

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 mésentériques<sup>1</sup>.

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.

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

L'hypertrophie de la rate existe dans la cirrhose syphilitique comme dans la cirrhose alcoolique<sup>1</sup>. Le traitement spécifique sera institué dans les cas de doute. Même dans les formes graves, il peut fournir des résultats excellents. Hutchinson a vu guérir par le traitement mercuriel un malade qui avait préalablement subi trente ponctions.

Il n'y a pas de syphilis. S'agirait-il de *tuberculose*? On ne s'arrête pas à cette idée. Aucun signe de tuberculose n'est accusé par le malade. C'est heureux. Il n'y a pas grand'chose à espérer des tuberculeux pulmonaires qui ont de la cirrhose tuberculeuse, celle-ci pouvant simuler à l'occasion la cirrhose alcoolique vulgaire. Les travaux modernes (Th. Blondin, 1903) tendent à étendre l'importance du facteur tuberculeux dans le développement de la cirrhose alcoolique à forme hypertrophique. Ce sont là constatations surtout histologiques; elles n'atteignent en rien le fond du tableau clinique et n'apportent aucun renseignement nouveau à la question du traitement. Tout au plus peut-on dire que le pronostic est meilleur. Une ou deux ponctions ont parfois suffi pour assurer la guérison.

Même observation pour le *paludisme*. La cirrhose paludique atteint de vieux paludéens déjà cachectiques; il y a de l'amaigrissement, le malade perd ses forces, fait de l'ascite avec dilatation des veines sous-cutanées abdominales. Le foie est un peu gros et dépasse légèrement les fausses côtes. La rate est volumineuse et dure. La mort est la terminaison habituelle; néanmoins l'ascite peut rétrocéder et disparaître après plusieurs ponctions<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Chauffard. *Traité de Méd.*, t. V, 2<sup>e</sup> édit., p. 263.

<sup>2</sup> Chauffard. *Loc. cit.*, p. 248.

Le *diabète* est susceptible de donner lieu à une hypertrophie scléreuse du foie avec mélanodermie. C'est ce qu'on appelle le diabète bronzé qui peut se compliquer d'ascite et d'œdème des membres inférieurs. La maladie est très grave et aboutit à une consommation rapide. Comme cette affection apparaît, en général, au cours d'un diabète confirmé, le médecin est averti. Il ne se laissera pas induire en erreur.

Faut-il voir dans les *dyspepsies* une cause de cirrhose? D'après Boix, le foie dyspeptique serait hypertrophié, sans saillie ni bosselures; mais il n'y aurait ni ascite, ni réseau veineux abdominal. M. Chauffard<sup>1</sup> estime qu'il convient de faire quelques réserves avant de se prononcer.

Toutes ces espèces distraites, le jour commence à se faire. Il ne reste plus guère que le groupe des *cirrhoses cardiaques* et des *cirrhoses alcooliques veineuses*. Nous laissons de côté le groupe des cirrhoses biliaires dont nous avons déjà parlé à propos des ictères.

C'est une règle chaque fois qu'on constate un gros foie, que ce dernier soit ou non accompagné d'ascite, d'examiner l'état du cœur. L'hypertrophie hépatique, lisse et plus ou moins dure, peut dépendre d'une insuffisance cardiaque. Celle-ci peut fort bien passer inaperçue. L'un de nous a un jour été mandé auprès d'une jeune femme atteinte soi-disant de péritonite tuberculeuse. Elle avait simplement un rétrécissement mitral avec dilatation du cœur droit. La prescription de digitale remit les choses en état. Un examen superficiel avait laissé échapper les signes du rétrécissement mitral et le roulement présystolique qui n'était perçu que dans une région limitée de la pointe.

<sup>1</sup> *Loc. cit.*, p. 207.

