

qui simulerait le mieux les caractères présentés par la distension de la vessie mais toutes les fois que, d'après les circonstances, il existe quelque doute pour savoir si l'augmentation de volume est dû à la vessie, on peut le lever en introduisant un long cathéter prostatique et en l'enfonçant le plus loin possible. Avec un cathéter ordinaire, on n'obtiendrait que quelques onces d'urine, ce qui n'influencerait pas la tumeur, car comme l'a montré Deschamps il y a longtemps (1), dans ces cas, la vessie se recourbe sur elle-même, de façon que la plus grande partie de ce viscère se trouve séparée du col, qui est également assez distendu pour contenir quelques onces d'urine.

#### V. — Utérus gravide.

Bien que, depuis la reine Marie, il y ait eu des cas nombreux et célèbres d'hydropisie abdominale prise pour une grossesse et réciproquement, ce serait aujourd'hui une erreur inexcusable de la part d'un médecin de prendre un développement de l'utérus, accompagné de tous les symptômes constitutionnels et des signes locaux de la grossesse, pour une hydropisie du péritoine (2).

#### Causes de l'ascite.

Quand vous avez constaté qu'il y a réellement du liquide dans le péritoine, il s'agit ensuite de déterminer quelle en est la source ou la cause.

L'ascite peut être produite par :

- I. une péritonite aiguë;
- II. une péritonite tuberculeuse;
- III. une péritonite chronique;
- IV. un cancer du péritoine;
- V. une tumeur colloïde du péritoine;
- VI. une hydropisie simple.

I. La péritonite aiguë se distinguera par :

- 1° Sa marche rapide.
- 2° Les symptômes d'inflammation abdominale — fièvre, pouls petit, traits tirés, sueurs visqueuses et grande tendance au collapsus, vomisse-

(1) *Traité de l'opération de la taille*, t. I, p. 224. C'est là une source d'erreur sur le diagnostic de laquelle insistait fortement Syme, il y a trente ans, dans ses *Leçons cliniques*.

(2) Il ne faut pas oublier cependant que l'ascite peut se présenter concurremment avec une grossesse, et par le fait même de celle-ci, en dehors de toute lésion organique. Dans ces cas, l'ascite paraît due à une augmentation de volume trop rapide de l'utérus, qui a pour conséquence une gêne de la circulation abdominale. C'est d'ailleurs surtout dans des cas de grossesse gémellaire qu'on a constaté cette forme d'ascite, qui peut n'être pas sans influence fâcheuse sur le développement du fœtus et la marche naturelle de l'accouchement. (N. D. T.)

ments, douleur aiguë et sensibilité de l'abdomen, respiration thoracique et jambes fléchies.

3° La quantité de liquide épanché dans le péritoine est ordinairement petite et est souvent insuffisante pour produire une sensation nette de frémissement ou de fluctuation.

II. Dans la péritonite tuberculeuse, il y a tendance à la formation d'adhérences solides des viscères abdominaux l'un avec l'autre et entre eux et la paroi abdominale, sans accumulation de liquide. L'abdomen, dans ces cas, est ordinairement rétracté. Il se forme parfois entre des anses intestinales adjacentes des collections circonscrites de liquide (par ulcérations tuberculeuses de la muqueuse se terminant par perforation ou par simple ramollissement de la matière tuberculeuse); ces collections liquides peuvent prendre un volume assez grand pour déterminer une voussure à la paroi abdominale. Dans d'autres cas, le liquide se réunit en quantité considérable dans la cavité péritonéale comme le résultat d'une légère péritonite tuberculeuse, probablement liée à des dépôts tuberculeux dans les ganglions lymphatiques portes qui compriment la veine porte (v. obs. CLVI). J'ai rencontré au moins deux cas de ce genre, dans lesquels il y a eu en même temps une collection de liquide dans une des deux plèvres, et Leudet a observé des cas semblables (1). Ce qu'il y a également de remarquable à propos de ces cas, c'est que le liquide est souvent résorbé, surtout chez les enfants, et le malade guérit. Il n'est pas rare de voir le liquide devenir purulent dans la péritonite tuberculeuse, et parfois il s'ouvre une issue par l'ombilic, et plus d'une fois j'ai vu le malade guérir après cette évacuation. On a rapporté un cas remarquable dans lequel une péritonite tuberculeuse fut prise pour une maladie de l'ovaire : après avoir retiré par la ponction neuf litres de liquide, M. Spencer Wells ouvrit le péritoine et le trouva parsemé de myriades de tubercules; quant aux intestins, ils étaient agglomérés ensemble et fixés en bas vers la partie postérieure et supérieure de l'abdomen. La cavité fut vidée et la plaie guérit. Après une vive attaque de péritonite, la malade se rétablit; au bout de quatre ans elle se maria, et six ans plus tard elle était forte et bien portante (2).

