

propagera à toute la séreuse et donnera lieu à des accidents graves? Il y a quelques années, une jeune femme entra à l'hôpital des Cliniques; le professeur Nélaton croit à l'existence d'un *kyste de l'ovaire* et pratique une injection de teinture d'iode. Au bout de vingt-quatre heures la malade avait succombé; à l'autopsie, dont je fus témoin, on reconnut une péritonite générale; il n'existait pas de traces d'un kyste ovarien; l'hydropisie de l'abdomen était une *ascite*.

## ARTICLE IV.

## Hydropisie enkystée du péritoine.

Cette dénomination gagnerait à être remplacée par celle d'hydropisie enkystée *sous-péritonéale*, puisque la maladie a pour siège le tissu cellulaire sous-péritonéal, c'est-à-dire que le kyste se développe entre le péritoine et les muscles abdominaux.

**Anatomie pathologique.** Quand l'affection est arrivée à un degré avancé de développement, on trouve à l'autopsie des sujets qui ont succombé à une maladie intercurrente ou aux suites du mal lui-même, un kyste étendu parfois du cartilage xyphoïde au pubis, d'un hypocondre à l'autre. La poche est limitée en avant par la couche des muscles abdominaux très-amincis et par le tissu cellulaire subjacent, condensé en membrane plus ou moins épaisse; en arrière par le péritoine épaissi. Le kyste est tantôt uniloculaire, tantôt multiloculaire. Quelquefois il existe à la surface postérieure d'autres tumeurs plus ou moins volumineuses, d'un contenu variable. Dans tous les cas, la tumeur dans son ensemble, reste indépendante de la cavité péritonéale. Les viscères abdominaux sont refoulés, réduits à un petit volume; quelquefois enflammés, unis ensemble et à la paroi du kyste. Le liquide contenu dans ce dernier est variable, rarement séreux, le plus souvent trouble, visqueux, gélatineux, ou bien encore épais, brunâtre, sanguinolent, puriforme. Tantôt il est inodore, tantôt il répand une odeur fétide. La quantité de liquide est variable et peut aller jusqu'à 75 kilogrammes.

**Symptômes.** L'affection débute par une tumeur petite, circonscrite, élastique, sans changement de couleur de la peau, sur un point quelconque de l'abdomen. Les malades n'accusent qu'une douleur sourde ou une tension légère. La tumeur augmente lentement de volume et s'étend graduellement aux autres régions de l'abdomen qui finit par être envahi dans la plus grande partie ou la totalité, et prend alors la forme ronde que l'on rencontre dans l'ascite. L'ombilic est souvent tuméfié, protubérant. La fluctuation, d'abord obscure, devient de plus en plus sensible à mesure que la tumeur grossit. Pendant quelque temps, les malades ne ressentent pas d'autre incommodité que celle qui résulte du poids et du volume de la tumeur; l'état général reste satisfaisant. Certaines femmes accusent la sensation d'un corps qui remue dans le ventre comme pendant la grossesse. A une période plus avancée, quand la tumeur a pris un grand accroisse-

ment, la respiration est gênée, le ventre douloureux, les membres inférieurs infiltrés; les malades présentent tous les phénomènes de la cachexie.

**Causes.** L'hydropisie enkystée du péritoine est très-rare chez l'homme; on l'observe plus particulièrement sur les femmes de trente à cinquante ans. Les multipares en sont plus souvent affectées que les femmes n'ayant eu qu'un enfant ou les femmes stériles. Quelquefois la maladie se développe chez les jeunes filles.

**Marche. Terminaisons.** L'affection peut durer longtemps sans occasionner d'autres incommodités que celle qui résulte du poids et du volume de la tumeur. Lorsque celle-ci a acquis un grand développement, elle occasionne parfois des accidents dus à la compression exercée par la masse morbide sur les viscères de l'abdomen (dysurie, constipation, vomissements). On cite des cas dans lesquels l'affection a existé pendant dix, quinze, vingt, quarante ans, sans amener de troubles notables de la santé. Quelques femmes sont devenues enceintes et ont pu mener leur grossesse à terme. La plupart des sujets succombent à la longue par suffocation, par épuisement, à la suite d'une inflammation suivie de suppuration du kyste, ou bien encore consécutivement à l'ouverture de ce dernier dans le péritoine (Morgagni). Par contre il y a des faits rapportés par Degner, Chomel, Brehm, de guérison spontanée, par élimination du sac à la suite d'une inflammation aiguë du kyste qui s'ulcère.

**Diagnostic.** Lorsque l'hydropisie enkystée du péritoine a atteint de grandes proportions, on peut confondre la maladie avec l'ascite. Le tableau suivant fera ressortir les caractères différentiels de ces affections.

## HYDROPSIE ENKYSTÉE DU PÉRITOINE.

Développement très-lent.  
Tumeur proémine plus en dehors.  
Tumeur ne change que peu de configuration dans les diverses attitudes du sujet.  
Moins de dyspnée à volume égal.  
Appétit meilleur.  
Quantité d'urine rendue plus en proportion avec quantité de boissons ingérées.  
Œdème des jambes tardif.

