

d'accidents d'obstruction biliaire, l'examen du malade permet de reconnaître l'existence d'une vésicule véritablement bourrée de calculs et formant une masse dure, que l'on délimite nettement et au niveau de laquelle on peut percevoir par la palpation et l'auscultation la collision des cholélithes. Il n'y a pas lieu d'attendre que cette vésicule s'infecte, qu'elle détermine des compressions de voisinage (cholédoque, pylore, duodénum), que les calculs se créent un passage à l'extérieur ou dans un autre organe.

Enfin, dans un certain nombre de faits, le diagnostic reste obscur et la laparotomie exploratrice devient absolument nécessaire. Elle peut alors, suivant les circonstances, être le premier temps d'une intervention plus complexe.

Il est ordinairement assez facile de préciser le moment où l'intervention doit être pratiquée. Dans toute une série de cas, l'hésitation n'est pas permise; il faut opérer d'urgence : rupture des voies biliaires, cholécystites et angiocholites suppurées, obstruction du cholédoque avec grands accès fébriles, etc.

D'autres fois, cependant, l'acte chirurgical peut être différé. Dans une obstruction chronique du cholédoque, par exemple, non accompagnée de phénomènes infectieux, à quel moment faut-il cesser d'attendre l'issue spontanée du ou des calculs?

On a fixé à deux ou trois mois en moyenne la limite de l'expectation. Mais, en réalité, la période de tolérance varie avec chaque malade. Il faut se guider d'abord sur l'état général de celui-ci; en dehors même de tout accès fébrile, l'amaigrissement rapide, la perte des forces, les troubles des fonctions digestives, l'intensité des phénomènes que peut déterminer l'imprégnation biliaire elle-même (troubles nerveux, troubles cardiaques), doivent être mis en ligne de compte et plaident fortement en faveur d'une intervention hâtive.

Le fonctionnement de la cellule hépatique doit, d'autre part, être rigoureusement surveillé.

Il ne faut pas, évidemment, opérer un malade qui peut guérir spontanément; mais les délais à accorder à la réalisation de cette guérison spontanée ne doivent pas se prolonger jusqu'au développement de lésions hépatiques graves.

Le degré de l'obstruction, l'intensité et la variabilité de l'ictère, l'intensité des phénomènes douloureux seront pris en considération.

Enfin, l'état de la vésicule même, le nombre et le volume des calculs, quand ils pourront être approximativement déterminés, fourniront des arguments pour ou contre une intervention hâtive. Ainsi il n'y a guère à différer l'acte opératoire lorsqu'on sent la vésicule remplie de calculs.

**Procédés opératoires.** — Les opérations que l'on pratique sur les voies biliaires portent, soit sur les canaux cystique et cholédoque, soit sur la vésicule, soit enfin à la fois sur la vésicule et les canaux. Il ne nous appartient ni de les décrire ni de discuter leurs avantages respectifs dans les différents cas; nous n'avons qu'à énumérer les principales d'entre elles.

On a quelquefois broyé, soit avec les doigts, soit avec une pince dont les mors sont garnis de caoutchouc, les calculs enclavés dans le canal cystique. Cette *cystico-lithotripsie* est peu usitée. Ordinairement on incise le canal sur ce calcul et l'on combine cette *cysticotomie* à une cholécystostomie.

La plupart des interventions, d'ailleurs, portent sur la vésicule, que l'on incise simplement, puis que l'on referme, *cholécystotomie*, ou que l'on abouche à la peau, *cholécystostomie*, ou que l'on abouche à l'intestin, *cholécystentérostomie*, ou enfin que l'on résèque, *cholécystectomie*.

Ces différentes opérations permettent de débarrasser la vésicule des concrétions; d'assurer l'écoulement de la bile et, par conséquent, de parer aux dangers de la rétention biliaire; d'évacuer la bile infectée dès les premiers signes de cholécystite ou d'angiocholite, et de prévenir ainsi les suppurations graves de la vésicule et des voies intra-hépatiques, avec la septicémie mortelle qu'elles déterminent rapidement.

