

fections locales, lymphangites, abcès cutanés, ecthymas, furoncles, etc. En raison des troubles de la circulation, de l'œdème de la paroi qui complique si fréquemment l'ascite, les plaies cutanées de l'abdomen ont peu de tendance à guérir dans ces conditions, et elles deviennent facilement la source de complications. Les vésicatoires seraient particulièrement dangereux, en raison des accidents qu'ils pourraient amener à la peau, et surtout à cause de leur retentissement sur les reins. Les sinapismes, badigeonnages iodés, les diverses pommades antiphlogistiques ou révulsives sont aussi inutiles que nuisibles.

Il n'y a qu'un seul traitement local, efficace, de l'ascite, c'est la *ponction*.

Les auteurs ne sont pas absolument d'accord sur le choix du moment auquel il convient de pratiquer la paracentèse de l'abdomen. Les uns, préoccupés surtout de l'inconvénient des ponctions successives, préfèrent attendre que l'ascite ait atteint son complet développement, et diffèrent l'intervention jusqu'au moment où l'accumulation du liquide dans l'abdomen gêne l'expansion des poumons, et menace d'amener l'asphyxie. L'excès même de la pression intra-abdominale aurait, pour le malade, l'avantage de restreindre l'accroissement de l'ascite, en comprimant les vaisseaux du système porte.

D'autres conseillent d'intervenir de parti pris, dès que le malade se trouve un peu gêné, sans attendre que la ponction devienne absolument urgente.

Cette dernière pratique semble bien préférable. Une ponction faite proprement est sans danger: le malade s'en effraie d'autant moins qu'il y est plus habitué, et il y a assurément moins d'inconvénients à multiplier les ponctions, qu'à laisser le liquide prendre un développement excessif.

En effet, à mesure que l'épanchement intra-péritonéal augmente, les troubles fonctionnels s'accroissent, au point de devenir de plus en plus graves. La compression des vaisseaux du système porte contribue à la production d'une sorte

d'œdème de la muqueuse gastro-intestinale, qui rend encore les digestions plus difficiles, et compromet sérieusement l'alimentation. La compression des reins, et des vaisseaux qui s'y rendent, tend à diminuer la sécrétion urinaire. La compression de la veine cave et des veines iliaques provoque de l'œdème des membres inférieurs et de la paroi abdominale. Enfin le refoulement du diaphragme vers le thorax entrave les fonctions de l'appareil respiratoire. Ces multiples perturbations ne peuvent exercer qu'une influence très fâcheuse sur l'organisme tout entier, et, en épuisant le malade, elles précipitent la cachexie.

Dès que l'abdomen est suffisamment distendu, que la matité donnée par le liquide ascitique atteint ou dépasse un peu l'ombilic, dans le décubitus horizontal, la ponction est indiquée.

Elle est facile à faire, et généralement bien supportée, le seul temps douloureux de l'opération consistant dans le passage du trocart à travers la peau.

2° Paracentèse de l'abdomen.

Cette opération est trop connue pour qu'il soit nécessaire d'entrer dans tous les détails de son exécution. Quelques médecins se servent d'un aspirateur Dieulafoy ou Potain, mais il est parfaitement inutile de compliquer la manœuvre: un simple trocart suffit dans tous les cas. Il est indifférent de ponctionner à droite ou à gauche, mais on doit toujours s'assurer, avec soin, de l'existence du liquide ascitique dans la région choisie.

Bien que la paracentèse de l'abdomen expose aussi peu que possible à l'infection, il est indispensable d'opérer aseptiquement. Le trocart et la canule seront stérilisés par le passage à l'étuve ou par l'ébullition, la peau de l'abdomen sera lavée soigneusement à l'eau et au savon, puis recouverte de compresses imbibées d'une solution antiseptique, jusqu'au moment d'introduire l'instrument. Il est à peine besoin de rappeler

que les mains de l'opérateur seront avantageusement associées à ces mesures de propreté.

