

de ces moyens chez des malades qui sont déjà voisins de la cachexie.

III

Traitement des diverses variétés de cirrhoses.

Les diverses cirrhoses sont toutes justiciables du traitement qui a été indiqué jusqu'ici. Le rôle des troubles gastro-intestinaux, des fermentations secondaires, dans les scléroses hépatiques, permet d'établir un lien commun, au point de vue thérapeutique, entre toutes ces affections, quels que soient leur point de départ et leur mode d'évolution.

La diète lactée, absolue ou mitigée, l'antisepsie intestinale, conviennent à toutes les cirrhoses; la ponction de l'abdomen est indiquée dans tous les cas où l'abondance de l'ascite gêne la respiration, et compromet les autres fonctions de l'organisme, mais certaines variétés cliniques et anatomiques peuvent réclamer d'autres moyens spéciaux.

A. — CIRRHOSE ALCOOLIQUE HYPERTROPHIQUE

On sait que c'est la variété la plus curable des cirrhoses, aussi est-elle, plus que les autres formes de la maladie, justiciable d'un traitement méthodique et prolongé.

L'état général des malades reste assez longtemps satisfaisant, et permet de maintenir le traitement avec plus de rigueur.

Dans certains cas, la guérison n'a été obtenue qu'après un nombre considérable de ponctions. Aussi, ne doit-on jamais désespérer; c'est par un effort persistant, continu, qu'on obtient les meilleurs résultats.

La résistance de l'organisme permet, le plus habituellement, d'imposer le régime lacté, non seulement au début, mais même à une période avancée de la maladie. Exclusive à l'origine, la diète lactée, aux premiers signes de défaillance, sera changée en régime mixte : potages, légumes, etc., en proscri-

vant d'une façon formelle toutes les boissons fermentées. On aura recours en même temps aux *laxatifs*, aux *purgatifs* et aux *diurétiques* qui ont été indiqués précédemment.

La congestion hépatique sera combattue avantageusement par des *ventouses sèches*, des *cataplasmes sinapisés*, qui contribuent sensiblement à diminuer la douleur. Au besoin même, on peut conseiller l'application de *ventouses scarifiées*, au début, et plus tard de *pointes de feu* sur la région hépatique, surtout lorsque l'épanchement ne se produit pas trop rapidement.

En général, le traitement pourra être continué, régulièrement, pendant la phase ascitique, mais il sera bon néanmoins de laisser, de temps en temps, un peu de repos pour éviter l'épuisement.

Quand l'amélioration a été suffisante pour permettre une alimentation plus large, on doit surveiller avec soin le malade, s'assurer que la sécrétion urinaire reste suffisante, et provoquer, de temps à autre, sous le moindre prétexte, le retour momentané au régime lacté; les cirrhotiques l'acceptent d'autant plus volontiers, en pareil cas, qu'ils en ont éprouvé déjà les bons effets.

Il convient, alors, de revenir de temps à autre au *calomel* à la dose de 1 centigramme par jour, suivant la méthode de Hanot, aux *pilules de Lancereaux*, et même à l'*iodure de potassium*, en ayant bien soin de ne pas user de ces médicaments à jet continu. Après 10 ou 15 jours de traitement, il est utile de laisser un repos à peu près égal.

B. — CIRRHOSE ATROPHIQUE

Avec la cirrhose atrophique bien et dûment caractérisée, la thérapeutique doit être un peu moins militante. On est autorisé à tenter, au début, les mêmes moyens, mais sans apporter dans leur emploi une systématisation trop rigoureuse. Ici le succès est beaucoup plus incertain, et la cachexie plus menaçante.

Si le diagnostic peut être fait dans la période préascitique, on essaiera encore d'enrayer la maladie en recourant aux

moyens énoncés précédemment, et dont le régime lacté, l'antiseptie intestinale, et les diurétiques constituent les éléments essentiels. Mais tout dépend de l'état général du malade : la cachexie précoce, quelquefois les troubles digestifs ne permettent pas de maintenir pendant longtemps le régime lacté. Lorsque le lait provoque des coliques et de la diarrhée, on cherchera à les apaiser par l'emploi des *alcalins*, des *sels de bismuth*, du *charbon*, mais si le lait n'est vraiment pas toléré par l'estomac, il faut instituer le régime mixte.