Par la vésicule ouverte, on peut pratiquer le *cathétérisme des voies biliaires*, se rendre compte ainsi de leur perméabilité ou de leur occlusion; dans quelques cas, on a, par ce moyen, repoussé des calculs, préalablement fragmentés ou non, jusque dans l'intestin.

Lorsque le calcul est enclavé dans le cholédoque, on peut, dans certains cas, le broyer (*cholédoco-lithotripsie*), ou le refouler vers l'intestin ou vers la vésicule, que l'on ouvre ensuite. D'autres fois, on rétablit le cours de la bile au moyen d'une cholécystentérostomie. On pratique enfin l'incision du cholédoque, la *cholédocotomie*, et souvent, en même temps, la cholécystotomie.

Les divers modes de l'intervention chirurgicale constituent souvent des moyens de guérison absolue de la lithiase biliaire. Après l'ablation des cholélithes, l'angio-cholécystite lithogène disparaît. Celle-ci, toutefois, peut persister; il existe quelques faits de récurrence de lithiase après l'opération. En tout cas, il sera prudent, après le traitement chirurgical, de surveiller attentivement le malade, et même de le soumettre au régime et aux règles qui constituent le traitement préventif.

LOUIS FOURNIER

## RÉTENTIONS BILIAIRES NON CALCULEUSES

En dehors de la lithiase il est encore bien des causes de rétention biliaire. Au moment où le médecin est appelé à intervenir, celle-ci est simple ou déjà compliquée d'infection biliaire.

Quelle que soit la cause morbide (corps étrangers des voies biliaires, vésicules hydatiques, lombricose biliaire, rétrécissement ou oblitération cicatricielle des canaux extra-hépatiques, compression par les ganglions, par une tumeur voisine; coudure du cholédoque par hépatoptose; traction par bride péritonéale, par néphroptose; cancer de la tête du pancréas), la rétention biliaire ne fournit par elle-même et pour elle-même aucune indication thérapeutique spéciale. Ces rétentions doivent être traitées comme la rétention lithiasique. C'est dire que, dans la majorité des cas, le traitement médical devra rapidement céder le pas à l'intervention chirurgicale; le rétablissement du cours de la bile permettra seul d'éviter les graves dangers d'une stase prolongée.

Parfois le chirurgien obtiendra ce résultat par la simple suppression de la cause pathogène elle-même, sans avoir à intervenir sur les voies biliaires; par exemple dans le cas d'un kyste hydatique de la face inférieure du foie, comprimant le cholédoque.

D'autres fois, la cause de la rétention biliaire échappe à toute thérapeutique médicale ou chirurgicale, ainsi le cancer de la tête du pancréas; le rétablissement du cours de la bile n'est donc ici qu'un traitement palliatif.

Si l'infection ascendante a déjà compliqué la rétention biliaire, c'est une indication plus pressante encore de l'intervention du chirurgien. En outre, on mettra en œuvre les divers moyens médicaux que nous avons préconisés à propos du traitement des angio-cholécystites (antiseptiques biliaires, cholagogues, antiseptiques intestinaux, régime lacté)

Louis FOURNIER.

## CONGESTIONS DU FOIE, HÉPATITES ET CIRRHOSSES

Le foie, organe essentiellement vasculaire, à réseau biveineux et artériel, est prédisposé à la congestion.

La congestion du foie, engorgement hépatique, n'est pas une maladie. C'est une expression symptomatique produite par des causes multiples.

Pour lui opposer un traitement efficace, il est donc nécessaire de s'adresser non seulement au syndrome lui-même, mais à sa cause.

La congestion ne représente pas un état anatomique définitif, mais un stade d'évolution qui peut, dans certains cas, ne pas être dépassé ou, au contraire, conduire à la formation, soit des hépatites aiguës et des abcès du foie, soit des cirrhoses. Aussi convient-il de mettre en œuvre le traitement d'une façon hâtive, avant même que ces maladies, qui peuvent succéder à la congestion, aient eu le temps d'évoluer.

