

M. Vaillard sur le traitement sérothérapique de la dysenterie (injection sous-cutanée de 30 à 40 centimètres cubes de sérum et au-dessus), aura pour effet de réduire beaucoup l'emploi des lavements.

Dans les cas de selles fétides et gangréneuses, on peut prescrire :

Décoction de quinquina à 40/1000.	250 grammes.
Liqueur de Labarraque	4 —

Un lavement matin et soir.

Inutile d'ajouter que le traitement général commandé par la maladie en jeu, sera rigoureusement institué.

CHAPITRE III

SÉMÉIOLOGIE THÉRAPEUTIQUE

I

Le traitement des ictères.

C'est surtout en présence d'un ictère qu'il convient de rechercher la cause. S'agit-il d'un ictère catarrhal, d'un ictère lithiasique ? Ou au contraire, une maladie grave est-elle en jeu ? Dès le premier jour, le médecin doit se prononcer. Aux sollicitudes du malade, il répondra par une formule affirmative. Cela guérira sûrement. Vis-à-vis de l'entourage, des réserves, comme il est toujours nécessaire, apporteront quelques réticences à l'expression du jugement. La phrase de Trousseau est classique : « Il en est de l'ictère comme de l'épanchement pleural. On ne peut jamais dire quelle en sera la terminaison ». Un diagnostic précis permet toutefois une indécision moindre.

Le médecin commence par interroger les antécédents. Le malade a-t-il eu des *coliques hépatiques* ? Faute d'accès francs, a-t-il présenté des signes de colique hépatique fruste ? Parfois on ne trouve dans les antécédents que des douleurs plus ou moins aiguës occupant le creux épigastrique et des crampes d'estomac. Ces crampes ont-elles été suivies d'une teinte subictérique de la conjonctive ? Tous ces renseignements, en témoignant d'une lithiase ancienne,

sont d'un grand secours. Toutefois les antécédents des coliques hépatiques peuvent faire défaut et néanmoins il peut s'agir d'un calcul. Certaines obstructions calculeuses du cholédoque se font d'emblée et sans coliques antérieures. Cela est plutôt rare. Les douleurs des calculs cholédociens affectent le caractère des coliques hépatiques ou au contraire de crises abdominales vagues. La recherche du point de Desjardins (ligne ombilico-axillaire à 5 ou 6 centimètres en dehors de l'ombilic) en révélant une douleur locale peut mettre sur la voie. M. Chauffard¹, indique un autre point de repère. Une ligne verticale tracée à partir de l'ombilic et coupée à angle droit par une ligne horizontale a chance de loger sur le parcours de la ligne bissectrice qui divise cet angle droit, par en haut, l'orifice inférieur du canal cholédoque ; ce dernier se trouve à 5 centimètres environ au-dessus de cette ligne bissectrice.

D'autre part l'inégalité dans la teinte ictérique qui est variable ; les différences de couleurs des matières fécales argileuses un jour, vaguement jaunâtres le lendemain ; l'affaiblissement progressif du malade peuvent être des signes en faveur d'un calcul du cholédoque. Il est vrai que certaines inflammations chroniques du pancréas (la pancréatite interstitielle), se révèlent par des signes de même ordre. Le diagnostic entre les deux affections est des plus délicats, d'autant que ces deux affections sont souvent associées. La pancréatite interstitielle complique fréquemment le calcul du cholédoque (Chauffard).

L'ictère a fait suite à un embarras gastrique. On ne trouve pas d'antécédents de lithiase. C'est un *ictère*

¹ *J. des Pratic.*, 1906, n° 2.

catarrhal qui, sans doute, est un jeu. Seulement avec ce diagnostic d'ictère catarrhal, la question se pose : cet ictère restera-t-il bénin ? Entre l'ictère catarrhal le plus simple et l'ictère grave, tous les intermédiaires trouvent jour. S'il s'agit d'un enfant, la bénignité est probable. L'ictère grave est exceptionnel à cet âge. M. Chauffard¹ n'en cite que deux cas au-dessous de dix ans.

