

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

on les observe souvent sur les membres œdématisés, péritonites, qui enlèvent le malade en quelques jours sans réaction inflammatoire, sans fièvre, au milieu d'accidents de collapsus, comme le fait se produit lorsque le péritoine est malade depuis longtemps.

Le vrai danger de la ponction, c'est la *spoliation albumineuse* qui en est la conséquence. Par ces mots, il faut entendre, non pas le trouble apporté à la nutrition par l'évacuation des substances albumineuses contenues dans le liquide ascitique qu'on vient [de retirer, mais bien la transsudation dans la cavité péritonéale d'une nouvelle quantité de sérum sanguin destinée à remplacer celui qui a été évacué. En d'autres termes, le liquide ascitique, en se reproduisant, enlève au sang une grande partie de ses éléments essentiels, d'où l'affaiblissement rapide du malade dans les jours qui suivent la ponction.

Cette tendance à la cachexie est proportionnelle, d'une part à la rapidité avec laquelle le liquide se reproduit, d'autre part à la difficulté qu'éprouve le malade à s'alimenter. Il est à remarquer en outre que cette reproduction est d'autant plus rapide que l'évacuation a été plus complète, car alors la contre-pression exercée sur les vaisseaux portes par le liquide épanché n'existe plus, et le sang afflue dans les canaux redevenus ainsi facilement dilatables. Aussi certains auteurs, frappés de la rapidité de cette reproduction de liquide, ont-ils proposé de faire des *ponctions partielles*, c'est-à-dire de ne retirer qu'une petite quantité de liquide à la fois, quitte à multiplier le nombre des ponctions si le besoin s'en fait sentir.

En résumé, si le liquide évacué par une première ponction se reproduit rapidement, il faut attendre le plus possible, avant de lui donner une seconde fois issue, et ne pas céder aux premières sollicitations du malade. A plus forte raison devrait-on se garder de « laisser couler le liquide » à la suite d'une première ponction. Cet écoulement facilite la transsudation d'une nouvelle quantité de sérum sanguin : loin d'améliorer l'état du malade, il ne fait que l'épuiser et l'expose à tous les

dangers d'une infection ascendante par l'orifice d'entrée du trocart.

Si, au contraire, le liquide se reproduit *lentement*, si l'état général est bon, il peut y avoir intérêt pour le malade à répéter les ponctions sans attendre une distension abdominale extrême. Tous les médecins en effet ont suivi des ascitiques qui, dans l'espace de plusieurs années, ont subi quinze, vingt, trente ponctions et plus, et chez lesquels il arrive un moment où le liquide, après s'être reproduit de plus en plus lentement, cesse, un beau jour, de transsuder. Ce sont surtout les sujets atteints de cirrhose hépatique à gros foie, de foie cardiaque, de lésions péritonéales chroniques, tuberculeuses ou non, chez lesquels l'ascite présente parfois cette marche ; à un embonpoint *apparent* considérable fait alors souvent place une maigreur squelettique, et la paroi abdominale, concave, semble faire corps avec les organes sous-jacents.

Est-ce à dire que les ponctions répétées aient favorisé la non-reproduction du liquide et par suite puissent être considérées comme un agent curateur de l'ascite ?

La question est difficile à résoudre, et cependant il est certain que la présence d'un liquide dans une cavité séreuse, enflammée ou non au préalable, y détermine à la longue ou y entretient un certain degré d'irritation qui conduit à l'épaississement de la trame conjonctive de cette membrane. La circulation étant d'autant moins active dans les tissus cicatriciels que ceux-ci sont plus denses, il semble qu'il y ait tout intérêt à éviter au malade cette cause d'irritation en évacuant de temps à autre le liquide épanché. D'une façon indirecte, la ponction peut donc être un agent curateur de l'ascite.