Les symptômes de la péritonite tuberculeuse sont souvent obscurs, mais on peut la reconnaître généralement aux caractères suivants :

- 1° Fièvre hectique, avec émaciation et sueurs nocturnes.
- 2° Concomitance de signes de tubercules dans d'autres parties du corps.
- 3° Diarrhée assez commune.
- 4° Dans quelques cas, douleur et sensibilité à l'abdomen, mais peu aiguës.

(1) *Clinique de l'Hôtel-Dieu de Rouen*, Paris, 1874, p. 506.

(2) Hilton Fagge, *Guy's Hospit. Rep.*, 1875, t. XX.

5° On peut sentir parfois des masses dures d'épiploon induré.

III. La *péritonite chronique* indépendante soit du tubercule, soit du cancer, n'est pas très-rare. Sa pathogénie n'a pas encore été étudiée d'une façon assez satisfaisante. Parfois l'inflammation semble partir d'un des viscères sous-jacents; d'autres fois le malade a une constitution détériorée, très-souvent il est atteint de la maladie de Bright. Dans ces cas les intestins s'agglomèrent ensemble et se fixent à la colonne, et le liquide s'accumule en quantité considérable entre eux et la paroi abdominale (voyez obs. CLII). Ces cas se distinguent de la façon suivante :

1° L'augmentation de volume de l'abdomen est symétrique et rarement considérable.

2° Il y a une fluctuation distincte, mais nulle part un son tympanique à la percussion, sauf peut-être à l'épigastre.

3° Dans la plupart des cas il y a un peu de fièvre, avec douleur et sensibilité de l'abdomen et respiration thoracique, en fait les symptômes d'une péritonite aiguë modifiée dans sa forme. Parfois, au début, les symptômes sont ceux d'une péritonite aiguë.

4° Le diagnostic peut être aidé par l'absence des autres causes d'ascite, telles qu'affection cardiaque, hépatique ou rénale.

Il y a certains cas qui paraissent servir de trait d'union entre l'inflammation et l'hydropisie du péritoine, où le mal débute par des symptômes d'inflammation subaiguë pour affecter ensuite surtout les caractères de l'hydropisie. Ces cas sont surtout communs chez les enfants et les femmes, et chez ces dernières les accidents sont souvent liés à quelque état inflammatoire des organes pelviens ou à une fuite d'un kyste de l'ovaire. Dans ces cas, l'épanchement ascitique peut disparaître rapidement par l'effet du traitement. J'ai rencontré des personnes d'âge qui, étant enfants, avaient eu des accidents de ce genre, et à qui l'on avait retiré par la paracentèse une grande quantité de liquide : la guérison avait été complète et permanente. Il se peut que le processus inflammatoire détermine tout d'abord l'obstruction de certaines des veines mésentériques, ce qui a pour résultat de produire un épanchement qui disparaît quand l'obstacle qui comprimait la veine est levé, ou quand la circulation se trouve suffisamment rétablie par le développement des collatérales. C'est probablement à cette classe qu'appartiennent les cas décrits par sir Thomas Watson sous le nom d'*ascite active*, où du liquide s'épanche rapidement dans le péritoine sous l'influence d'une exposition au froid ou à l'humidité, sans fièvre ni aucun signe d'inflammation et en dehors de toute lésion hépatique, cardiaque ou rénale, et il y est résorbé au bout de peu de temps (1). Le professeur Leudet (de Rouen) a également publié