A l'âge adulte, c'est autre chose. Montrons-nous circonspects. D'abord l'ictère peut se transformer en ictère grave. L'état gravidique et puerpéral de la femme crée une prédisposition à la gravité ; de même la syphilis, l'alcoolisme, la fièvre typhoïde, les maladies infectieuses. Chez tout sujet débilité qui a subi une intoxication ou une infection antérieure, le pronostic doit être réservé ; chez le vieillard, il faut user d'une prudence plus grande encore. Un ictère persistant qui ne relève ni de la lithiase ni d'un catarrhe nettement infectieux des voies biliaires, doit être tenu pour suspect. Un cancer nodulaire couve peut-être sous roche.

Ajoutons que l'ictère peut se prolonger sans que le pronostic soit désespéré. Il existe un *ictère catarrhal prolongé*, lié à une simple angiocholite, parfois à une obstruction calculeuse du cholédoque. L'angiocholite et l'obstruction calculeuse du cholédoque peuvent guérir spontanément. Il faut savoir attendre. Dans un exemple cité par M Dieulafoy, la guérison n'est survenue qu'au bout de 155 jours. Si l'ictère s'accompagne de fièvre, le pronostic s'assombrit quelque peu. Le médecin n'oubliera pas, en pareil cas, la possibilité des rechutes. Il existe une forme d'ictère infectieux à rechutes, décrit à tort sous le nom de maladie de Weil ; la maladie n'est pas

¹ *Traité de Méd.*, 2^e édit., 1902, p. 104.

spéciale, elle indique simplement un degré d'infection plus accusé qui, dans certains cas, a pu conduire à la mort.

Avant de conclure à un ictère catarrhal prolongé, le praticien doit interroger avec soin son malade et examiner l'état de sa vésicule. Les signes d'embarras gastrique du début ont-ils fait défaut, la maladie s'est-elle installée insidieusement sans prodromes définis, il faut se tenir sur ses gardes. Si, les jours suivants, la vésicule s'hypertrophie, si le doigt la perçoit sous forme d'une saillie globuleuse située à la face inférieure du foie, en dehors du muscle grand droit, un point d'interrogation se pose. Ne s'agirait-il pas d'un néoplasme ? La vésicule est en effet le plus souvent scléreuse et atrophiée dans l'obstruction calculieuse (loi de Courvoisier et Terrier), distendue et perceptible à la palpation dans les *cas de cancer* : cancer des voies biliaires, de l'ampoule de Vater, du pancréas. Un conseil à ce sujet. Apportons de la douceur à l'examen de la vésicule. Il y a deux ans, l'un de nous avait vu en ville un malade chez lequel un ictère foncé venait de faire suite à de violentes douleurs rénales qui duraient depuis trois mois. La vésicule, au bout de quelques jours d'ictère, était devenue très grosse. Il s'agissait probablement d'un cancer du pancréas. L'exploration pratiquée par deux chirurgiens éminents amena une perforation immédiate de la vésicule. Des douleurs très vives, des vomissements survinrent. La région de la vésicule s'empâta ; le ventre devint ballonné, le pouls petit et rapide. La mort survint moins de vingt-quatre heures plus tard. Les chirurgiens avaient évité toute brutalité dans l'examen, mais ils avaient eu affaire à une vésicule infectée sans doute et friable qui s'était rompue sous leurs doigts.

Les ictères dont nous avons parlé jusqu'à présent sont les plus fréquents. Il y en a d'autres. L'ictère survient parfois chez un sujet relativement jeune (moins de 40 ans) ; il s'accompagne d'un gros foie lisse et sans bosselures. La rate est volumineuse et dure. L'ascite fait défaut. En plus les selles sont colorées. Il faut songer à la *cirrhose hypertrophique biliaire* de Hanot, c'est-à-dire à une angiocholite ascendante liée à un processus infectieux d'origine intestinale. L'ictère peut n'exister qu'à titre d'épiphénomène dans d'autres affections : *cirrhose atrophique*, *kyste hydatique*, etc., cela est plutôt rare, ne soulève aucune difficulté, la maladie première s'étant préalablement posée à l'attention.

Au lieu d'être lisse, si le foie est inégal et bosselé et s'accompagne d'ascite, il peut s'agir d'un *cancer nodulaire*. La compression par les marrons cancéreux porte en pareil cas sur les canaux biliaires intra ou extra-hépatiques. L'ictère peut être précoce et rester stationnaire jusqu'à la fin. M. Chauffard a vu chez une vieille femme, un ictère simple en apparence être le symptôme initial d'un cancer primitif nodulaire à évolution rapide.