A ce point de vue, il nous semble que si la description pathologique de la congestion du foie est faite habituellement d'une façon isolée, la thérapeutique conduit, au contraire, à rapprocher des diverses variétés de congestion les maladies dont elle est comme le prélude.

Nous nous proposons donc d'indiquer successivement le traitement des :

- 1° *Congestions aiguës* du foie; *hépatites aiguës*; *abcès du foie*;
- 2° *Congestions chroniques*; *cirrhoses hépatiques*;
- 3° *Congestion mécanique*; *cirrhose cardiaque*.

D'une façon générale, qu'il s'agisse de formes aiguës ou chroniques, la congestion est soit toxique, soit infectieuse, soit diathésique ou dyscrasique, soit réflexe. Enfin la congestion peut être mécanique, dans ce cas passive et chronique.

## CONGESTIONS AIGÜES

Un grand nombre de maladies infectieuses peuvent déterminer la congestion hépatique.

Ce sont particulièrement celles qui ont leur maximum au niveau de l'intestin (fièvre typhoïde, choléra, tuberculose intestinale, appendicite, dysentérie).

Mais la cause la plus habituelle de la congestion aiguë du foie est la malaria. Une autre cause fréquente est l'intoxication aiguë gastro-intestinale. Enfin, au cours de la goutte, la congestion aiguë se substitue parfois aux fluxions articulaires.

A. — Le premier traitement à mettre en œuvre est le traitement *prophylactique*. Dans les pays à fièvre, il convient d'éviter l'alcool, les excès de nourriture. Il faut craindre de même les boissons alcoolisées, l'alimentation en quantité excessive, ou bien riche en épices, ou excitante, et les troubles dyspeptiques, souvent en rapport avec une mauvaise hygiène alimentaire.

B. — La congestion établie, on a recours à la *diététique*. C'est la diète, ou le régime lacté absolu qui seront ordonnés.

Comme médicaments, on emploie des *évacuants* : l'ipéca, à la dose de 1 gramme à 1<sup>gr</sup>,50. Dans la congestion dysentérique, c'est en lavage, à la brésilienne, qu'on donnera l'ipéca. Parfois, on s'adresse au tartre stibié, quand les déjections sont peu abondantes.

Les *purgatifs* salins seront mis en usage, mais sans être trop souvent répétés. Des lavements quotidiens combattront la constipation.

Enfin, les *antiseptiques* trouveront leur indication : benzo-naphtol, salol, calomel, associé à l'ipéca dans les pilules des frères Monard, de Segond.

Contre les douleurs et les phénomènes inflammatoires, on pose des ventouses scarifiées sur la région du foie. On applique des compresses chaudes ou fraîches. On pratique des badigeonnages à la teinture d'iode. Enfin, on prescrit des sangsues à l'anus.

La forme paludique conduit à l'emploi de la quinine et du chlorhydrate d'ammoniaque.

Lors de la convalescence, le malade sera remis à l'alimentation d'une façon progressive. Il prendra des eaux minérales, telles que Pougues, Contrexéville, Vittel, Évian.

## HÉPATITES AIGÜES

La thérapeutique applicable aux hépatites aiguës est assez voisine de celle que nous venons d'indiquer pour les congestions aiguës. Aussi nous semble-t-il naturel de l'énoncer dès maintenant.

C'est encore aux ventouses scarifiées, aux sangsues, aux cataplasmes qu'on demandera la révulsion. Parfois, la saignée générale pourra être indiquée.

L'ipéca en lavage, ou associé à l'opium ou à l'émétique, le tartre stibié employé à dose rasorienne (1 gramme par jour), lorsque l'hépatite n'est pas d'origine dysentérique, tels seront les évacuants. Le tartre stibié sera parfois prescrit à la dose de 10 centigrammes, associé au nitrate de potasse, 8 grammes en huit paquets.

Contre l'hyperthermie, on utilisera le chlorhydrate d'ammoniaque, les sels de quinine. On sera parfois conduit à appliquer la balnéation froide.

Les purgatifs, le calomel employé après l'émétique et l'ipéca, trouvent de même ici leur indication.