(1) *Op. cit.*, 5<sup>e</sup> ed., t. II, p. 439. — Je crois qu'il ne faut admettre les hydropisies péritonéales *a frigore* qu'avec la plus grande réserve, et que, dans la plupart des cas

dans ces dernières années un certain nombre d'observations intéressantes montrant la curabilité de l'ascite résultant d'une inflammation subaiguë du péritoine (1). L'observation CLVIII paraît être un exemple de cette forme d'hydropisie.

IV. **Cancer du péritoine.** — Il est assez rare que le péritoine soit envahi par le cancer, mais on rencontre de temps en temps des cas où le cancer débute dans le péritoine et y reste limité jusqu'à la mort. Ce que ces cas présentent de particulier, c'est qu'il y a toujours plus ou moins de douleur, avec épanchement d'une quantité ordinairement considérable de liquide dans la cavité péritonéale, au point de nécessiter souvent la paracentèse pour prévenir l'asphyxie, et présentant sous ce rapport un contraste frappant avec la péritonite tuberculeuse. Vous devrez toujours penser à un cancer du péritoine quand vous constaterez chez des personnes âgées un épanchement dans l'abdomen accompagné de douleur dans la même région. J'ai observé six cas de ce genre, et vous remarquerez que dans deux de ces six cas les malades avaient moins de quarante ans. Je vous rapporterai en détail trois de ces cas, l'un ayant trait à une femme de cinquante et un ans, l'autre à une femme de trente-huit ans et l'autre à une femme de quarante-huit ans (obs. CLIII à CLV). Dans le quatrième, il s'agissait d'une femme rachitique âgée de soixante-dix-huit ans, qui mourut à l'hôpital Middlesex le 10 octobre 1860, dont l'abdomen était considérablement distendu par nombre de litres d'un liquide floconneux, et dont les intestins étaient parsemés sur leur face péritonéale de nombreux petits nodules de cancer du volume de pois cassés. Trois mois avant la mort, elle fut prise de vomissements et de douleur dans l'abdomen, avec émaciation, et six semaines plus tard d'ascite qui augmenta rapidement jusqu'à la mort. Le cinquième avait pour sujet un homme de trente-neuf ans qui mourut le 19 février 1861 à l'hôpital Middlesex et chez lequel je constatai à l'autopsie exactement les mêmes lésions que dans le quatrième cas. Sa maladie avait débuté, deux mois et demi avant sa mort, par de la sensibilité et de la douleur à l'abdomen suivies d'ascite augmentant rapidement. Dans le sixième, il s'agissait d'un batelier âgé de cinquante-quatre ans, qui fut pendant quelques

d'ascite rapportés exclusivement à cette cause, on trouverait très-probablement une condition pathogénique plus exacte, en présence de laquelle le froid ne serait plus qu'une circonstance purement occasionnelle. Telle est d'ailleurs l'opinion de E. Besnier (*Dictionn. encyclop. des sciences méd.*, t. VI, art. ASCITE), qui cite le cas très-curieux, rapporté par Graves, d'un homme de *force athlétique* qui, après avoir travaillé plusieurs jours ayant de l'eau jusqu'aux genoux, fut pris de fièvre, de violentes douleurs abdominales et d'ascite, sans albuminurie. C'était bien le cas d'admettre une hydropisie péritonéale *a frigore* : mais l'autopsie montra que les reins étaient volumineux et le foie petit, déformé et criblé de petites masses globuleuses solides, en un mot, un foie squirrheux.

(N. d. T.)

(1) *Op. cit.*, p. 516.

semaines de l'automne de 1863 dans mon service de l'hôpital Middlesex, et dont la maladie commença, trois mois avant la mort, par une lésion à l'abdomen, et dans le péritoine duquel on trouva aussi une accumulation considérable d'un liquide trouble et floconneux, avec des nodules de cancer médullaire répandus sur la surface péritonéale des différents viscéres.