Et même dans les cas où il n'existe pas d'intolérance absolue pour le lait, on doit augmenter et varier, au besoin, l'alimentation, pour relever les forces du malade. La crainte de la cachexie doit être la préoccupation constante du médecin, et dès qu'elle se manifeste, toutes les autres indications thérapeutiques perdent singulièrement de leur valeur.

La cirrhose atrophique expose davantage aux complications : ascite abondante et se renouvelant rapidement, hémorragies par diverses voies, etc. Son évolution est, en général, plus rapide que celle des formes hypertrophiques.

En résumé, la cirrhose atrophique réclame à peu près le même traitement que la forme précédente, mais avec plus de ménagements.

C. — CIRRHOSE HYPERTROPHIQUE DE HANOT

De même qu'elle s'éloigne cliniquement des autres scléroses hépatiques, la cirrhose hypertrophique avec ictère chronique s'en sépare nettement au point de vue thérapeutique. L'usage des diurétiques, ne donne ici aucun résultat. Le régime lacté lui-même est loin d'avoir l'influence bienfaisante qu'il exerce dans la cirrhose des buveurs.

Hanot a vu tous les cas qu'il a observés se terminer par la mort, mais l'évolution de la maladie est assez lente en général. Pendant plusieurs années le malade peut circuler et continuer à travailler dans une certaine mesure. La cachexie ne survient guère qu'après 5, 6 et même 7 années. Aussi ne

faut-il pas se hâter de considérer comme des exemples de guérison, les cas où survient une amélioration passagère plus ou moins prolongée.

L'antiseptie intestinale, la suppression des boissons alcooliques, s'imposent, au moins pour éviter l'adjonction de toute influence sclérogène nouvelle.

L'usage du lait est doublement précieux, en ce qu'il facilite la diurèse et l'antiseptie intestinale, mais il n'est pas nécessaire de l'imposer avec la même rigueur qu'au début des cirrhoses alcooliques. Pour les malades qui le supportent difficilement, on peut recourir au régime lacté partiel, de même que pour ceux qui sont affaiblis, Hanot a vu souvent l'alimentation commune bien tolérée, et sans qu'il en résultât une aggravation réelle des lésions. Beaucoup de ces malades sont d'ailleurs polyphagiques.

Les deux médicaments de choix sont, en pareil cas, le *calomel* et l'*iodure de sodium*. Hanot prescrivait généralement le *calomel*, à la dose d'un centigramme par jour, pendant 10 à 12 jours, suivis d'une interruption d'égale durée.

Il alternait ce médicament avec l'*iodure de sodium*, à faible dose, de 0,20 à 0,40 centigrammes par jour, en ayant soin de laisser des intervalles de repos. L'efficacité de l'iodure lui paraissait plus contestable que celle du calomel.

Les *purgatifs salins ou drastiques* ne seront employés qu'avec ménagement, pour combattre la constipation, et pour produire de temps à autre une petite dérivation du côté de la muqueuse intestinale.

Les *lavements froids* doivent être d'un emploi courant, pour assurer l'antiseptie intestinale et faciliter l'écoulement de la bile.

Les préparations de *salol*, de *naphtol*, d'*acide salicylique* et de *salicylates* peuvent être quelquefois utiles, mais on devra se défier de leur action sur le rein.

Les *révulsifs*, les *cautères à la pâte de Vienne*, dit Hanot¹,

1. HANOT. — Cirrhose hypertrophique avec ictère. *Bibl.* Charcot-Debove.

les applications d'*onguent mercuriel* et de *cataplasmes chauds* sur la région hépatique paraissent avoir quelque efficacité, surtout en cas de poussée péritonique.

D. — CIRRHOSE BILIAIRE CALCULEUSE

Cette affection constitue un groupe tout à fait à part dans les cirrhoses. Elle reconnaît pour cause l'oblitération permanente des gros canaux biliaires, et la rétention consécutive de la bile dans les voies biliaires intra-hépatiques. Si l'oblitération est aseptique, les canalicules hypertrophiés refoulent, compriment, et atrophient peu à peu les cellules du foie. Il en résulte une cirrhose très localisée, due à une sorte d'*angiocholite chronique hypertrophique*, sans réaction inflammatoire aiguë. Mais le plus souvent ces lésions se compliquent d'infections secondaires, ayant leur point de départ dans l'intestin, et donnant lieu à de petits abcès péricanaliculaires, ou tout au moins à des infiltrations embryonnaires diffuses le long des canaux biliaires.