En regard de ces formes désespérées, plaçons une forme curable ; la *syphilis*. Celle-ci produit l'ictère à la *période secondaire* ; cet ictère simple ne diffère en rien de l'ictère vulgaire ; seul le déterminisme étiologique lui confère une place à part. Plus tard, à la période tertiaire, l'ictère peut se montrer également ; mais il reste en général moins prononcé qu'à la période secondaire. Un foie hypertrophié, irrégulier, sillonné de dépressions profondes, une ascite abondante s'observent concurremment. La triade symptomatique de l'ictère, du gros foie bosselé et de

l'ascite ne veut donc pas forcément dire cancer. Il peut s'agir d'une *syphilis scléro-gommeuse*.

Un mot sur les *ictères graves*. Ils sont primitifs ou s'imposent à titre d'accidents secondaires à une affection hépatique antérieure. Méfions-nous des accidents généraux graves : céphalée, insomnie, agitation nocturne qui surviennent chez des ictériques. Une langue sèche et rôtie, un pouls petit et rapide sont du plus mauvais augure. L'apparition de phénomènes nerveux chez un ictérique ne signifie cependant pas toujours ictère grave. Il peut s'agir de délires hépatiques simples. L'an dernier l'un de nous a soigné un malade atteint de cirrhose hypertrophique d'origine alcoolique. Il avait du subictère, du météorisme abdominal, de l'ascite commençante. A plusieurs reprises et à la suite d'un régime alimentaire trop abondant (trop de pain) ou de fatigue physique, il présenta des phénomènes inquiétants : délire, agitation, bredouillement dans la parole. Quelques jours de régime lacté remettaient les choses en état. La différenciation des délires hépatiques et de l'ictère grave peut être assez malaisée. On se rappellera que dans l'ictère grave l'examen des urines fournit des renseignements précieux. Elles sont diminuées de quantité, l'urée en 24 heures peut tomber à quelques grammes, l'albumine est constante. Dans les délires hépatiques les signes urinaires sont bien moins accentués.

Une place est réservée dans les ouvrages classiques aux *ictères hémaphéiques*. Ces derniers sont des ictères très atténués ; ils colorent la peau en jaune paille, n'ont pas de reflets verdâtres, ne s'accompagnent pas de prurit, ni de décoloration des fèces. Les urines renferment, comme dans l'ictère ordinaire, soit du pigment biliaire normal,

mais ce dernier à doses extrêmement faibles, soit des pigments modifiés (urobiline, pigment rouge brun, urochrome, indol, scatol) qui donnent par addition d'acide nitrique une coloration brun acajou. Les malades atteints d'ictère hémaphéique ne se préoccupent pas en général de la décoloration de leurs téguments ; c'est surtout l'entourage qui est frappé de l'altération progressive des traits. La maladie se développe lentement, insidieusement. Il faut se méfier des sujets dont le teint change, devient blême ou terreux, se sillonne de varicosités au niveau de leurs pommettes. Une cirrhose, un cancer peuvent être en jeu. Un examen sérieux est nécessaire. La question des cirrhoses fera l'objet du prochain chapitre. Nous ne nous y arrêtons pas pour le moment.

Auprès d'un malade atteint d'ictère, le médecin ne peut toujours poser un diagnostic immédiat. Certaines formes d'ictère catarrhal, d'ictère calculeux ne laissent place à aucun doute. Seulement, en clinique, la grande clarté ne baigne pas toujours la nature d'un mal. En tout état de cause, il faut prescrire un traitement.

Le régime lacté sera ordonné : il offre le double avantage d'augmenter la diurèse et de diminuer la toxicité du contenu intestinal. Toutes les 4 heures, 250 grammes à 300 grammes de lait, mêlés de quelques cuillerées d'une eau alcaline, cette dernière diluant les matières grasses contenues dans le lait. La quantité de lait prise dans les 24 heures sera de 1 litre et demi environ pour les premiers jours. C'est un tort de vouloir à toute force faire absorber la quantité de 3 litres réglementaire. Les malades ont de l'inappétence, digèrent parfois mal le lait. Vouloir lutter contre leur instinct et les obliger à des absorptions trop considérables de lait est souvent aggraver le trouble

digestif et partant le trouble des fonctions biliaires. Une eau alcaline légère (Vittel, Martigny) est d'ordinaire bien acceptée. Elle favorise la sécrétion biliaire et ne fatigue pas le malade. Quelques infusions aromatiques (mélisse, anis), du petit lait pourront être adjoints. Les infusions de boldo passent pour exercer une action cholagogue : infusion de feuilles ; 2 grammes par jour en deux tasses. En sorte qu'on pourra régler le régime de la manière suivante : toutes les deux heures, alternativement, soit un verre d'eau de Vittel, de petit-lait ou une infusion de mélisse ou de boldo, soit une tasse de lait mêlé de quelques cuillerées d'eau alcaline.