Dans la phase subaiguë, la révulsion se fait par les pointes de feu, le stypage. Le calomel se donne en nature, à la dose de 75 centigrammes, ou bien on donne le mercure sous forme de pilules bleues. Les évacuations alvines sont favorisées par l'aloès, le savon médicinal.

Les auteurs anglais préconisent des bains ou des lotions avec de l'eau acidulée par l'acide nitrique ou chlorhydrique.

## ABCÈS DU FOIE

Il est nécessaire de traiter énergiquement les maladies dont l'abcès du foie peut être la conséquence : dysentérie, appendicite. C'est en ces mesures que consiste la prophylaxie de cette affection. Nous renvoyons, à ce point de vue, aux articles appropriés.

D'une façon générale, le repos au lit, le régime lacté, l'antisepsie

intestinale, le calomel à doses purgatives ou fractionnées, les révulsifs locaux, sous forme de pointes de feu ou de ventouses scarifiées, seront les moyens à employer, mais ils empêcheront rarement la formation d'un abcès.

L'abcès une fois produit — et il est indispensable d'en fixer le diagnostic d'une façon précoce — c'est à l'intervention chirurgicale qu'il faudra avoir recours. Il s'agit, bien entendu, des grands abcès du foie, les seuls passibles d'un traitement actif. L'ouverture spontanée des abcès dans les cavités naturelles ne contre-indique pas l'intervention. La ponction exploratrice, incertaine et non exempte de danger, les méthodes lentes utilisées autrefois ont perdu toute faveur. Nous ne citons que pour mémoire : la ponction suivie de lavages antiseptiques, le trocart laissé à demeure, l'ouverture en deux temps.

C'est aux méthodes rapides que s'adressent les chirurgiens.

1° Procédé de Stromeyer-Little. Il consiste en l'ouverture en un temps, au bistouri, de toute l'épaisseur des parois, en se servant de l'aiguille exploratrice comme conducteur. Ce procédé s'applique aux cas où l'abcès superficiel, saillant, s'offre, pour ainsi dire, au bistouri. Pour qu'il soit applicable, il faut que des adhérences se soient produites, et l'on présumera l'existence de ces adhérences d'après le développement lent de l'abcès, les douleurs vives et prolongées, l'existence du frottement hépatique. L'inconvénient de cette intervention est la possibilité du passage dans le péritoine du pus, qui, souvent aseptique, contient parfois des germes.

Des organes importants, tels que la vésicule biliaire, peuvent d'ailleurs être blessés.

2° Incision couche par couche de la paroi abdominale. S'il existe des adhérences, l'abcès est ouvert comme précédemment. S'il n'en existe pas, on suture préalablement au tissu du foie le péritoine (abcès intra-abdominaux), ou l'un à l'autre les deux feuillets de la plèvre (abcès intra-pleuraux).

Pour les abcès siégeant au niveau de la face convexe du foie, M. Lannelongue résèque le bord inférieur du thorax, sans ouverture de la cavité pleurale. Les abcès à évolution phrénique sont attaqués par la voie transpleurale, avec résection d'une ou deux côtes.

Toutes ces opérations se pratiquent au bistouri. Zancarol a proposé d'y substituer le thermocautère.

L'ouverture une fois pratiquée, l'évacuation doit être complète. Des lavages antiseptiques à l'acide phénique, au naphtol camphré, nettoieront la poche. On terminera par un drainage. Zancarol fait une toilette des parois de la poche. Il utilise, pour ce faire, des éponges d'ouate montées.

De toutes façons, il faut tenir compte de la possibilité d'une seconde poche et ne pas la laisser inaperçue.

Quelquefois, certaines opérations secondaires sont nécessaires au niveau d'autres organes (poumon, péricarde, tissu périnéphrétique).

La résection d'une côte cariée, la thoracoplastie, en cas de rétraction incomplète des parois, pourront devenir le complément nécessaire de l'intervention.