Parfois le cœur ne laisse entendre aucun bruit anormal, pas de souffle, pas d'arythmie. On peut croire à un cœur sain. N'oublions pas d'examiner les lèvres du sujet. Si elles sont cyanotiques, il peut s'agir d'une *cirrhose cardio-tuberculeuse* avec gros foie consécutif. Les signes ordinaires de la symphyse cardiaque (rétraction systolique de la pointe, ondulation de la paroi) peuvent manquer. La fixité de la pointe est difficilement sentie, en raison de l'impulsion cardiaque parfois trop faible. Il peut même arriver que la cyanose fasse défaut. Le sujet — il s'agit le plus souvent d'un enfant — a un foie énorme et lisse. Il a un peu d'oppression à la marche. En pareil cas, et quand il ne s'agit pas d'un kyste hydatique, une cirrhose cardio-tuberculeuse est souvent retrouvée à l'origine. Il ne convient pas de porter un pronostic désespéré. Les sujets, surtout s'ils ont un gros foie, peuvent vivre très longtemps. Nous avons vu vivre pendant cinq ans un enfant en pareilles conditions; néanmoins l'ascite chez lui avait été si abondante qu'il avait fallu un jour recourir à une paracentèse qui avait évacué cinq litres de liquide.

Le cœur est hors de cause; d'autre part le sujet se livrait volontiers à des excès de boisson, il buvait beaucoup de vin. Une *cirrhose alcoolique veineuse* est à l'origine des accidents. Celle-ci au point de vue du pronostic se divise en trois classes: 1° la *cirrhose à marche aiguë* (Hanot, Debove). Les malades sont emportés dans un délai de deux à six mois. Ils avaient des douleurs abdominales, une ascite précoce, de l'œdème des membres inférieurs et supérieurs, ce dernier signe très important dans l'espèce et pouvant précéder les autres signes de la cirrhose. Le praticien se méfiera de ces cirrhoses accompagnées d'un processus fébrile, subaigu, compliquées

d'hémorrhagies des muqueuses ou des téguments. La mort peut survenir rapide; 2° la *cirrhose alcoolique atrophique* au tableau classique: foie petit, grosse rate, ventre tympanisé, ascite. En pareil cas la reproduction rapide de l'ascite est la règle et la quantité de liquide retiré va en augmentant à chaque ponction. Dans la *cirrhose hypertrophique* au contraire, l'ascite peut, à un moment donné, rétrocéder et disparaître. Aussi le pronostic est-il beaucoup moins grave que pour les cirrhoses atrophiques; les deux tiers des cirrhotiques cités comme guéris appartiennent à des cirrhoses hypertrophiques qu'on sait aujourd'hui être souvent de nature tuberculeuse, l'alcool créant une voie d'appel au bacille de Koch. Ces cirrhoses hypertrophiques peuvent être confondues avec un cancer du foie; mais le cancer est douloureux, s'accompagne de périhépatite fréquente, d'ascite peu abondante. N'allons pas confondre ces deux affections dont la première, la cirrhose hypertrophique, est susceptible de guérison, tandis que le cancer tue en quelques mois. Nous avons néanmoins vu un exemple de cancer nodulaire qui a duré plus longtemps et n'a entraîné la mort qu'au bout de dix-huit mois chez une dame âgée de 56 ans.

Dans plusieurs circonstances, le traitement peut guérir rapidement. D'abord quand il s'agit d'une *cirrhose syphilitique* ou d'une *cirrhose cardiaque*. Dans les cas de syphilis, on recourra aux frictions mercurielles ou aux injections de biiodure de Hg — 4 milligrammes à 1 centigramme. Le régime lacté sera prescrit concurremment. Dans les *cirrhoses cardiaques*, on usera de la digitale ou de la digitaline à faibles doses si l'affection est ancienne: à savoir 0,05 de poudre de digitale par jour ou cinq gouttes de la solution alc. de digitaline cristallisée à 1/1000 —

dix jours de suite. Interrompre dix jours et reprendre dix jours. Si la fibre cardiaque n'est pas trop altérée on recourt à des doses plus fortes — 10 gouttes de la solution de digitaline cristallisée à 1/1000 quatre à cinq jours de suite, à reprendre au bout de quinze jours, voire huit jours. Des laxatifs, le régime lacté, des ventouses scarifiées sur la région hépatique seront utilisées en même temps. L'application locale de ventouses scarifiées peut amener un soulagement immédiat. Un médecin appelé au loin dans la campagne et n'ayant pas d'autre arme médicamenteuse sous la main, peut toujours appliquer six à huit ventouses scarifiées sur la région hépatique. Cette simple soustraction sanguine permettra parfois au malade une respiration plus facile et une nuit meilleure.