2° Le résultat favorable peut-il être obtenu plus rapidement encore en *injectant* à la suite de chaque ponction une substance liquide dans la cavité péritonéale ? Il n'y a pas bien longtemps encore que les *injections de teinture d'iode* comptèrent d'aussi chauds partisans que d'adversaires résolus ; les mémoires de la Société de Chirurgie, ceux de la Société

médicale des Hôpitaux se sont faits l'écho des discussions qui eurent lieu à ce sujet. Il est certain que des succès indéniables ont été obtenus par cette méthode, mais non pas dans tous les cas d'ascite indistinctement. Ce sont surtout les péritonites chroniques à forme ascitique que l'on guérit ainsi et plus particulièrement les péritonites infectieuses, dont le type est représenté par la péritonite tuberculeuse; au contraire les péritonites toxiques, telles que celles des alcooliques, des brightiques, semblent peu influencées par cette méthode ou par les méthodes similaires.

Aujourd'hui en effet, les injections de teinture d'iode sont à peu près abandonnées, et beaucoup plus fréquemment on a recours aux injections intra-péritonéales d'une petite quantité d'une substance antiseptique telle que le *sublimé*, le *naphтол camphré*, le *lysol*, etc. Il suffit parfois de l'injection de quelques gouttes d'une solution antiseptique préparée à l'aide de ces substances pour observer la résorption graduelle du liquide épanché et voir la guérison survenir au bout de peu de semaines. Avant de pratiquer ces injections intra-péritonéales il est bon de s'assurer de l'état de perméabilité du rein et de l'intégrité physiologique du foie. Les urines sont-elles albumineuses, il y aura avantage à ne pas en faire usage. De même si l'ascite tient à une affection hépatique, nous ne saurions trop conseiller de s'abstenir de l'emploi des injections antiseptiques, et en particulier de celles de *naphтол camphré*. Dans un cas publié à la *Société médicale des hôpitaux de Paris*, la mort semble avoir été hâtée par une injections de cette nature; cette injection avait été pratiquée cependant à très faible dose et avec toutes les précautions d'usage.

3° Beaucoup moins compréhensible est le mode d'action de la *laparotomie* dite *exploratrice* sur certaines ascites tuberculeuses. Les cas de disparition du liquide par ce procédé ne se comptent plus aujourd'hui, et la preuve qu'il s'agit bien d'une guérison véritable, c'est que dans plusieurs cas on a eu l'occasion, à propos d'un étranglement herniaire ou d'une occlusion intestinale, d'ouvrir l'abdomen une seconde fois sans

trouver trace de granulations tuberculeuses, alors qu'à la première laparotomie elles existaient en grand nombre sur toute la séreuse péritonéale.

La disparition de l'ascite consécutivement à la laparotomie se produisant aussi bien lorsqu'on se contente d'évacuer le liquide péritonéal sans faire ce que les chirurgiens appellent « la toilette du péritoine » que lorsqu'on lave de fond en comble la séreuse abdominale à l'aide d'une solution antiseptique ou même aseptique, on a été conduit à se demander si ce n'était pas le contact simple de l'air avec la séreuse enflammée qui, par un mécanisme encore inconnu, serait l'agent curateur de la lésion péritonéale. Ce qui semble donner raison à cette opinion, c'est que Folet¹ a eu l'idée d'*injecter dans le péritoine plusieurs litres d'air* après avoir, au préalable, évacué par la ponction le liquide ascitique; grâce à ce procédé, il aurait obtenu dans plusieurs cas la disparition du liquide épanché.

IV

Cas particuliers.

1° Dans certains cas cependant, il y a contre-indication à pratiquer des ponctions répétées, alors même que le liquide se reproduit lentement, témoin ceux dans lesquels le liquide présente une coloration rouge due au sang extravasé. Quelle que soit d'ailleurs la cause première de l'*ascite hémorragique*, il est clair que toute spoliation sanguine sera une cause d'affaiblissement rapide pour le malade, qu'il s'agisse d'une de ces pachypéritonites chroniques, comme on en a publié des exemples chez les alcooliques, ou d'une carcinose péritonéale primitive ou consécutive à quelque cancer de voisinage.

2° Bien que la pathogénie de l'*ascite chyleuse* ne soit pas

1. FOLET. — *Acad. de Méd.*, 27 nov. 1894.