

la meilleure preuve que nous puissions donner de la proposition que nous venons d'émettre. Pour décrire utilement les moyens destinés à combattre l'ascite, il faudrait donc faire l'étude thérapeutique des diverses maladies qui peuvent lui donner naissance, ce qui est contraire au cadre de cet ouvrage. Nous donnerons simplement dans cet article les indications applicables à la généralité des cas et y joindrons la critique des nombreuses médications proposées.

II

Critique des médications proposées.

A part certaines ascites cachectiques contre lesquelles le traitement général (*vin, alcool, quinquina, arséniate de soude*) peut agir, tout comme il agit sur les autres hydropisies observées en pareil cas, c'est-à-dire en modifiant la crase sanguine, les médicaments dits reconstituants ne sont ordinairement d'aucune utilité dans la cure de l'ascite. Ces cas exceptés, l'hydropisie péritonéale indique une augmentation de tension dans le système de la veine porte et la médication tonique ne peut rien contre elle.

Quel que soit le mécanisme de cette augmentation de tension et le point du système porte mis en cause (branches afférentes, tronc ou veine porte intra-hépatique, souvent même stase générale), il est clair que les *émissions sanguines* et les *révulsifs* ne sont d'aucune utilité pour faciliter la résorption du liquide épanché. Ces médications sont cependant excellentes dans les cas où le péritoine est enflammé (péritonite chronique ou subaiguë avec ascite) ou lorsque le foie est le siège de poussées congestives et inflammatoires (hépatite subaiguë, cirrhose diffuse, péri-hépatite). Non seulement elles calment les douleurs locales, mais elles ont une influence favorable sur la diminution ou la disparition de l'élément fluxionnaire. Dès lors la transsudation séreuse qui en est la conséquence cesse d'augmenter, et le liquide déjà épanché

tend à se résorber, à mesure que les voies lymphatiques et les radicules veineuses deviennent plus perméables. C'est donc indirectement que cette médication, dans les cas que nous venons de citer, peut être utile aux malades atteints d'ascite : les autres catégories d'ascitiques n'ont rien à espérer d'elle.

L'administration des *diurétiques* est basée sur une constatation faite depuis longtemps, à savoir l'altération des urines des malades atteints d'ascite, quelle que soit d'ailleurs la cause de celle-ci. Sans parler des modifications de la couleur et de la composition chimique des urines qui, à d'autres points de vue, ont une grande importance, la diminution de la quantité émise est un fait général qui s'impose et qui conduit tout naturellement à chercher à rétablir le cours de cette sécrétion. On espère empêcher ainsi l'augmentation de la sérosité péritonéale épanchée et favoriser même l'élimination par la voie rénale de celle qui est déjà contenue dans la cavité abdominale.

Cette théorie s'appuie sur des faits positifs bien observés, mais qu'il faut interpréter de la façon suivante. Toutes les fois que l'ascite est due à un trouble circulatoire sans altération profonde des parois de la veine porte, les diurétiques, en augmentant la tension artérielle ou en agissant directement sur l'épithélium rénal, diminuent la quantité de liquide péritonéal, témoin les affections du cœur où ils font parfois merveille. Toutes les fois, au contraire, qu'il y a altération des rameaux veineux sur quelque point du système porte, l'emploi des diurétiques échoue presque toujours, témoin les affections chroniques du foie et du péritoine, témoin encore les compressions de la veine porte.

Une exception cependant doit être faite pour le *calomel*; mais l'influence complexe qu'il a sur les reins, l'intestin et le foie empêche de préciser son mode d'action. Le fait certain, c'est que les ascitiques atteints d'affection hépatique sont ceux qui retirent de son emploi le plus de bénéfice. Cette constatation semble montrer qu'il agit ici tout autant, comme modificateur des fonctions hépatiques que comme diurétique.

