

PROGRES DES SCIENCES MÉDICALES

Des accidents de la paracentèse abdominale

Au cours de cirrhoses biveineuses, en général, et de la cirrhose de Laënnec, en particulier, le praticien doit recourir fréquemment à la paracentèse. Cette opération facile et que l'on doit pratiquer à de nombreuses reprises chez certains malades, n'est pas exempte de dangers: des complications sont possibles, la mort peut en être la conséquence. M. Maurice Perrin ("Presse Médicale, 23 septembre 1908") fait une étude des complications de cette intervention.

Au premier rang de ces accidents vient l'anémie séreuse. Les malades sont épuisés par des ponctions répétées, ils se cachectisent rapidement; les téguments se dessèchent. L'aspect du cirrhotique devient alors caractéristique. Il peut être frappé "d'hypohépatie" ou insuffisance hépatique, et il meurt en quelques jours dans un état comateux.

"L'ictère grave ou aggravé" peut apparaître quelques jours après une paracentèse et évoluer avec rapidité. La progression de la torpeur cérébrale, la sécheresse des téguments, l'aspect fendillé de la langue, le subictère des conjonctives, l'apparition d'hémorragies gingivales ou cutanées; tels sont les symptômes qui se montrent, se développent et aboutissent au coma terminal.

Boëlin et Lian ont apporté des observations dans lesquelles "l'artère épigastrique ou sous-cutanée abdominale" se trouvait perforée par le trocart. Le sang s'épanche dans le péritoine, sans donner lieu à d'autres symptômes que ceux d'une anémie considérable et rapide. Rarement il s'agit d'hémorragies des veines de la paroi; celles-ci sont plus facilement évitées à cause de leur transparence sous la peau. Ce sont des accidents exceptionnels, que le Dr Quénu évite en ponctionnant sur la ligne médiane, au-dessus de l'ombilic et au-dessous du pubis.

"Les hémorragies du tube digestif," hématomés avec méloena, surviennent parfois après la ponction. On est en droit d'incriminer, suivant les cas, un ictère grave ou simplement une décompression trop brutale du système veineux abdominal. Pour éviter de semblables accidents, le régime sera institué aussi sévère qu'il est possible, et l'évacuation de l'ascite sera faite lentement, au petit trocart, et suivie d'un bandage fortement serré.

M. Perrin insiste plus longuement sur la "dilatation cardiaque "a vacuo." Il a observé plusieurs malades chez lesquels l'évacuation de l'ascite entraîne une hypotension avec tachycardie et amollissement des contractions cardiaques. L'autopsie fait retrouver un cœur mou et décoloré. Le mécanisme de cette dilatation est simple à concevoir, l'évacuation abdominale entraîne un abaissement du diaphragme, d'où augmentation de volume de la cage thoracique et dilatation consécutive du

cœur. Nous croyons que l'auteur ne fait pas jouer un rôle assez important à l'état antérieur du myocarde. Un cœur ne se dilate pas aussi facilement, la preuve en est fournie par la rareté de cet accident chez les cirrhotiques ponctionnés. Ces malades qui évoluent si facilement vers la dilatation cardiaque, ne sont-ils pas des cardiaques musculaires auparavant? N'ont-ils pas un muscle cardiaque déjà lésé par l'intoxication alcoolique ou cirrhotique? Alors, la ponction ne serait qu'une cause de second ordre, ce serait le dernier assaut sur ce muscle malade. Nous en fournissons une preuve clinique: le collapsus avec cœur mou et tachycardie est un accident fréquent à la terminaison des cirrhoses avec grande insuffisance hépatique. Ces accidents apparaissent en dehors de toute ponction; ce ne sont pas des accidents de la ponction, mais de l'intoxication cirrhotique. Les tonocardiaques restent presque toujours sans effet, quand on les emploie tardivement; il vaut mieux les prescrire avant la ponction.

Ces accidents sont heureusement exceptionnels. On les évite en ne ponctionnant pas les cirrhotiques trop déprimés et dont la langue est sèche, en pratiquant la ponction dans la position horizontale, à l'aide d'un fin trocart, à l'union du tiers moyen et du tiers externe de la ligne ombilico-iliaque, en appliquant un bandage de corps serré, en donnant un tonicardiaque. Prévenir cependant l'entourage de la possibilité d'accidents ultérieurs.

(In Journal des Praticiens)

Traitement du rhumatisme chronique par l'extrait de glande thyroïde

Bien des théories ont été mises en avant pour expliquer le rhumatisme chronique; l'action du froid humide, l'infection tuberculeuse, une altération du système nerveux ont été invoqués avec plus ou moins de raison. Plus récemment, on a pu incriminer une origine thyroïdienne.

M. le Dr Pierre Ménard vient de publier, au sujet de cette dernière théorie, qui paraît devoir être admise au moins pour certains cas, un travail plein d'intérêt.

La première mention qui ait été faite de cette origine possible a été indiquée en 1894 par M. Sergent au sujet d'une observation relative à un cas de psoriasis compliqué de rhumatisme déformant, avec oedème dur de la peau, aspect myxoedémateux, puis tachycardie, troubles intellectuels, etc., et dans lequel, à l'autopsie, on trouva le corps thyroïde profondément altéré.

Les observations relatant la coexistence du myxoedème et du rhumatisme chronique sont rares. Par contre celles où l'on voit chez des rhumatisants chroniques des signes d'insuffisance thyroïdienne sont très fréquentes.