent être pratiquées, et chacune d'elles a ses indications spéciales.

L'une, la plus simple, consiste à faire la taille de la vésicule biliaire pour en extraire les calculs, à suturer ensuite les lèvres de l'incision vésiculaire aux bords de l'incision cutanée. On crée ainsi une fistule biliaire externe, dont la guérison ultérieure est facile à obtenir. C'est la *cholécystotomie*.

La *cholécystectomie* <sup>(1)</sup> plus radicale, consiste à pratiquer purement et simplement la résection de la vésicule. Celle-ci, simple organe de perfectionnement physiologique, n'est nullement indispensable, et son ablation n'entraîne après elle aucun trouble de l'assimilation intestinale.

Les deux opérations semblent de gravité à peu près équivalente, et leur mortalité, déjà faible, ne fera certainement que s'atténuer. Mais leurs indications ne sont pas les mêmes.

S'agit-il simplement de calculs contenus dans une vésicule non enflammée, ou enclavés dans le canal cystique et ayant déterminé la tumeur biliaire, les voies biliaires intra-hépatiques semblent-elles saines, c'est à la cholécystectomie que l'on donnera la préférence. Supprimer le siège de prédilection des calculs, c'est bien probablement empêcher par cela même toute récurrence ultérieure.

Mais s'il y a de la cholécystite, si les accès significatifs de la fièvre intermittente hépatique décèlent une angiocholite profonde; ou si l'on soupçonne la présence de sable biliaire dans les canaux intra-hépatiques, alors la cholécystotomie doit être préférée. On ne risque pas, avec elle, d'enfermer, suivant une locution populaire, le loup dans la bergerie; de laisser s'aggraver, hors de portée, l'infection ascendante des voies biliaires. Mieux vaut créer la fistule cutanée, toujours perméable, et directement accessible aux méthodes antiseptiques.

C'est encore à la cholécystotomie que l'on recourra, si des adhérences trop étendues et trop serrées reliaient la vésicule aux organes voisins.

La troisième opération curative de la chirurgie hépatique actuelle, c'est la *cholécystentérostomie* <sup>(2)</sup>. Elle consiste à aboucher directement la vésicule biliaire

<sup>(1)</sup> F. CALOT. *De la cholécystectomie*. Thèse de Paris, 1890.

<sup>(2)</sup> V. DELAGÉNIÈRE. *De la cholécystentérostomie*. Thèse de Paris, 1890.

dans un des segments de l'intestin, qu'il s'agisse, suivant les cas ou les convenances opératoires, du côlon, du duodénum ou de l'intestin grêle. Ici, l'indication clinique est des plus nettes, c'est l'opération curative applicable aux oblitérations calculeuses du cholédoque. Si, après la laparotomie exploratrice, on ne peut atteindre ou retirer le calcul enclavé, il n'y a pas d'autre moyen de rétablir le cours de la bile dans l'intestin, de faire cesser l'ictère chronique.

Telles sont, d'une manière très générale, les règles qui doivent guider l'intervention chirurgicale au cours de la lithiase biliaire compliquée. Elles permettent d'obtenir la guérison dans des cas jusqu'à présent considérés comme incurables. C'est là un nouveau bienfait, et non des moindres, de cette chirurgie moderne dont nous sommes redevables à l'antisepsie.

## CHAPITRE IX

### LES ICTÈRES INFECTIEUX BÉNINS

De l'intitulé seul de ce chapitre ressort cette notion traditionnelle en clinique, qu'il est un certain nombre d'états morbides où l'ictère est le symptôme en apparence prédominant, et qui se terminent en général par la guérison, tandis qu'il en est d'autres, par opposition, où la mort est le dénouement habituel. D'où la division ancienne et classique des ictères en *ictères graves* et *ictères simples*.

Depuis peu d'années, cette question des ictères, en particulier pour ce qui a trait aux ictères fébriles, a entièrement changé de face. Nous avons appris à leur reconnaître une série de traits, étiologiques et cliniques, qui permettent de les considérer comme de nature infectieuse; de plus, des catégories multiples de faits commencent à émerger de ce chaos des ictères fébriles. Mais, en même temps que notre vision devenait un peu plus large et plus claire, de nouvelles causes d'incertitude surgissaient.

Deux grandes difficultés nosographiques nous arrêtent aujourd'hui, pour lesquelles les éléments d'une solution définitive font encore défaut.

La première, c'est d'établir la ligne de démarcation qui sépare les ictères bénins des ictères graves. « Il en est de l'ictère, a dit Trousseau, comme de l'épanchement pleural, on ne peut jamais dire quelle en sera la terminaison. » En matière d'ictères infectieux, depuis l'ictère catarrhal le plus simple jusqu'à l'ictère grave le plus rapidement mortel, tous les intermédiaires existent, et l'insuffisance de nos notions chimiques et bactériologiques ne nous permet pas encore de demander à la pathogénie les éléments d'une différenciation nécessaire.

Tenons-nous-en donc à la clinique; elle nous montrera que les ictères infectieux, graves ou bénins, sont essentiellement des *maladies toxigènes*, et que leur gravité est en raison directe de deux facteurs associés en proportions variables : *degré d'altération de la cellule hépatique, et taux de la perméabilité rénale*.

Les ictères graves seront donc, pour nous, ceux où la cellule hépatique perd