Les remarques que nous venons de faire à propos des

diurétiques s'appliquent de tous points à deux autres groupes de médicaments, les *purgatifs* et les *diaphorétiques*, souvent prescrits autrefois. Sans doute les ascitiques, du fait de leur maladie, sont souvent constipés, sans doute ils ont habituellement la peau sèche et rugueuse; mais ce serait un espoir chimérique de croire que la muqueuse intestinale et la surface cutanée sont capables, grâce à un fonctionnement exagéré, de faciliter la résorption du liquide épanché dans le péritoine. Prescrire des bains de vapeur, des fumigations, des purgatifs répétés, c'est affaiblir le malade, sans aucune chance de lui rendre service.

La *compression*, soit à l'aide d'un *bandage de corps*, soit à l'aide de *badigeonnages de collodion*, recommandée à diverses époques, est un procédé qui ne doit être conseillé que lorsqu'il existe des phénomènes inflammatoires du côté du péritoine et qu'il y a intérêt à immobiliser les anses intestinales; mais dans tous les autres cas, son emploi est non seulement inutile, mais encore dangereux. Elle ne favorise en rien la résorption du liquide et n'empêche en quoi que ce soit l'épanchement d'augmenter. Les parois abdominales ne peuvent se développer par suite de la résistance qui est appliquée à leur surface, il en résulte que le diaphragme est refoulé en haut chaque jour davantage et que les poumons comprimés ont tendance à s'atélectasier : deux causes qui augmentent les troubles respiratoires et obligent d'habitude à recourir d'une façon hâtive à la médication qu'il nous reste à étudier, c'est-à-dire à la *ponction*.

III

De la ponction.

1° Ce moyen thérapeutique mérite d'être examiné à deux points de vue principaux : Quand doit-il être pratiqué? Que doit-on en attendre?

Si la quantité de liquide épanché est peu considérable, la

question de la paracentèse abdominale doit être écartée comme n'ayant aucune utilité. Souvent, et principalement dans les affections hépatiques ou péritonéales subaiguës, une ascite peu abondante s'accompagne d'un tympanisme très prononcé. Dans ces cas, quelle que puisse être la gêne de la respiration, le malade ne tirera guère bénéfice d'une ponction abdominale. La distension de l'intestin par les gaz est ici beaucoup plus en cause que l'épanchement d'un ou deux litres de liquide dans la cavité péritonéale.

Si au contraire la quantité de liquide épanché est considérable, si la dyspnée est très prononcée, le sommeil aboli, l'appétit disparu, il faut intervenir sans hésitation; l'évacuation du liquide une fois faite, la respiration redevient libre, les phénomènes de stase périphérique se dissipent, les urines claires et enfin abondantes donnent l'illusion d'une véritable crise urinaire, la sensation de bien-être accusée par le malade justifie l'emploi de ce moyen thérapeutique. Celui-ci permet en outre au médecin d'explorer les organes abdominaux, de rectifier souvent un diagnostic que la distension de l'abdomen rendait difficile, et peut s'opposer à l'apparition de quelques accidents mécaniques, tels que l'étranglement herniaire dans un anneau ombilical distendu, ou tout au moins les retarder. Mais tous ces avantages sont en général temporaires; les inconvénients et les accidents qui peuvent résulter de l'évacuation du liquide sont tellement nombreux que ce sont eux, bien plus que les avantages, qu'il faut avoir présents à l'esprit lorsqu'on se trouve en face d'un malade atteint d'ascite et que la question de la ponction se pose.

Nous nous arrêterons peu sur les accidents locaux causés par cette opération elle-même : accidents immédiats dus au traumatisme d'un vaisseau ou d'un organe important et faciles à éviter en général, si l'on explore attentivement la région au niveau de laquelle le trocart va être enfoncé; accidents secondaires, presque toujours de nature infectieuse et de jour en jour moins fréquents, à mesure que l'antisepsie est pratiquée plus rigoureusement : angioleucites, érysipèles pâles, comme