### CONGESTIONS CHRONIQUES

Nous avons vu que les congestions aiguës du foie étaient d'origine infectieuse, toxique ou diathésique. Il nous faut serrer d'un peu plus près l'étude des causes des congestions chroniques, de façon à les éviter et à établir une prophylaxie efficace. Nous envisagerons spécialement la congestion toxique.

La congestion toxique est déterminée par l'action de poisons endogènes et de poisons exogènes.

Les poisons *endogènes* reconnaissent des origines variées :

1° Ils se forment dans le tube digestif à la faveur des troubles passagers ou de l'estomac ou de l'intestin. Ils se développent chez les gros mangeurs, surtout lorsque à l'ingestion trop copieuse des aliments se joint une mastication incomplète. Cette dernière cause peut d'ailleurs être invoquée isolément. L'excès de boisson, même par sa quantité, en favorise le développement. Mais c'est surtout la dyspepsie gastro-intestinale, dilatation de l'estomac, dilatation du gros intestin et coprostase, qui joue un rôle dans leur développement.

2° Les microbes eux-mêmes, hôtes normaux ou anormaux du tube digestif, par leur action sur les matières ternaires ou quaternaires, mettent en liberté des poisons et sécrètent eux-mêmes des toxines.

3° Il y a lieu de tenir compte des poisons de la vie cellulaire qui s'éliminent dans l'intestin par la voie biliaire. Sous l'influence de la fièvre, du surmenage, les déchets organiques augmentent.

Les poisons *exogènes* proviennent des aliments introduits dans le tube digestif. Ce sont les matières albuminoïdes en voie de putréfaction (poissons, conserves altérées, viandes avariées, gibier faisandé, etc.).

Une place à part doit être réservée à l'alcool, qui agit soit directement sur le foie, soit en déterminant des troubles ou des lésions de l'estomac.

Enfin, il peut s'agir d'intoxications accidentelles ou professionnelles par le plomb, le cuivre, le phosphore et l'arsenic.

Nous n'insisterons pas sur les congestions *infectieuses*, plus souvent aiguës, dont on a lu le traitement précédemment.

Les congestions liées aux *dyscrasies* évoluent au cours du scorbut, du purpura, de la leucocythémie. Elles se développent parfois sous l'influence de *diathèses* (arthritisme, goutte, diabète, lithiase biliaire).

Enfin, il est des congestions liées au flux hémorroïdal, aux troubles menstruels et à la ménopause.

On voit donc combien sont nombreuses les causes morbides à éviter : empoisonnements professionnels ou accidentels, intoxications alimentaires, surmenage.

La *prophylaxie* devra être d'autant plus rigoureuse qu'une première cause aura déjà exercé son action sur le foie. On sait, en effet, l'influence, pour la production de la congestion hépatique, des causes associées. Un foie préparé par le paludisme, par exemple, se congestionnera plus facilement, par suite d'excès alcooliques ou de troubles digestifs. La fièvre, le surmenage agissent d'une façon plus nocive sur un foie déjà touché. Il n'est pas jusqu'aux règles qui ne favorisent la congestion au cours de la lithiase biliaire. Dans la congestion cardiaque, l'éthylisme, le paludisme, les grossesses répétées sont des facteurs qui interviennent communément. C'est encore une série de causes associées qui explique la congestion simple des pays chauds, lorsqu'elle n'est pas liée au paludisme ou à la dysentérie.

Quelle que soit la variété de congestion chronique, on peut lui appliquer un traitement commun. Il s'agit d'un traitement externe, qui met en pratique la révulsion, l'hydrothérapie, les lavements froids. La question de régime mérite ensuite une place à part du fait de son importance.

*Révulsion.* — On l'appliquera à l'aide des moyens habituels, déjà signalés pour la congestion aiguë : ventouses sèches, ventouses scarifiées, sangsues, cataplasmes sinapisés, laudanisés, sinapismes, badigeonnages à la teinture d'iode, stypage au chlorure de méthyle. Les pointes de feu seront de mise dans la congestion chronique. Si le rein est perméable, on pourra, mais en s'entourant de précautions, appliquer un vésicatoire.