Comme médicament, on n'en prescrira qu'un : un laxatif léger. Les sels neutres purgatifs rendent à cet égard des services journaliers. Inutile d'administrer une purgation forte : elle fatigue. Mieux vaut se contenter de faibles doses prolongées plusieurs jours : à jeun, une cuillerée à café de sulfate de soude ou de sel de Seignette dans un verre d'eau de Vichy.

Nombre d'auteurs emploient le calomel. Nous n'y avons pas recours. M. Chauffard (*communic. or.*) le considère comme peu efficace. Les adultes, d'ailleurs, supportent le calomel moins bien que les enfants. En dépit des succès relatés, il ne nous semble pas indifférent d'introduire dans l'organisme un médicament qui, non ou mal éliminé, peut donner lieu à des phénomènes d'intoxication mercurielle. Le malade a déjà de l'intoxication biliaire. Chez certains sujets prédisposés (Obs. de Mignon, Camescasse, etc. ¹) ou dans certaines conditions encore mal déterminées, le calomel peut ajouter une intoxication médicamenteuse à l'intoxication de la maladie. M. Chauffard

¹ Soc. therap., 1897, 1898.

a vu un cas de gastrite suraiguë à la suite de l'administration du calomel. Le malade avait pris du bouillon deux heures après son calomel, et la transformation en sublimé s'était opérée. Autant s'en tenir à des remèdes qui, eux, toujours restent inoffensifs. Nous ne parlerons pas des antiseptiques intestinaux : naphтол, bétol, salol. Ces médicaments sont irritants et de plus, comme les naphтоls, s'absorbent en partie et s'éliminent sous forme de produits solubles : naphтоlsulfates de soude, de potasse. Ces composés empruntent les éléments minéraux qui les constituent : soufre, potasse, aux tissus de l'organisme. Il en résulte une déminéralisation des tissus, un affaiblissement, parfois une cachexie d'origine médicamenteuse. L'antiseptie interne par les naphтоls compta comme une des fâcheuses erreurs du temps présent.

A côté du régime lacté et des laxatifs, les lavements. Ceux-ci peuvent être donnés chauds ou froids. En cas de coliques concomitantes, on préférera le lavement chaud (3/4 de litre à 1 litre) ; s'il n'existe pas de douleurs, on s'en tiendra au lavement froid : 1 litre matin et soir, gardé cinq à dix minutes. Ces lavements provoquent la diurèse, augmentent la tension artérielle, vident le système porte. Dans les cas d'ictère catarrhal, traités par cette méthode, on a vu la désobstruction biliaire s'opérer quelquefois en deux, trois et cinq jours.

Le laxatif matinal pourra être continué huit jours et interrompu ensuite huit jours. Dans les huit jours d'interruption, on prescrira des agents excitateurs de l'activité hépatique : salicylate et benzoate de soude. Le benzoate de soude est préférable, il est mieux supporté par l'estomac et ne provoque pas d'irritation rénale :

Benzoate de soude 1 gramme.
P. 1 paquet.

Un paquet à midi et 6 heures dans un peu d'eau de Vittel. La bile de bœuf recommandée comme cholagogue n'est pas acceptée de tous; loin de fluidifier la bile, elle la rend au contraire plus épaisse. On pourra donc s'en abstenir. Le benzoate de soude remplit mieux l'indication thérapeutique.

Au bout de 8 jours, interrompre et revenir au laxatif du matin, ou bien on remplacera ce dernier par des pilules cholagogues : une à 9 heures du soir.

Aloès pulvérisé	0 ^{gr} ,06
Evonymine	0 ,03
Gomme gutte	0 ,02
Extrait de jusquiame	0 ,01
Savon médicinal	q. s.