Voici les caractères qui vous permettront de reconnaître ces cas :

1° Vous constaterez les phénomènes de la cachexie cancéreuse et peut-être des antécédents d'hérédité cancéreuse.

2° Accumulation d'une grande quantité de liquide dans le péritoine, en dehors de toute affection hépatique, cardiaque ou rénale.

3° Plus ou moins de fièvre, avec émaciation très-prononcée, vomissements, constipation, douleur intense et sensibilité à l'abdomen, se rapprochant de celles qui se produisent dans la péritonite aiguë. Ils diffèrent cependant de cette dernière par l'étendue de l'épanchement : dans la péritonite aiguë ordinaire, la tendance au collapsus est plus marquée, et la marche de la maladie est plus rapide.

4° Il n'est pas rare que des nodules de cancer soient assez volumineux pour être perçus à travers les parois abdominales; mais le diagnostic sera facilité quelquefois par la constatation d'une masse d'épiploon épaissi dans la région ombilicale.

V. La *dégénérescence colloïde* détermine une augmentation considérable du volume de l'abdomen sans épanchement péritonéal. Vous trouverez deux cas de ce genre rapportés dans les *Pathological Transactions* (t. IX, p. 207, et t. XIII, p. 90) par le docteur Vanderbyl et le docteur O'Connor. Tout récemment, vous avez pu observer un cas semblable chez Emma Barrett, âgée de 32 ans, admise à l'hôpital Saint-Thomas le 10 juillet 1875 et morte le 5 septembre suivant. On peut souvent reconnaître ces cas à cette circonstance que l'abdomen se trouve distendu par une masse solide, nodulée, qui agglutine ensemble tous les organes, donnant de la matité partout en avant, mais laissant un espace clair dans les deux flancs. Mais dans quelques cas la tumeur colloïde, de même que le cancer ordinaire, amène une accumulation considérable de liquide dans le péritoine, soit en déterminant une péritonite, ou par la rupture de quelques kystes colloïdes et l'issue de leur contenu, et on a été obligé de recourir à la paracentèse pour rendre la respiration plus libre (obs. CLXIV). Les symptômes, dans ces cas, ressemblent beaucoup à ceux du cancer primitif du péritoine (obs. CLXIII). La douleur et la sensibilité de l'abdomen précèdent souvent les signes d'épanchement pendant plusieurs semaines et les accompagnent toujours; dans la plupart des cas il y a un certain degré de fièvre et des vomissements; mais la tuméfaction est beaucoup plus considérable que dans la périto-

nite aiguë ordinaire. Dès le début il y a une émaciation rapide, et le cas se termine ordinairement par la mort dans les six mois à partir du début des symptômes. De même que le cancer, on rencontre cette affection chez les gens d'âge moyen ou avancé : sur les neuf cas rapportés dans les *Pathological Transactions*, l'âge a varié entre 37 et 75 ans. Mais la dégénérescence colloïde diffère du cancer du péritoine sous les rapports suivants :

1° Même quand l'abdomen est très-gros, la fluctuation y est souvent très-obscur.

2° Le liquide obtenu par la ponction est gélatineux et quelquefois tellement visqueux qu'il ne peut s'écouler par la canule (1). D'autres fois il est ténu, mais trouble, et contient du sang et des cellules de matière colloïde.

3° On peut sentir parfois à travers les parois abdominales des masses irrégulières ou des tumeurs distinctes.

4° Le malade rend parfois par l'anus un liquide gélatineux ou filant, pareil à du blanc d'œuf (2).

VI. *Hydropisie simple du péritoine*. — Si l'on élimine les causes d'épanchement péritonéal que je viens de passer en revue, il reste pour expliquer sa présence que l'hydropisie simple, dont voici les caractères :

1° Il y a d'abord les signes d'épanchement péritonéal déjà mentionnés (v. p. 440).