On a préconisé le massage, mis en pratique tous les deux jours pendant cinq à quinze minutes.

*Hydrothérapie.* — Ce mode de traitement, qui convient à la congestion chronique, doit être manié avec une grande prudence, par une main expérimentée. Elle sera mise en jeu sous forme de douches locales, en jet brisé d'une durée inférieure à une minute. La douche à col de cygne, donnant un jet abondant sous une faible pression, trouvera ici son emploi.

Des douches, il faut rapprocher les bains tièdes simples.

Enfin, nous devons signaler les autres modes d'hydrothérapie (drap mouillé, lotions froides), les frictions sèches ou aromatiques.

Une mention spéciale doit être accordée aux bains nitro-chlorhydriques au centième. Les pieds baignent dans le mélange, tandis qu'on applique sur la région hépatique une flanelle trempée dans la solution.

*Lavements froids.* — On peut utiliser les lavements froids suivant la méthode de Krüll. On pousse lentement dans le rectum une injection de 1 à 2 litres d'eau fraîche à 15 degrés, à l'aide d'un bock vaginal tenu à 40 centimètres environ au-dessus de la canule. Quelquefois, on ajoute à l'eau froide un antiseptique, tel que le naphтол (20 centigrammes par litre, Dujardin-Beaumetz), ou mieux le salicylate de soude.

Dans le cas où il existe de la putridité intestinale ou de la constipation, on a intérêt à employer l'entéroclyseur de Cantani, qui permet un lavage complet du tube intestinal.

Le malade étant couché, la hanche gauche légèrement soulevée, on introduit par l'anus, à une grande hauteur, la sonde œsophagienne de Debove, mise en communication avec un tube en caoutchouc de 1 mètre de long, muni d'un robinet et adapté à un bock de plusieurs litres ou à un simple entonnoir. Pour éviter l'écoulement du liquide à mesure qu'il est injecté, on obture l'anus par un tampon d'ouate. La pression doit être très faible, correspondant à une colonne verticale de 20 à 30 centimètres de hauteur; le liquide sera injecté avec lenteur. La température sera de 15 degrés.

Dans certains cas particuliers, il y aura intérêt à pratiquer des lavages de l'estomac à l'eau de Vichy ou à l'eau boriquée.

Les lavements froids, les lavages de l'intestin et de l'estomac constituent en réalité un des moyens d'antiseptie; nous n'y reviendrons pas ultérieurement.

*Régime.* — Sauf les cas aigus où la diète lactée est indiquée, de même que dans la congestion d'origine cardiaque, il est un régime général, commun aux congestions du foie. Certaines règles sont directement dirigées contre les causes d'inflammation hépatique qu'il faut redouter.

Il est bon, d'une façon générale, d'éviter le surmenage intellec-

tuel, la marche prolongée, allant jusqu'à déterminer la fatigue, les longues sorties en voiture et même la station debout, si elle est mal supportée.

Il faut régler la quantité d'aliments ingérés, combattre la rapidité du repas, la mastication incomplète.

L'alcool sous toutes ses formes sera proscrit : eau-de-vie, boissons alcooliques prises à jeun, préparations alcooliques d'origine médicamenteuse et même les doses élevées de café et de thé. D'une façon générale, toute dyspepsie est à redouter, surtout si elle survient chez un sujet sous le coup du paludisme, du saturnisme, de la syphilis, du diabète, ou simplement arthritique ou gros mangeur.

Les graisses seront défendues, ainsi que le bouillon gras, la charcuterie, le gibier, les viandes faisandées. Il en sera de même pour les mets épicés, les poissons de digestion difficile, les crustacés, les conserves, les fromages fermentés, les sauces.

On prescrira le lait, à la dose de 3 à 4 litres par jour. Le malade prendra lentement 200 à 300 grammes de lait toutes les deux heures, ou un demi-litre toutes les trois heures. Le lait sera bouilli, cru ou stérilisé, suivant le goût du malade ; il sera donné froid s'il a été bouilli, chaud dans les autres cas, aromatisé avec quelques gouttes d'eau de fleur d'oranger, ou additionné de thé, de café en très petite quantité, d'un peu de vanille. On associera au lait le bicarbonate de soude, particulièrement indiqué dans ce cas, soit qu'il agisse directement sur le foie, soit qu'il régularise les fonctions digestives, soit qu'il modifie l'état humoral.