P. 4 pilule.

Ou bien :

Evonymine	0 ^{gr} ,05
Podophyllin	} 0 ,01
Extrait de belladone	
Savon médicinal	q. s.

P. 4 pilule.

L'adjonction du savon a pour avantage de permettre de couper aisément les pilules en deux si l'action est trop énergique.

Les lavements seront continués ; seulement, le malade augmentera peu à peu son régime alimentaire. Il continuera de boire environ 1/2 litre de lait, consommera, en plus par jour, deux bouillies au lait, pourra prendre des pâtes (nouilles, macaroni sans fromage, des purées de légumes). Dans l'ictère catarrhal simple au lieu du lait, M. A. Robin¹ ordonne dès le début des pâtes et des légumes.

¹ Journ. des Pratic., 1905, n° 2.

Dans certaines formes d'ictère infectieux (maladie de Weil), on a recommandé le traitement opothérapique¹. Le D^r Valassopouló (d'Alexandrie) en a retiré de bons effets. Il injecte matin et soir, par voie sous-cutanée, une ampoule d'extrait hépatique. Grâce à cette médication, la diurèse se rétablit, l'état général s'améliore, l'ictère disparaît rapidement. Au déclin de la maladie, il emploie la poudre hépatique : 2 cuillerées à café par jour. Elle est mieux supportée que le foie de porc frais, pulpé dans un peu d'eau.

Une règle spéciale entoure le traitement de l'ictère syphilitique. Dans les cas de syphilis tertiaire, alors que le diagnostic reste hésitant entre le cancer nodulaire et la syphilis scléro-gommeuse, on usera du traitement spécifique. Pour l'ictère syphilitique secondaire, il convient de se montrer réservé. D'abord, cet ictère est exceptionnel; il ne se distingue en rien de l'ictère catarrhal ordinaire; on commence donc par le traitement de l'ictère catarrhal. Si celui-ci se prolonge sans amélioration, alors seulement, et si toutes chances penchent en faveur de l'origine spécifique, on institue le traitement mercuriel (Chauffard).

L'ictère se prolonge; voilà plusieurs semaines que cela dure sans amélioration. Le médecin fera bien de provoquer une consultation. Sans doute, il ne s'agit peut-être que d'un ictère catarrhal prolongé; seulement mieux vaut ne pas porter à soi seul la responsabilité d'une situation douteuse quant à ses fins. En attendant, on aura eu à combattre d'autres symptômes: un, surtout, qui irrite le patient et provoque ses plaintes incessantes. Nous voulons dire, le prurit.

¹ Journ. des Pratic., 1905, n° 30.

Les traitements abondent ; tant que les voies biliaires ne sont pas désobstruées, le soulagement produit est précaire. Les bains alcalins (100 à 150 grammes de sous-carbonate de soude par bain quotidien à 35° de 10 minutes de durée), les douches chaudes en pluie, de 3 à 4 minutes de durée (celles-ci, chez les malades peu affaiblis et qui peuvent sortir), les lotions chaudes bi-quotidiennes au coaltar (deux cuillerées à soupe par litre), d'alcool camphré à 1/4, de vinaigre phéniqué à 1/4, de sublimé à 1/2000, d'ichtyol à 10 p. 100, de chloral à 20 p. 1000, amèneront quelque calme. Après la lotion, saupoudrer sans essuyer avec une poudre inerte :

Poudre de talc	100 grammes.
Menthol	0 ^{gr} ,50

Ou bien :

Poudre d'amidon	60 grammes.
Carbonate de bismuth	} 20 —
Oxyde de zinc	

Si le prurit persiste, badigeonner le corps avec le mélange suivant 2 à 3 fois par jour,

Icthyol	40 grammes.
Alcool	} 50 —
Ether sulfurique	

Poudrer ensuite.

Ou bien :

Glycérine	60 grammes.
Chloroforme	20 —

Poudrer ensuite.

Nous n'avons pas tiré grand avantage du glycérolé tartrique (1 gramme d'acide tartrique pour 30 de glycérolé d'amidon). Quant au glycérolé phéniqué (1 gramme pour

30 de glycérolé d'amidon), il faut faire attention : l'acide phéniqué peut s'absorber et donner lieu à des accidents toxiques.