L'*oblitération des voies biliaires* est donc la *cause fondamentale* de cette cirrhose d'origine calculeuse, l'*infection intestinale* n'en est qu'une *cause secondaire*, un élément de complication. De ces notions résulte l'indication très précise du traitement : contre le calcul, cause de l'obstacle, fixé et retenu dans les grosses voies biliaires, aucun traitement médical ne peut avoir d'action. Il faut faire appel à la chirurgie. La médecine ne peut agir que contre l'élément accessoire, en cherchant à prévenir l'infection intestinale. L'emploi des *grands lavages de l'intestin*, l'application rigoureuse du *régime lacté* dès le début d'une crise de coliques hépatiques, l'administration de *salol*, de *salicylate de soude*, de *bétol*, de *calomel*, peuvent assurer dans une certaine mesure l'antisepsie intestinale.

Mais il ne s'agit là que de mesures palliatives, qui ne sauraient entraver l'évolution de la cirrhose biliaire. Celle-ci

doit être combattué préventivement; dès que l'on a acquis la certitude qu'un calcul enclavé dans les voies biliaires arrête l'écoulement de la bile, sans attendre que la cirrhose ait commencé à se développer, on doit appeler un chirurgien. L'intervention chirurgicale aura pour résultat, ou bien de désenclaver le calcul et de rétablir la circulation biliaire, ou bien de créer une fistule biliaire, intestinale ou cutanée.

Les indications ne sont pas faciles à préciser, en raison des nombreuses causes d'erreur qui peuvent tromper sur le siège, et même sur l'existence de l'oblitération calculeuse.

On est autorisé à rapprocher de la cirrhose d'origine lithiasique, quelques autres affections qui oblitérent les voies biliaires et donnent lieu à des phénomènes assez analogues : certains kystes hydatiques ouverts dans les voies biliaires, le cancer de la tête du pancréas, et le cancer de l'ampoule de Vater, décrit par Hanot. Si la chirurgie est jusqu'ici impuissante contre le cancer de la tête du pancréas, elle peut s'attaquer utilement aux kystes hydatiques de la face inférieure du foie et, quelquefois même, au cancer de l'ampoule de Vater.

E. — CIRRHOSE CARDIAQUE

Le foie cardiaque ne constitue en général qu'un épisode de l'asystolie, mais dans quelques cas, les troubles du foie l'emportent de beaucoup sur ceux de tous les autres viscères, et donnent lieu réellement au syndrome de la cirrhose, avec augmentation de volume du foie, hémorragies par diverses voies, purpura, etc. L'importance des manifestations hépatiques réclame alors un traitement spécial.

Au régime lacté, à l'antisepsie intestinale, à l'usage des diurétiques et des purgatifs, il est bon d'ajouter ici l'emploi de la *digitale*, de la *caféine* et des *autres toniques du cœur*, qui, en relevant la circulation générale, contribueront, dans une large mesure, à diminuer la congestion du foie.

Si l'ascite est assez développée pour exiger une ponction, on se hâtera de la faire suivre d'un traitement méthodique par la *digitale* ou le *strophantus*, qui relèvera la tonicité du muscle cardiaque et faciliteront la diurèse. La même orientation du traitement s'impose, d'ailleurs, pour les cirrhotiques qui présentent en même temps des troubles du cœur. alors même qu'il ne s'agirait pas d'une véritable cirrhose cardiaque.

F. — CIRRHOSE SYPHILITIQUE

L'une des plus fréquentes et des plus graves des syphilis viscérales, la cirrhose syphilitique peut se rencontrer sous plusieurs formes très différentes les unes des autres.

On l'observe très fréquemment dans la syphilis héréditaire. Il s'agit presque toujours d'hypertrophie du foie et de la rate, compliquée de troubles digestifs, avec ou sans ictère, et accompagnée des signes plus ou moins nets d'hérédosyphilis (fissures commissurales, éruptions, conformation particulière des dents, déformation des tibias, etc.).

Chez l'adulte, la cirrhose syphilitique reconnaît presque toujours une origine complexe : l'alcoolisme, des troubles digestifs, des infections biliaires antérieures ont pu prédisposer à cette détermination tertiaire de la syphilis, ou en favoriser l'évolution. Le foie, bridé en divers sens par des cicatrices, qui le déforment, prend l'aspect connu sous le nom de foie ficelé, et présente des irrégularités appréciables à la palpation de l'abdomen.