Dans la *cirrhose diabétique*, on emploiera le régime antidiabétique classique. Les autres formes de cirrhose se réclament d'un régime univoque : éviter toute cause qui en irritant le foie entraîne une aggravation du mal. Prenons comme type la *cirrhose alcoolique veineuse*.

Le traitement *prophylactique* de la cirrhose alcoolique conseillera la modération dans l'usage des boissons alcooliques et interdira leur consommation à jeun. Le sujet pourra boire du vin, mais mêlé d'eau et jamais d'apéritifs, de petits verres. L'usage de la bière entre les repas est une habitude qui nous vient d'Allemagne. Elle est plutôt fâcheuse. Le foie se congestionne sous l'effet de cette erreur d'hygiène ; une certaine surcharge graisseuse envahit les organes. Les digestions deviennent difficiles. Bien que la présence de l'alcool dans la bière semble trop diluée pour entraîner la production d'une cirrhose alcoolique et que celle-ci fasse surtout suite à l'abus dans la consommation

du vin, il n'en est pas moins vrai que la bière est nuisible et que mieux vaut en restreindre l'emploi à titre de boisson pendant les repas. Nous ferons la même observation pour le cidre qui sera réservé aux heures des repas. Les épices exercent sur le foie une action irritante dont il n'est pas assez tenu compte dans la vie courante. Des lapins auxquels on faisait absorber du poivre, ont présenté le développement d'une sclérose porto-biliaire avec dégénérescence graisseuse des cellules hépatiques (Boix).

Une fois la maladie constituée, le régime alimentaire devra être surveillé à la fois en tant que qualité et aussi en tant que quantité (Linossier). Une trop grande quantité d'aliments même peu irritants risque de faire beaucoup de mal. Nous avons vu à plusieurs reprises un sujet convalescent de cirrhose alcoolique retomber dans ses accidents de météorisme et d'ascite légère pour avoir consommé de trop grandes quantités de pain. Inutile de dire qu'à ce moment toute boisson alcoolique, si diluée soit-elle, est sévèrement interdite.

Le régime *lacté absolu* impose : une tasse de 250 grammes à 300 grammes toutes les 2 heures ; les laits fermentés, les képhirs ne sont pas indiqués, en raison des quantités notables d'alcool qu'ils renferment. Le régime lacté exclusif sera au moins continué trois semaines à un mois. Au bout de ce temps, on y pourra adjoindre deux fois par jour un potage avec une ou deux cuillerées d'une farine alimentaire dans du bouillon de légumes. M. A. Robin (*Hôpital Beaujon*) règle le régime dans les cirrhoses d'après le degré d'activité fonctionnelle du foie. Le foie est-il en hyperfonction comme il arrive au début des cirrhoses, on prescrira le lait qui est un modérateur de l'activité hépatique. Les fonctions hépatiques sont-elles au contraire en état de déchéance et c'est le cas des cirrhoses avancées, il faut

prescrire des pâtes, des légumes, des farineux qui excitent légèrement l'activité hépatique. Les viandes, stimulants énergiques, sont bannies du régime. On peut exciter légèrement un organe qui défaille : il est toujours dangereux de le relever d'un coup de fouet trop violent. Ce serait la manière de l'affaïsser tout à fait.

On commencera donc par soumettre le malade au régime lacté : un verre de petit-lait au lever et au coucher pourront être ajoutés au lait ordinaire. Comme traitement médicamenteux : on alternera le sulfate de soude avec le calomel ; 8 jours de suite une cuillerée à café de *sulfate de soude* (5 grammes) dans un verre d'eau, les 8 jours suivants un paquet de *calomel* (0<sup>sr</sup>,02 à 0<sup>sr</sup>,03) à prendre à jeun.