Après chaque ingestion de lait, le malade aura la précaution de se rincer la bouche avec la solution bicarbonatée, l'eau de Vichy naturelle ou l'eau chloralée au centième. En dehors du bicarbonate de soude, on associera au lait de l'eau de chaux médicinale, s'il y a diarrhée, ou du sous-nitrate de bismuth, ou de la craie.

Parfois, au lait de vache on pourra substituer du lait d'ânesse ou de chèvre ; s'il survient du dégoût, les laits fermentés (képhir, koumys) seront employés momentanément.

A la période d'intolérance gastrique pour le lait, on prescrit un régime mitigé comprenant des soupes maigres, des œufs délayés dans le lait ou l'eau, des crèmes et des glaces, de la lactose donnée à la dose de 100 grammes dans une eau faiblement minéralisée.

Lors d'amélioration, on aura recours à un régime végétarien : aux mets déjà cités on ajoutera les féculents en purée : pommes de terre, haricots, lentilles, les bouillies de riz, d'orge, les pâtes

alimentaires, les légumes verts très cuits, purée de carottes, navets, les haricots verts, les salades cuites, les fruits cuits, le fromage frais, du pain grillé ou des biscottes.

Plus tard on pourra ajouter du poisson tout à fait frais. Quand on permettra les viandes, on autorisera les viandes blanches, de digestion facile, très cuites et gélatineuses, le veau en gelée, la poule au riz, les cervelles. Le jambon maigre sera facultatif. Comme boisson, on laissera boire les eaux d'Évian, de Vittel, de Contrexéville, d'Alet.

*Antisepsie intestinale.* — L'antisepsie intestinale trouve son application dans le traitement des congestions chroniques du foie. Pour réaliser cette antisepsie, divers procédés sont applicables :

1° On peut évacuer les poisons du tube digestif. A cet effet, on utilise les purgatifs, mais on se gardera bien des purgatifs drastiques. Ce sont les purgatifs salins, employés à petite dose, souvent répétée, qui auront la préférence, par exemple le sulfate de soude, à la dose de 15 grammes deux fois par semaine ; ce sont encore les purgatifs végétaux : podophyllin, évonymine, ces deux produits souvent associés, rhubarbe, cascara sagrada, aloès.

2° L'antisepsie est directe par les antiseptiques. Au premier rang se place le salol, qui se dédouble sous l'influence du suc pancréatique en acide phénique et acide salicylique, ce dernier acide passe dans la bile. La seule réserve comporte la possibilité d'une intoxication phéniquée.

Le naphthol, le benzo-naphthol, le bétol sont également des antiseptiques de choix. On les associe au bicarbonate de soude et, suivant l'état de constipation ou de diarrhée, à la magnésie calcinée ou au bismuth. Toutes ces substances seront maniées avec modération. La poudre de viande représente un antiseptique inoffensif. Il faut ranger ici le calomel, qui n'agit peut-être pas seulement en tant qu'antiseptique, mais en activant la sécrétion ou l'excrétion de la bile, et peut-être aussi en modérant les processus hépatiques. On le prescrit soit à doses massives (50 centigrammes à 1 gramme), soit, plus communément, à doses fractionnées de 10 centigrammes. Si son emploi doit être prolongé, on abaissera la quantité prescrite à 3 ou même à 1 centigramme.

Parfois on associera au calomel le bichlorure de mercure, qu'on donnera par prises de 2 milligrammes.

Le calomel sert à la fois d'antiseptique et de cholagogue. En exagérant la fonction biligénique, il produit d'ailleurs une action antifermentescible.

Le plus puissant des cholagogues est la bile elle-même, qu'on peut utiliser soit par ses sels, soit en nature. Les pilules de Hufeland sont d'un usage journalier :