

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.

encore établie d'une façon définitive, il semble que, dans certains cas tout au moins, elle résulte de la transformation grasseuse des leucocytes et des éléments embryonnaires contenus dans le liquide ascitique. Elle se montrerait donc chez les malades atteints de péritonite chronique, et nous avons vu que c'était précisément dans ces conditions que l'ascite avait tendance à la guérison. Les ponctions répétées trouvent donc leur indication dans ces cas, si la reproduction du liquide ne se fait pas rapidement après la première ponction. Mais alors même que l'épanchement disparaît, le malade n'en reste pas moins atteint de lésions péritonéales profondes, qui l'exposent à tous les dangers de l'occlusion intestinale par brides péritonéales.

3° La *grossesse* n'est pas davantage une contre-indication à la paracentèse abdominale. Il est rare toutefois que l'ascite soit très considérable et qu'il soit indispensable d'intervenir avant la fin de la grossesse.

4° L'ascite qui accompagne parfois les *tumeurs abdominales* peut également être évacuée sans inconvénient, mais aussi sans grand avantage; lorsque celle-ci apparaît chez un malade porteur d'un néoplasme abdominal, on peut presque à coup sûr en effet affirmer sa nature cancéreuse; car les tumeurs bénignes ne s'accompagnent pas en général d'épanchement abdominal. La ponction, dans ces conditions, ne pourra donc être qu'un moyen palliatif, mais sûrement pas un procédé curatif de l'ascite.

TABLE DES MATIÈRES

TRAITEMENT DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE PREMIER

Traitement de la dyspepsie et des diarrhées chez les enfants,
par V. HUTINEL.

	Pages.
I. <i>Division du sujet</i>	1
II. <i>Dyspepsies gastro-intestinales</i>	3
A. Considérations générales, p. 3.	
B. Traitement, p. 7.	
III. <i>Gastro-entérites aiguës</i>	11
A. Considérations générales, p. 11.	
B. Traitement, p. 13.	
IV. <i>Choléra infantile</i>	23
A. Considérations générales, p. 23.	
B. Traitement, p. 26.	
V. <i>Entérites folliculaires. — Entérites muqueuses</i>	29
A. Considérations générales, p. 29.	
B. Traitement, p. 35.	
VI. <i>Diarrhées chroniques</i>	39
A. Considérations générales, p. 39.	
B. Traitement, p. 40.	
1° Diarrhées persistantes des enfants nourris au sein, p. 40. —	
2° Diarrhées persistantes des enfants nourris au biberon, p. 42. —	
3° Diarrhées chroniques chez les enfants sevrés, p. 45. — 4° Diarrhées chroniques des enfants déjà grands, p. 48.	