Quand le liquide cesse de couler, il est bon de fermer la plaie à l'aide d'une petite plaque de coton hydrophile que l'on recouvre de quelques gouttes de collodion, puis on enveloppe le ventre de coton, maintenu par un bandage de corps. On a proposé de laisser l'orifice libre, de manière à permettre l'écoulement du liquide au fur et à mesure de sa production. Cette pratique est dangereuse: le contact incessant de la sérosité irrite bientôt la peau, provoque des érythèmes que le malade a de la tendance à gratter. Les érosions produites par les ongles y déterminent fréquemment des infections secondaires (furoncles, abcès, lymphangites, érysipèles, etc.)

Le *collodion*, la *traumaticine*, le *stérésol* conviennent parfaitement pour obturer la plaie, mais on évitera d'étaler une vaste couche de ces produits à la surface de la peau. Lorsqu'ils sont desséchés, leurs bords deviennent tranchants, irritent l'épiderme et provoquent quelquefois l'apparition de phlyctènes ou d'ulcérations.

La ponction de l'abdomen ne s'accompagne en général d'aucun accident sérieux.

Un examen attentif et minutieux évitera de ponctionner une tumeur solide ou enkystée de l'abdomen pour une ascite.

Chez les personnes très grasses, dont la peau est fortement œdématiée, la paroi abdominale peut présenter, au niveau des parties déclives, une épaisseur telle que le trocart, enfoncé dans toute sa longueur, ne franchisse pas l'aponévrose abdominale. Lorsqu'on a bien contrôlé de nouveau l'existence de l'épanchement et sa mobilité, on n'a qu'à faire coucher le malade sur le côté, de façon à ponctionner plus près de la ligne médiane, dans un endroit où la peau, moins infiltrée, se laisse plus facilement traverser.

L'accident le plus habituel consiste dans la production d'un écoulement de sang, plus ou moins abondant. Quelquefois le liquide apparaît fortement, coloré en rouge, dès le début de la ponction; il faut se garder dans ce cas de vider

complètement l'abdomen, on se contentera de retirer quelques litres de l'épanchement pour soulager le malade, et, on fera un peu de compression avec du coton, serré par une bande de flanelle.

Le plus souvent, le sang n'apparaît que vers la fin de la ponction, lorsqu'on a retiré déjà une notable quantité de liquide clair, d'apparence normale.

Les vaisseaux de nouvelle formation qui existent en divers points du péritoine épaissi, les origines intestinales des vaisseaux portes, peuvent être le siège d'une congestion plus ou moins intense, et leurs parois friables ne résistent pas à un changement de pression. On voit d'abord le liquide, qui s'écoule par la canule, se teinter peu à peu de rouge, et la coloration augmente rapidement. Dans ce cas, il faut retirer la canule et faire un peu de compression sur l'abdomen.

Après la ponction, il faut maintenir le malade au lit, et lui prescrire des toniques, s'il accuse de la fatigue.

Le liquide se reproduit quelquefois avec une très grande rapidité, de manière à nécessiter une ponction tous les 10 ou 12 jours. Cette particularité est assurément défavorable. Néanmoins certains malades conservent un bon état général. Aussi ne doit-on pas hésiter à renouveler la ponction autant de fois qu'elle est nécessaire. Un cirrhotique de M. Troisier a été ponctionné 18 fois, ce qui ne l'a pas empêché d'obtenir à la fin une amélioration, qui a pu le faire considérer comme guéri¹.

Quand le malade n'est pas trop déprimé, on peut essayer, avec avantage, de reprendre la *diète lactée*, et l'usage des *diurétiques* pendant quelques jours. La diurèse s'établit plus facilement lorsque les reins ne sont plus comprimés par l'épanchement. Mais il faut se garder de l'emploi trop rigoureux

1. Une malade, atteinte de cirrhose, venait régulièrement toutes les trois semaines se faire ponctionner dans mon service, à l'hôpital Saint-Antoine. On lui retirait chaque fois de 12 à 14 litres de liquide, environ. Vingt-trois ponctions ont donné issue à plus de 340 litres de liquide. Ponctionnée le jour même de son entrée, elle quittait l'hôpital au bout de vingt-quatre heures, pour se livrer à sa profession de marchande des quatre saisons, qu'elle exerçait sans aucune interruption dans l'intervalle des ponctions.

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