M. A. Robin conseille comme hygiène générale des affusions matinales à l'eau chaude et l'application, le soir, sur la région hépatique, de la *compresse échauffante* : serviette trempée dans l'eau froide, préalablement exprimée, recouverte de taffetas gommé et d'une feuille d'ouate, le tout fixé par une bande de flanelle ou un bandage de corps. Le malade garde cette compresse la nuit. Lorsque les urines ne renferment pas d'albumine — ce qui est le cas habituel — nous nous trouvons bien de l'application de vésicatoires volants (10/5) sur la région hépatique, laissés en place 6 heures et renouvelés tous les dix jours. Sous l'effet des vésicatoires, le météorisme diminue et le malade ressent un mieux évident.

Une autre méthode que nous employons journellement est le *massage*. Il favorise la diurèse et aide à la disparition de l'ascite. Nous prescrivons un massage doux, pratiqué dans un sens circulaire sur les parois abdominales, les doigts des deux mains entre-croisés de façon à multiplier les points de contact digitaux avec la paroi abdominale.

Une pommade légèrement stimulante sera utilisée pour faciliter les manœuvres du massage.

Baume Fioraventi . . . . .	} 5 grammes.
Teinture de genièvre . . . . .	
Lanoline . . . . .	} 20 —
Vaseline . . . . .	

Un massage de 10 minutes tous les jours

L'*opothérapie* a semblé fournir quelques succès. Chez deux malades où nous l'avons employée, nous n'en avons retiré aucun avantage. Les sujets qui étaient au début d'une cirrhose atrophique, se plaignaient au contraire d'inappétence accrue et de ballonnement plus considérable, lorsque nous les avons soumis à cette médication. M. Hirtz a été plus heureux<sup>1</sup>, chez deux malades chez qui le régime lacté, le calomel, les diurétiques, les ponctions n'avaient produit aucune amélioration, l'opothérapie fit merveille. Il survint de la polyurie, l'ascite et les œdèmes disparurent. M. Hirtz ordonne du foie de porc cru (120 gr.) macéré et haché dans du bouillon de légumes. Le régime lacté était concurremment institué. En dépit des succès constatés, M. Hirtz est loin de déclarer ce traitement infaillible. Il avoue lui-même avoir échoué sur deux autres cirrhotiques.

M. Perrin<sup>2</sup>, sur deux malades, a observé une amélioration très remarquable et prolongée ; un troisième cas remontant à deux ans et demi n'a été soulagé que momentanément. En même temps, l'auteur a noté une modification heureuse de l'état du sang sous l'effet de la médication et une réparation globulaire manifeste. Le remède était ordonné sous forme d'extrait en poudre : huit cachets de un gramme ou bien 2 cuillerées à café par jour.

<sup>1</sup> Soc. Thérap., 22 juin 1904.

<sup>2</sup> Rev. Méd. de l'Est, 1<sup>er</sup> et 15 janvier, 1<sup>er</sup> et 15 février 1905.

A une période plus avancée de la maladie, le régime sera quelque peu modifié. Outre le lait, on conseillera des pâtes, des légumes : pommes de terre en robe de chambre écrasées sur l'assiette avec un peu de beurre frais, purées de pois, de lentilles, de haricots rouges, mais en recommandant au malade une quantité minime d'aliments. S'il va mieux du fait du régime lacté, il suffit de l'absorption trop abondante de quelques aliments pour le faire retomber du coup.

L'*iodure de potassium* est généralement recommandé par les médecins : nous déclarons n'en avoir jamais retiré le moindre effet. Dans la cirrhose syphilitique, son action est utile. Elle demeure précaire dans les autres cas. Nous préférons renoncer à l'emploi d'un remède qui à des avantages douteux associe l'inconvénient d'exercer souvent un trouble fâcheux sur les fonctions digestives.

M. A. Robin utilise les stimulants de la sécrétion biliaire : benzoate et phosphate de soude. Le salicylate de soude, également indiqué, est souvent mal toléré par l'estomac :

Benzoate de soude . . . . .	0 <sup>gr</sup> ,25
Phosphate de soude . . . . .	0 ,50
Poudre de feuilles de jaborandi . . . . .	0 ,40

P. 1 cachet (A. Robin),

A prendre trois heures environ après les repas, c'est-à-dire au moment où le foie commence à entrer en fonctions. Les stimulants de la sécrétion biliaire, qui sont très efficaces dans le traitement de l'ictère, semblent d'action plus incertaine dans le traitement des cirrhoses.