2° Absence de douleur et de sensibilité persistantes à l'abdomen, et ordinairement aussi d'appareil fébrile.

L'hydropisie simple du péritoine peut avoir une triple origine. Elle peut être due à :

1° Une maladie des reins;

2° Une maladie des organes thoraciques;

3° Une maladie du foie ou de la veine porte.

Quelques auteurs ont décrit une forme d'ascite qu'ils ont désignée sous le nom d'*idiopathique*, pour indiquer qu'elle est indépendante de toute lésion organique, soit de l'abdomen, soit de toute autre partie du corps. Comme ces cas se terminent ordinairement par la guérison, il peut être difficile d'établir leur pathogénie réelle; mais la plupart sont probablement d'origine ou tuberculeuse (v. p. 449), ou inflammatoire (p. 450).

(1) C'est ce qui est arrivé dans un cas du docteur Dickinson (*Pathol. Trans.*, t. XII, p. 92).

(2) Cela s'est présenté dans deux cas rapportés dans les *Pathological Transactions*, l'un par le docteur Quain (t. III, p. 319) et l'autre par le docteur O'Connor (t. XIII, p. 90).

## I. — Hydropisie du péritoine par affection rénale.

Les maladies des reins qui paraissent produire le plus sûrement l'hydropisie péritonéale sont :

a. La *néphrite aiguë*, consécutive à la scarlatine ou résultant d'un refroidissement, quand les reins sont hypertrophiés ou hyperémiés;

b. Le *gros rein blanc*, quand la substance corticale est pâle et hypertrophiée et les tubes urinifères gorgés d'épithélium granuleux et qui n'est souvent qu'une période avancée de la *néphrite aiguë*, mais qui peut aussi lui être étranger et résulter d'un processus inflammatoire chronique;

c. Le *rein graisseux*, où l'organe est également gros et pâle, mais où les éléments glandulaires sont remplis d'huile. La clinique et l'anatomie pathologique sont d'accord pour montrer que la dégénérescence graisseuse est probablement précédée d'ordinaire de la forme morbide dite *gros rein blanc*.

Chacune de ces trois maladies peut donner lieu à une ascite qui présente les caractères suivants :

1° Il y a une anasarque du tissu cellulaire sous-cutané, qui dès le début est *générale* et qu'on remarque souvent d'abord à la face.

2° Il y a presque toujours des signes manifestes de liquide dans les autres cavités séreuses — les plèvres et le péricarde, aussi bien que dans le péritoine.

3° L'urine est rare, trouble, nuageuse; il y a beaucoup d'albumine et parfois du sang. Au microscope, vous y trouverez ordinairement de l'épithélium rénal et des cylindres de tubes urinifères, de caractère variable suivant l'espèce de maladie rénale, cylindres épithéliaux, hématiques, hyalins, dans la *néphrite aiguë*, cylindres d'épithélium granuleux dans le *rein blanc* et cylindres graisseux dans le *rein gras*.

4° Le facies a une pâleur et un empatement qui sont presque pathognomoniques.

5° Il y a une disposition à l'urémie et à l'état typhoïde, indiquée par l'état de la langue, qui est sèche et brune, la fétidité de l'haleine, perte de la mémoire, agitation, délire, coma et convulsions.

Tous ces caractères cliniques, vous avez pu les constater dans le cas de James S., qui était dans mon service de *Middlesex Hospital* (obs. CLX).

Pour poser le diagnostic, il faut se rappeler que la plupart des affections rénales prédisposent à l'inflammation des séreuses et que les symptômes de péritonite peuvent ainsi coexister avec ceux de l'hydropisie rénale, et aussi que l'urine peut contenir de l'albumine, bien que l'ascite soit indépendante d'affection rénale (v. p. 290, 297).