Dans certains cas, le foie est assez lisse et régulier, uniformément augmenté de volume, et peut renfermer un nombre plus ou moins considérable de gomme, grosses ou petites. Les lésions sont plus diffuses, plus disséminées dans la syphilis des nouveau-nés, elles sont plus localisées chez l'adulte.

Quoi qu'il en soit, si l'on peut saisir les accidents dès le début de leur apparition, le traitement institué avec rigueur, donne rapidement de très bons résultats. Son effet est beau-

coup plus incertain, et souvent nul, lorsque la sclérose est déjà ancienne.

Il est indispensable, bien entendu, comme dans toutes les cirrhoses, de mettre les malades à l'abri des diverses infections, intoxications et même des auto-intoxications qui peuvent agir sur le tissu hépatique.

Mais il faut aussi, le plus tôt possible, instituer le traitement spécifique, qui doit être intensif et prolongé, même dans les cas douteux. Comme dans la plupart des formes de la syphilis tertiaire, c'est le traitement mixte qui convient le mieux. Les *frictions mercurielles*, les *injections hypodermiques d'huile grise ou de biiodure de mercure* sont particulièrement indiquées, parce qu'elles épargnent les voies digestives, et évitent ainsi les complications gastro-intestinales, dont on pourrait craindre le retentissement sur le foie.

Chez l'enfant, surtout dans le premier âge, on doit s'en tenir aux frictions, à cause de la sensibilité toute spéciale de l'estomac et de l'intestin. On aura recours chaque jour à des frictions de 2 à 3 grammes d'onguent napolitain. A. Chauffard a observé un enfant de six à huit semaines qui supporta trois mois de traitement ininterrompu. On avait employé environ 300 grammes de mercure en frictions pendant ce temps et les lésions finirent par céder. L'enfant mourut de broncho-pneumonie à dix-huit mois, guéri cliniquement de son hépatite syphilitique; les cellules glandulaires avaient conservé leur apparence normale, leur ordination physiologique, mais il restait encore de la sclérose des espaces porto-biliaires, et de l'endophlébite des veines sus-hépatiques.

Chez l'adulte, on prescrira des frictions quotidiennes avec 4 à 6 grammes d'onguent napolitain, ou des injections hypodermiques de diverses préparations mercurielles. En même temps, on donnera l'*iodure de potassium* à des doses variables, suivant la tolérance des sujets. On sait qu'il y a un grand intérêt à élever les doses d'iodure à 6 ou 8 grammes par jour, et même davantage, pour combattre les accidents tertiaires, mais ici on devra surveiller avec soin les voies di-

gestives, et mieux vaudrait employer des doses moindres, que de provoquer des troubles de l'estomac ou de l'intestin, dont l'apparition constitue toujours un danger sérieux pour les cirrhotiques.

En dehors du traitement individuel des malades, il ne faut pas oublier le traitement prophylactique et préventif.

On combattra efficacement l'hérédo-syphilis en soumettant, dès le début de sa grossesse, une mère syphilitique à un traitement rigoureux. L'apparition de l'hydropisie de l'amnios peut déjà indiquer l'existence de lésions hépatiques chez le fœtus, et réclamer ainsi une recrudescence du traitement maternel.

De plus, il faut avoir soin de mettre les syphilitiques en garde contre tous les agents capables de provoquer la cirrhose, en s'inspirant surtout des notions étiologiques qui ont été exposées plus haut.

Les moindres petits signes de la cirrhose doivent être soigneusement relevés chez les syphilitiques, et on instituera le traitement spécifique dès que l'on saisira quelques indices, tels que : troubles digestifs prolongés, augmentation de volume du foie, dilatation des veines sous-cutanées abdominales, urines rares et urobilinuriques, etc.

G. — CIRRHOSE PALUDÉENNE

Malgré la spécificité de son origine, la cirrhose paludéenne ne réclame guère de traitement spécial.

Dans tous les pays où règne l'endémie palustre, il faut mettre les sujets exposés à l'infection, en garde contre les excès de boisson, contre l'abus des aliments épicés, et en général contre toutes les causes susceptibles d'augmenter la vulnérabilité du foie.