Même à la période d'état, la *médication intestinale* reste la plus puissante. Les *diurétiques* sont moins actifs pour combattre l'ascite. M. Chauffard<sup>1</sup> les prescrit associés au

<sup>1</sup> *Journ. des Pratic.*, 1903, p. 298.

régime lacté : 25 à 30 grammes d'oxymel scillitique par jour ou la potion suivante à prendre par cuillerées à soupe toutes les heures ou toutes les 2 heures.

Oxymel scillitique . . . . .	30 grammes.
Acétate de potasse . . . . .	10 —
Nitrate de potasse . . . . .	2 —
Décoct. de baies de genièvre . . . . .	120 —
Sirop des cinq racines . . . . .	40 —

La théobromine peut être également prescrite. M. A. Robin l'associe au phosphate de soude :

Théobromine . . . . .	1 <sup>gr</sup> ,50
Phosphate de soude . . . . .	1 ,50

Div. en 3 cachets. — A prendre chacun à 1 heure d'intervalle pendant 3 jours.

L'*urée* (10 à 15 gr.) a été employée sans aucun succès par M. Huchard dans son service. Préconisé à titre théorique, ce remède ne produit aucun des effets attendus.

La diurèse attendue ne se produit pas d'une façon régulière. Elle ne s'établit que du jour où la reprise intérieure du liquide ascitique s'établit par le sang. Or les diurétiques exercent un effet très douteux dans le sens de cette reprise intérieure du liquide ascitique.

Les *purgatifs* continuent de se montrer les agents les moins infidèles. On peut continuer le calomel et le sulfate de soude, alternés de huit jours en huit jours. De temps à autre, tous les 8 jours environ, on pourra administrer un purgatif plus énergique : 15 à 20 grammes d'eau-de-vie allemande.

De même pour varier la médication, au bout de 3 mois d'usage de calomel et de sulfate de soude, on emploiera les pilules drastiques, une au coucher :

Aloès des Barbades . . . . .	0 <sup>gr</sup> ,08
Gomme-gutte . . . . .	0 ,03
Extrait de belladone . . . . .	0 ,01
Savon médicinal . . . . .	q. s.

Cette pilule doit provoquer une ou deux garde-robes molles ; on augmente la quantité (1 pilule 1/2), si l'effet attendu n'est point produit. Tous les 6 ou 8 jours, on renforcera l'action des pilules par une purgation d'eau-de-vie allemande.

Un bon moyen, quand il existe de l'ascite, d'évaluer les progrès de la maladie, est de peser le malade. Cette méthode est due à M. Chauffard. Elle rend les plus grands services, non pas seulement dans les cirrhoses, mais dans toutes les maladies à épanchements, les affections cardiaques en particulier. Chaque jour, nous faisons peser nos cardiaques. D'eux-mêmes ils deviennent un peu leur propre médecin. Augmentent-ils brusquement de poids ? Il y a chance pour que le cœur se montre insuffisant et que des œdèmes se soient produits. Ces œdèmes sont parfois peu apparents ; la bascule les fait percevoir. Le cardiaque qui augmente de poids resté chez lui, se soumet au régime lacté, prend de la théobromine, de la digitaline. Diminue-t-il de poids ? Il peut sortir, interrompt le régime lacté, réduit ou abandonne la théobromine.

Dans l'ascite cirrhotique, la méthode des pesées permet de se rendre compte de l'augmentation ou de la diminution du liquide. Si le traitement ne produit aucun effet, si le liquide augmente toujours, on songera à la nécessité d'une ponction. Celle-ci sera pratiquée quand le malade, gêné par le volume du ventre, respirera difficilement. Le nombre des ponctions sera déterminé par la reproduction plus ou moins abondante du liquide. Surtout qu'on ne conclue pas du nombre des ponctions à l'incurabilité du

sujet. Une malade du D<sup>r</sup> Lecreux<sup>1</sup> a guéri après 65 ponctions et alors que la quantité de liquide ascitique retiré correspondait à 1750 litres. Nous avons vu que les guérisons appartiennent en général aux cirrhoses à gros foie. Toutefois la cirrhose atrophique peut également se terminer par une guérison. La malade du D<sup>r</sup> Lecreux était atteinte de cirrhose atrophique ; l'étendue de la matité hépatique ne dépassait pas la largeur de deux travers de doigt.