Il y a deux formes d'affection rénale chronique qui sont rarement accompagnées d'hydropisie et encore plus rarement d'ascite. Dans le *rein contracté*, *granuleux* ou *goutteux*, il y a ordinairement peu ou pas d'hydropisie, à quelque période que ce soit de la maladie; d'autre part, dans le *rein cirieux* ou *amyloïde*, l'anasarque se manifeste rarement jusque peu de temps avant la terminaison fatale, et même alors elle est rarement excessive (v. p. 32). Ces deux affections rénales se distinguent en ce que la quantité d'urine est augmentée et qu'on n'y constate pas de cylindres de tubes urinifères; mais dans le *rein contracté*, la densité de ce liquide est très-faible et hors de toute proportion avec le degré de la dilution, l'albumine y est en très-petite quantité ou même manque complètement; il y a souvent dans ces cas des antécédents de goutte et une disposition marquée à l'urémie. Dans la dégénérescence cirieuse des reins, la densité de l'urine est aussi très-faible, mais elle est en rapport avec le degré de la dilution, il y a une forte proportion d'albumine et il y a peu de tendance aux symptômes urémiques; de plus, dans la plupart des cas, on constate les signes de dégénérescence cirieuse du foie et de la rate, une diarrhée qui épuise le malade, et il y a eu antérieurement un écoulement purulent prolongé.

## II. — Hydropisie du péritoine par affection thoracique.

L'ascite résulte souvent d'une entrave apportée à la circulation générale par les diverses affections de la poitrine, et surtout par les lésions valvulaires du cœur. Les lésions de la valvule mitrale et l'insuffisance tricuspide, qu'elle soit secondaire à une lésion mitrale ou à la bronchite chronique et l'emphysème, sont plus aptes à produire l'hydropisie et l'ascite que les lésions des valvules aortiques. Une tumeur comprimant la veine cave inférieure au-dessus de sa jonction avec la veine hépatique peut avoir le même résultat.

L'hydropisie péritonéale due à des affections qui entravent la circulation à travers le cœur ou les poumons, présente les caractères suivants :

1° Avant qu'il y ait la moindre ascite, il y a de l'anasarque qui débute par les pieds et monte graduellement, et même quand le ventre devient enflé, l'enflure des jambes est hors de proportion avec l'ascite.

2° Il y a eu de la dyspnée avant qu'aucune enflure ne paraisse à l'abdomen. Quand l'ascite est considérable, quelle qu'en soit la cause, il y a ordinairement plus ou moins de dyspnée par la pression du liquide qui entrave l'action du diaphragme et des muscles abdominaux. L'hydropisie d'origine thoracique présente cela de particulier que la dyspnée précède l'ascite et que son intensité est hors de proportion avec celle de l'hydropisie.

3° Les affections intrathoraciques qui causent l'hydropisie donnent

lieu en même temps à plus ou moins de lividité des lèvres, de la face et des extrémités.

4° Il y a les signes physiques et les symptômes d'une affection valvulaire du cœur, ou d'une ancienne maladie pulmonaire. Même quand le siège primitif de l'obstruction est dans le cœur, il y aura des signes manifestes de congestion ou d'œdème pulmonaire, ou de bronchite, ou d'apoplexie pulmonaire, etc.

5° Dans le cas de tumeur comprimant la veine cave inférieure, il y aura : *a*, les signes physiques de la tumeur; *b*, des indices de sa pression sur d'autres parties, telles que l'œsophage ou le poumon; *c*, un développement et une progression de l'anasarque plus rapides que dans les cas ordinaires d'obstruction cardiaque; et *d*, grand développement et flexuosité des veines superficielles de la poitrine et de l'abdomen.

### III. — Hydropisie péritonéale par lésion du foie ou de la veine porte.

L'ascite qui résulte d'obstacle apporté à la circulation dans le tronc de la veine porte ou dans ses branches intrahépatiques, est celui qui doit le plus particulièrement nous intéresser ici : aussi ne me bornerai-je pas à examiner les caractères de l'ascite par obstruction porte en général, mais aussi ceux qui appartiennent aux diverses causes de cette obstruction. Voyons tout d'abord quels sont les caractères distinctifs de l'ascite par obstruction porte en général.