Lorsque la fièvre paludéenne s'est déclarée, elle doit être traitée énergiquement, et régulièrement, par le sulfate de quinine, puis dès que la convalescence s'affirme, on soustrait le malade à l'infection en l'envoyant dans un climat sain, et on

relève ses forces par un régime tonique, par l'emploi de préparations de quinquina, dont l'efficacité dans la cachexie palustre a été bien mise en lumière par Léon Colin,

Mais, même lorsque le paludéen paraît à peu près revenu à la santé, le foie et la rate restent encore, pendant longtemps, augmentés de volume, et c'est là souvent la première étape des cirrheses, avec, ou sans hyperplasie nodulaire, que l'on rencontre chez les paludéens.

Ce sont des lésions à évolution lente, et sur lesquelles aucune thérapeutique ne peut se flatter d'avoir une action directe. On ne peut les modifier qu'à la longue, en agissant sur l'organisme d'une manière prolongée.

Les conditions hygiéniques ont ici une importance considérable : le séjour à la campagne, et surtout dans les montagnes, contribue puissamment à relever les forces des malades. L'alimentation sera dirigée en vue de protéger le foie contre toute cause nouvelle d'infection ou même d'irritation. L'hydrothérapie, pratiquée avec mesure, et sous la surveillance d'un médecin expérimenté, donne quelquefois d'excellents résultats. Diverses eaux minérales comme celles de *Royat, Santenay, Brides, Luxeuil, Pougues, Châtel-Guyon, Contrexéville, Evian, Saint-Moritz*, etc., ont souvent une influence très heureuse sur les congestions viscérales de l'impaludisme, et sur celles du foie en particulier.

D'ailleurs, l'hydrothérapie et les cures thermales ne doivent être entreprises qu'avec beaucoup de ménagements en tenant compte de l'impressionnabilité des malades, et en se souvenant plus que jamais des inconvénients d'une systématisation excessive. Aux paludéens très anémiques, le fer peut parfois convenir, il est bon de s'en méfier lorsqu'il existe de la congestion hépatique.

L'arsenic est plus souvent efficace. On peut l'employer d'une manière prolongée sous la forme de *liqueur de Fowler*, ou mieux encore de *liqueur de Boudin*, en surveillant les voies digestives.

H. — CIRRHOSE DES DIABÉTIQUES

Les cirrhoses pigmentaires des diabétiques sont essentiellement d'ordre cachectique. Elles sont en rapport avec des dégénérescences profondes des cellules hépatiques, et par cela même, elles ne réclament pas de traitement spécial. Il y aurait même quelque danger à soumettre les malades, en pareil cas, à une médication débilante quelconque.

Les mêmes réflexions s'appliquent aux cirrhoses des tuberculeux, pour lesquelles la thérapeutique n'est pas moins illusoire.

Les unes comme les autres réclament, avant tout, un *traitement tonique* destiné à relever les forces des malades : l'usage du thé, du café à petites doses ajoutés au lait, et d'une alimentation modérée, sans négliger l'antisepsie intestinale.

CHAPITRE XXVI

TRAITEMENT DE LA LITHIASE BILIAIRE

PAR

A. CHAUFFARD

Agrégé, médecin de l'hôpital Cochin.

I

Considérations générales.

Les accidents très nombreux que peut déterminer la lithiase biliaire, ainsi que les indications thérapeutiques qui en dérivent, sont en grande partie subordonnés au siège anatomique et au mode de migration des calculs. Aussi les progrès tout récents de la chirurgie des voies biliaires ont-ils nécessité une étude précise et approfondie de l'anatomie normale de l'appareil biliaire intra-hépatique. Les travaux du professeur Terrier, de ses élèves Dally, Hartmann, de J.-L. Faure, sont indispensables à connaître, pour le médecin aussi bien que pour le chirurgien.

On sait que, sur le tractus direct du canal hépatique et cholédoque vient s'insérer, sous un angle très variable, le canal cystique, ou canal d'excrétion de la vésicule biliaire. Vésicule et canal cystique constituent ainsi des parties surajoutées, un véritable appareil de perfectionnement physiologique, dont on peut concevoir la suppression sans trouble irrémédiable des fonctions biliaires. Et, de fait, nous verrons que la *cholécystectomie*, ou ablation de la vésicule, trouve sou-