Lorsque le liquide se reproduit en dépit des ponctions, on a préconisé l'intervention chirurgicale sous forme d'opération de Talma. Celle-ci consiste en une suture du grand épiploon à la paroi abdominale, de façon à permettre le rétablissement de la circulation-porte par les voies collatérales adventices. Après avoir été accueillie avec faveur, cette intervention a été l'objet d'une discussion peu enthousiaste de la part des chirurgiens<sup>2</sup>.

Les succès sont précaires et les insuccès nombreux. MM. Schwartz, Lejars, Villar (de Bordeaux), Mauclair, Malherbe (de Nantes), nous ont parlé des échecs enregistrés dans leur pratique. La divergence des résultats tient sans doute aux erreurs de diagnostic. On a pu rattacher à des cirrhoses du foie des ascites de nature tuberculeuse. Rien d'étonnant alors à la guérison obtenue. Une laparotomie, voire une simple ponction ont suffi pour amener la guérison. L'opération de Talma aurait agi dans le sens de la simple ouverture du péritoine. Parfois cette opération s'effectue spontanément à la façon d'une sorte de procédé curatif naturel. Appelé à pratiquer l'accolement de l'épiploon à la paroi abdominale chez un malade du service

<sup>1</sup> Journ. des Pratic., 1903, n° 14.

<sup>2</sup> Congr. franç. de Chirurg., 17 au 22 oct. 1904.

de M. Huchard, M. Routier tomba sur une péritonite localisée ayant accolé l'épiploon contre la face interne de la paroi abdominale<sup>1</sup>. Le liquide ascitique disparut et la malade qui avait subi des ponctions nombreuses et répétées, est actuellement guérie.

C'est là un cas fort heureux. Lorsque le chirurgien intervient, bien des risques compromettent l'efficacité de l'opération. Aussi le praticien fera-t-il bien de ne pas la conseiller. Il s'en tiendra au traitement médical qui, poursuivi avec persévérance, lui réserve toujours certaines chances de guérison.

Un mot sur les complications. Les plus fréquentes sont les hémorragies (épistaxis, hémorragie œsophagienne ou gastrique). Le traitement de l'épistaxis est celui communément employé. Dans les cas graves, on pourra user de la méthode préconisée par Carnot : applications locales de sérum gélatiné soigneusement stérilisé.

Chlorure de sodium . . . . .	0 <sup>gr</sup> ,70
Eau distillée . . . . .	100 grammes.
Gélatine . . . . .	5 à 10 —

Stérilisez à l'étuve à 105°.

Après avoir lavé la narine saignante, badigeonner la cavité à l'aide d'un pinceau d'ouate imbibé de la solution de gélatine, puis introduire un tampon imbibé de la même préparation et laisser à demeure.

Contre les hémorragies œsophagiennes et gastriques, le meilleur remède consiste dans la suppression de tout aliment ou boisson pendant 24 à 48 heures et l'application externe de vessies de glace. De petits lavements d'eau bouillie salée (7/1.000 pourront être administrés 2 ou

<sup>1</sup> Journ. des Pratic., 1905, n° 41.

3 fois dans le jour. Au bout de 24 heures, on ordonnera la potion classique au chlorure de calcium :

Chlorure de calcium . . . . .	4 grammes.
Sirop thébaïque . . . . .	30 —
Eau distillée . . . . .	120 —

Une cuillerée à soupe toutes les heures.

Dans un cas semblable, nous nous sommes bien trouvés des injections sous-cutanées de chlorhydrate d'hydrastinine.

Chlorhydrate d'hydrastinine . . . . .	0 <sup>gr</sup> ,50
Eau distillée . . . . .	10 grammes.

Une injection sous-cutanée 1 à 2 fois par jour.