1° L'hydropisie par obstruction porte non compliquée débute par l'abdomen. Les jambes ne sont envahies que consécutivement et par suite de la pression du liquide ascitique sur la veine cave inférieure. Il y a cependant des exceptions à cette règle. Des malades vous diront parfois qu'ils ont remarqué une légère enflure des jambes aussitôt que le ventre a commencé à grossir; mais il est à remarquer que dans ces cas, l'enflure des jambes est légère et hors de proportion avec celle de l'abdomen, et que quand le malade se met au lit elle diminue ou disparaît entièrement, tandis que l'ascite reste stationnaire ou augmente. Toutefois, les tumeurs du foie qui font saillie à sa surface, comme dans le cancer et la cirrhose, et qui compriment à la fois la veine porte et la veine cave inférieure dans le hile à la partie postérieure du foie, peuvent produire une hydropisie permanente des jambes en même temps que de l'abdomen. Enfin, il y a des cas d'induration chronique du foie avec obstruction porte qui sont consécutifs à des affections thoraciques qui entravent la circulation générale, et que j'ai signalés ailleurs (p. 284); dans de tels cas, l'ascite sera précédée d'hydropisie des jambes et on ne pourra guère découvrir l'obstruction porte ajoutée

à l'obstruction générale, à moins que l'hydropisie péritonéale ne soit très-prépondérante.

2° Il n'y a aucun signe d'hydropisie à la face, aux bras ou à la partie supérieure du tronc.

3° La dyspnée accompagne souvent l'enflure quand celle-ci est considérable, mais elle ne la précède pas, sauf dans la circonstance que j'ai déjà indiquée (p. 292).

4° Il n'y a pas d'albuminurie s'il n'y a pas d'affection rénale concomitante. Il y a cependant, sur ce point, une source d'erreur. L'ascite peut, par elle-même, quand elle est considérable, par suite de la pression du liquide sur les veines rénales, faire paraître de l'albumine dans l'urine, l'albuminurie cessant dès que la pression cesse sous l'influence de la paracentèse. Vous devez également vous rappeler que l'albuminurie ne pourra recevoir cette explication, à moins que l'ascite soit tellement considérable qu'elle détermine une tension énorme des parois abdominales. S'il y a en même temps bouffissure de la face, ou œdème des bras ou de la partie supérieure du tronc, ou la présence de cylindres granuleux ou gras dans l'urine, on ne pourra guère douter de l'existence d'une affection rénale indépendante.

5° Dans l'hydropisie d'origine hépatique, l'urine est ordinairement rare, fortement colorée et chargée d'urates et de matières pigmentaires. L'absence de ces signes serait un puissant argument contre le cancer ou la cirrhose du foie.

6° L'ascite est accompagnée par d'autres indices de l'obstruction porte, tels que l'augmentation de volume de la rate, le développement et la flexuosité des veines superficielles de l'abdomen, des hémorrhoides, une gastro-entérite et des hémorrhagies stomacales ou intestinales, dont je vous ai parlé dans une autre leçon (v. p. 288). Le développement des veines superficielles de l'abdomen est dû à la circulation collatérale établie par les plexus hémorrhoidaux entre les branches de la veine porte et celles de la veine cave inférieure, mais il est loin d'être un indice certain de l'existence d'une obstruction porte. On observe constamment la même apparence dans l'ascite par lésion cardiaque, et quelquefois quand l'ascite résulte de la pression d'une tumeur ou même d'un épanchement considérable sur la veine cave inférieure. Mais, dans ces cas, il y aura aussi en même temps un état variqueux des veines des jambes, bien que dans le cas de compression de la veine cave inférieure cet état puisse être en grande partie empêché par un grand développement de la veine azygos. Il ne faut pas oublier non plus que les veines épigastriques peuvent, sans être nullement plus grosses, être rendues plus visibles, quand l'ascite est considérable, par l'extension que prennent les parois abdominales et la résorption de la graisse sous-cutanée.