Les applications de pommades au naphthol (1/20), au menthol (1 p. 50), recouvertes ensuite d'une épaisse couche de poudre inerte, peuvent également fournir quelques résultats. Lorsqu'il existe des lésions de grattage, on usera de l'emmaillement humide avec des compresses imbibées d'eau bouillie, de tilleul, de guimauve, entourées de taffetas gommé et renouvelées toutes les 3 ou 4 heures.

Le praticien doit posséder des cordes multiples à son arc. Le malade s'impatiente. Il faut varier la médication. Si l'ictère persiste et qu'un calcul soit en jeu, on songera à un envoi à une station balnéaire (Vichy). Le traitement hydro-minéral reste sans effet. Faut-il proposer une intervention chirurgicale ? Parfois celle-ci sera, sous forme de laparotomie exploratrice, le seul moyen de faire le diagnostic. En tout état de cause, il est très difficile de spécifier la date à laquelle il faut intervenir ; Ewald¹ conseille de ne pas attendre au delà d'un mois. Ce terme n'est pas assez reculé. Sans doute, avec le temps, les chances de guérison diminuent. Seulement, on peut très souvent tarder plus longtemps dans une maladie dont le rétablissement spontané n'est pas impossible. L'essentiel est de ne pas intervenir chirurgicalement sur les organismes affaiblis et qui ont été atteints d'hémorragies répétées ; dans les obstructions calculeuses cholédociennes ou autres, l'intervention opératoire amène la guérison habituelle.

Dans les cas de tumeur, il n'en est pas de même : l'amélioration n'est que temporaire. La cholécystentérostomie a

¹ *Les indicat. des interv. d'urgence*, par Schlésinger.

été recommandée dans les cas de cancer du pancréas ; l'opération est mauvaise. Les voies biliaires ne tardent pas à s'infecter et la mort survient. Parfois le chirurgien peut avoir l'heureuse chance de tomber sur une pancréatite interstitielle qu'il avait tout d'abord à tort prise pour un cancer. Des résultats inespérés ont pu suivre une pareille tentative chirurgicale.

La cirrhose hypertrophique biliaire a été également l'objet de tentatives opératoires. On s'est dit : cette forme de cirrhose est liée à une infection chronique des voies biliaires ; pratiquons un drainage des voies biliaires, l'infection disparaîtra. Les résultats obtenus n'ont pas semblé justifier cette assertion. Sans doute, à l'aide de la cholécystotomie simple, M. Delagénère (du Mans) a obtenu une survie de cinq ans ; M. Schwartz a noté également une amélioration¹. Seulement ces tentatives ne sont pas assez nombreuses pour autoriser un jugement. La marche naturelle de la maladie se chiffre par des années et elle est souvent coupée de rémissions temporaires. Rien ne prouve que ce soit l'opération qui, dans les cas heureux, prolonge le malade. Le praticien se contentera donc, dans la cirrhose hypertrophique biliaire, du traitement médical qui consiste essentiellement dans le repos et le régime lacté. La cure thermale (Vichy) ne procure que des résultats douteux ; les cholagogues restent sans effet. Le calomel conseillé par Hanot aux doses de 0^{gr},05, l'huile d'olive aux doses de 100 à 150 grammes ne se réclament d'aucune amélioration évidente.

Si des signes d'ictère grave se montrent, il ne faut pas désespérer du premier coup. Nombre de malades ont

¹ *Cong. franç. de chirurg.*, 17 au 24 oct. 1904.

guéri. Le traitement suivant a donné des succès à M. Chauffard : deux litres de lait par jour, et le matin un lavement évacuant suivi à une heure d'intervalle d'un lavement d'eau salée (250 grammes à 7 0/00 qui est gardé. Comme alimentation, le malade absorbe en outre quotidiennement 100 grammes de foie de porc pulvé dans un peu d'eau. L'agitation est calmée par l'enveloppement dans des draps mouillés chauds (eau à 38° ; y plonger le drap, l'exprimer, y étendre le malade, refermer le drap sur lui et recouvrir d'une couverture de laine, trois quarts d'heure de temps). L'enveloppement est répété matin et soir. On peut encore user non de bains froids, qui sont mal supportés, mais de bains frais : 28° à 30°, de 10 minutes à un quart d'heure de durée deux à trois fois par jour. — La guérison d'un ictère grave est toujours une bonne aubaine. Le praticien pourra conserver quelque espoir tant que la diurèse et le chiffre d'urée ne seront pas tombés à des taux trop bas. Une quantité qui ne dépasse pas de 4 à 5 grammes d'urée est d'un fâcheux pronostic.