Les *hémorroïdes* constituent une autre complication fréquente chez le cirrhotique. Des lotions fréquentes à l'aide de tampons de coton hydrophile trempés dans l'eau bouillie chaude, des compresses humides chaudes (infusion de guimauve, de tilleul, eau blanche), recouvertes de taffetas gommé, amèneront du soulagement. M. A. Robin se loue fort de l'emploi de la pommade de goudron qu'on introduit avec le doigt dans l'anus. La pommade suivante jouit également d'une efficacité non douteuse :

Onguent populeum . . . . .	30 grammes.
Ext. de ratanhia . . . . .	2 —
Stovaïne . . . . .	1 —
Ext. thébaïque . . . . .	0 <sup>gr</sup> ,50

Usage externe.

En cas d'hémorroïdes, on interrompt la prescription des drastiques et les malades iront à la garde-robe à l'aide de lavements froids qui offrent en plus l'avantage de favoriser la diurèse.

En résumé, dans le traitement, instituer le traitement



causal, si possible : syphilis, cardiopathie, diabète. Sinon s'en tenir à l'hygiène alimentaire (régime lacté exclusif, puis farineux) réglée comme qualité et comme quantité, et aussi à l'emploi des laxatifs (calomel, 0,02, alterné avec sulfate de soude, 5 gr.), plus tard drastiques. Révulsifs sur la région hépatique (vésicatoires, compresses échauffantes), massage abdominal. Recourir à la ponction quand la respiration deviendra difficile. Et dans les renseignements au malade et aux familles, ne pas se hâter de porter un pronostic trop sombre et se rappeler les cas heureux qui ont guéri contre toute attente.

#### IV

##### Le traitement des albuminuries.

Une malade a de l'albumine dans les urines, il s'agit bien d'albuminurie vraie, et non d'une fausse albuminurie liée à la présence du pus ou des phosphates. Le microscope révèle le pus et le précipité phosphatique obtenu par la chaleur se dissout après adjonction de quelques gouttes d'un acide (acide acétique, nitrique). Que faut-il faire ? Certaines albuminuries réclament le régime lacté ; à d'autres albuminuries le régime lacté ne convient pas. Comment s'y reconnaître ?

On interroge le malade. Il ne sort pas d'une maladie infectieuse, n'a pas eu la scarlatine. D'autre part ses paupières n'ont pas été bouffies. Le malade est jeune ou approche de la cinquantaine. L'absence de maladie infectieuse antérieure et de bouffissure des paupières constitue chez le jeune homme une présomption en faveur de la non-existence d'une lésion rénale. Chez l'homme de cinquante ans, il n'en est plus de même. Il peut fort bien

être atteint d'une lésion rénale sans qu'une maladie infectieuse ait été en jeu. En pareil cas l'artériosclérose doit être soupçonnée. Le pouls est bondissant et fort, un bruit de galop est perçu au cœur. Il s'agit d'une sclérose rénale.

Seulement pas plus qu'il ne convient de rattacher à une lésion rénale constante l'albuminurie du jeune sujet, il n'est sage de faire dépendre d'une lésion rénale constante l'albuminurie de l'adulte. Il peut s'agir de tout autre chose, et pour notre part nous avons vu plusieurs fois l'erreur de diagnostic commise : un adulte dans la force de l'âge traité pour une sclérose rénale alors qu'il offrait une albuminurie d'origine digestive ou nerveuse.

Il est une forme d'albuminurie non décrite par les classiques et qui, s'accompagnant d'oligurie et souvent d'un chiffre bas de l'urée et de la densité urinaire, inquiète fort les malades qui présentent, en plus, des signes qu'on a coutume de rattacher au petit brightisme : céphalée, fourmillements, etc. Ces malades sont des nerveux. Ils sont atteints d'une neurasthénie rénale. Le rein est sain, mais il fonctionne mal. Il existe une *neurasthénie rénale* comme il existe une neurasthénie cardiaque, digestive, pulmonaire. Cette neurasthénie rénale constitue un chapitre très important des neurasthénies locales. Dès maintenant nous dirons que cette *neurasthénie d'apparence rénale* ne doit pas être confondue avec une autre forme de neurasthénie toute différente et où le rein est directement touché : c'est la *neurasthénie d'origine rénale*. Dans ce dernier cas, l'épuisement du sujet est fonction d'intoxication urémique commençante ; dans la neurasthénie d'apparence rénale, l'épuisement du sujet n'est pas provoqué par les désordres rénaux : l'épuisi-