En résumé, le traitement de l'ictère sera d'abord général : laxatifs et régime lacté.

Le traitement spécifique sera institué dans les cas de syphilis tertiaire, lorsqu'on hésite entre la syphilis et le cancer nodulaire. Pour l'ictère syphilitique secondaire, on attendra avant de recourir à la médication mercurielle ; une cure thermale sera ordonnée quand il est certain qu'une tumeur maligne n'est point en jeu.

Quant aux interventions chirurgicales, elles ne sont conseillées qu'en dernier lieu. Donnant d'excellents résultats dans les ictères calculeux, elles restent douteuses d'action dans les cirrhoses hypertrophiques biliaires et

n'amènent qu'une sédation passagère des accidents dans les cas de tumeur.

III

Le traitement des cirrhoses du foie.

S'agit-il d'une cirrhose ? Cela guérira-t-il ? Voilà les deux questions qui se posent. Il n'est pas toujours aisé de répondre. Le diagnostic peut fort bien s'égarer. On prend pour une cirrhose ce qui n'en est pas, on ne voit pas la cirrhose où elle est. Nous avons vu plusieurs fois la méprise commise avec la *péritonite tuberculeuse*. Il n'est pas indifférent de se garer de l'erreur. La péritonite tuberculeuse ascitique est infiniment moins grave que la cirrhose à forme ascitique. Dans les cas heureux, une ponction peut guérir la péritonite tuberculeuse ; le liquide de la cirrhose, s'il finit parfois par ne plus se reproduire, ne se tarit toutefois pas avec cette rapidité. Le diagnostic se fait par les commémoratifs et aussi l'aspect des urines. La cirrhose affecte en général les gros mangeurs, les forts buveurs ; de plus, les urines du cirrhotique sont briquetées et souvent chargées de pigments biliaires qui font défaut dans la péritonite tuberculeuse. Après la ponction, le cirrhotique montre un foie altéré, hypertrophié ou rétracté et une rate volumineuse ; rien de tel dans la péritonite tuberculeuse. Ajoutons que les deux lésions peuvent coexister. Il existe à la fois sur le même sujet une cirrhose tuberculeuse et une péritonite tuberculeuse. Les lésions concomitantes de tuberculose pulmonaire permettent souvent en pareil cas de soupçonner le diagnostic.

Une autre méprise plus grave encore au point de vue du pronostic est la confusion de la cirrhose du foie avec

une lésion de la fibre cardiaque. A une période avancée des cirrhoses, la tension artérielle baisse, le pouls devient faible et rapide. L'auscultation du cœur, en révélant de la tachycardie fait croire à une *myocardite* ou une *cardiopathie artérielle*. La lésion du foie au lieu d'être déclarée primitive comme elle est réellement, est considérée comme secondaire. On prononce le mot de foie cardiaque. Il en résulte un pronostic bien moins noir. Le malade n'ayant jamais pris de digitale, peut-être le remède agira-t-il. On donne de l'espoir aux familles. La digitale est absorbée : la tachycardie, l'ascite persistent. Ce n'est pas une myocardite ou une cardiopathie artérielle qui est en jeu. C'est une cirrhose du foie avec hypotension artérielle et tachycardie consécutive. C'est tout autre chose. Il s'agit soit d'une hépatotoxémie ou encore et parfois d'une thrombose de la veine porte ou d'une de ses branches mésentériques¹.

Le malade est gravement atteint et ne résistera sans doute pas longtemps.

Prendre une cirrhose pour une péritonite tuberculeuse ou une affection cardiaque, la confusion est souvent commise. Dans les deux cas elle engendre des erreurs de pronostic. L'examen de la rate d'ordinaire grosse dans les cirrhoses permet d'éviter parfois la méprise.

Le foie est vraiment en jeu. C'est une cirrhose qu'a le malade. Quelle cirrhose ? Tout d'abord cherchons du côté de la syphilis. Certaines formes de *cirrhose syphilitique* se manifestent avec les caractères de la cirrhose alcoolique : même développement du ventre, même œdème des membres inférieurs et du scrotum, même réseau veineux sous-cutané.

¹ Huchard : *Traité clin. des Maladies du cœur et de l'aorte*, t. I, 3^e édit., p. 15.