## ASCITE.

Développement plus rapide.  
Tumeur proémine moins en dehors.  
Tumeur change de configuration dans les diverses attitudes du sujet.  
Plus de dyspnée à volume égal.  
Appétit troublé.  
Quantité d'urine rendue en disproportion avec quantité de boissons ingérées.  
Œdème des jambes plus prompt.

**Traitement.** Il est curatif ou palliatif.

**TRAITEMENT CURATIF.** Trois ordres de moyens ont été proposés: l'incision de la poche, l'application sur la tumeur de caustiques, la ponction du kyste avec séjour de la canule.

**Incision.** Celle-ci doit comprendre le tiers de l'étendue de la tumeur; elle est faite parallèlement à son grand diamètre. Le bistouri divise les enveloppes du kyste, couche par couche, en prenant garde d'intéresser des vaisseaux volumineux. Une fois le liquide écoulé, on introduit dans la poche une bandelette de linge qu'on y laisse séjourner, pour provoquer une inflammation du kyste. Des injections détersives sont pratiquées journellement dans le foyer; si le travail inflammatoire languit, on fait des

injections irritantes. Ce procédé est infidèle parce que souvent il arrive que quelque portion du kyste échappe à l'inflammation ; il n'est pas non plus sans danger, la phlegmasie pouvant se transmettre au péritoine.

*Caustiques.* On applique au centre de la tumeur un morceau de potasse caustique qu'on laisse séjourner douze à quinze heures. Si, après l'élimination de l'escarre, on s'aperçoit que le kyste n'est pas ouvert, on fait une nouvelle application de caustique. On se comporte ensuite comme après l'ouverture du kyste.

*Ponction et séjour de la canule dans le kyste.* On ponctionne le kyste ; après avoir retiré le trocart et laissé le liquide s'écouler au dehors, on maintient la canule dans la poche pendant quelques jours, ce qui a pour résultat d'enflammer le kyste. Il reste une fistule pendant plusieurs semaines après le retrait de la canule. Quelquefois les parois du kyste se rapprochent et la cavité se comble. Dans d'autres cas, l'agglutination est partielle, et il se forme une nouvelle tumeur qu'il faut traiter de la même façon que la première.

**TRAITEMENT PALLIATIF.** Lorsque le kyste est très-volumineux, multiloculaire, qu'il renferme un liquide épais, visqueux, il est préférable de s'en tenir à la simple ponction, qu'on renouvelle quand la tumeur s'est reproduite et a pris de nouveau un accroissement considérable.

#### ARTICLE V.

##### Étranglement interne.

On désigne sous ce nom les accidents produits par tout obstacle siégeant dans l'intérieur de la cavité abdominale et s'opposant au cours des matières intestinales. On appelle également cette affection *ileus, passio iliaca, miserere mei, vomitus stercoris, volvulus*.

**Anatomie pathologique.** Chez les sujets qui succombent en présentant les phénomènes qui accompagnent la rétention des matières dans l'intestin, on trouve des lésions diverses. Faisons abstraction des occlusions *congénitales* de l'anus et du rectum qui seront étudiées dans l'une des sections suivantes, pour ne nous attacher qu'aux occlusions *accidentelles*. Rappelons seulement que la circulation des matières peut être arrêtée par des corps étrangers ayant pénétré dans l'intestin ou s'y étant formés (voy. p. 394) ; que des tumeurs développées dans les organes avoisinants peuvent comprimer l'intestin et s'opposer au cours des matières. Mais il est rare que, dans ce cas, l'interruption soit complète.

Des dégénérescences *cancéreuses* des parois de l'intestin entraînent aussi la rétention des matières ; mais en dehors de cette transformation, il existe des cas de simple *hypertrophie* soit de la couche *musculaire*, soit de la couche *celluleuse* de l'intestin. De l'étude des pièces déposées dans le musée Hunterien de Londres, il est possible de conclure que l'hypertrophie *musculaire* se présente sous des formes diverses : (a) la tunique musculaire de l'intestin est hypertrophiée et forme une tumeur qui se porte

dans la cavité de l'intestin qu'elle rétrécit graduellement et finit par oblitérer. (b) La portion hypertrophiée des fibres musculaires est parfois disposée en forme de valvule. (c) La portion hypertrophiée de la tunique musculieuse peut entraîner par son poids la membrane muqueuse, d'où une invagination de l'intestin.

L'*invagination de l'intestin* peut se produire sans altération préalable des tuniques de l'organe ; elle consiste dans la pénétration d'une plus ou moins grande partie de l'intestin dans l'intérieur d'une autre portion du même organe. L'intussusception est généralement *descendante*, c'est-à-dire que c'est le bout supérieur qui pénètre dans l'inférieur. Bien plus rarement l'intussusception est *ascendante* ou *rétrograde*. Lorsqu'une portion de l'iléon pénètre dans la portion suivante, elle est en général arrêtée par la valvule iléo-cœcale ; il n'est pas impossible qu'elle franchisse cette valvule et que le cœcum s'invagine à son tour dans le côlon. Il y a donc deux espèces d'invaginations : l'invagination *simple* et l'invagination *complexe*. Dans le premier cas (invagination simple), si on fait à la tumeur une coupe transversale, perpendiculaire au grand axe, on rencontre, en procédant des parties superficielles vers les parties centrales, les couches suivantes : la séreuse de l'intestin invaginant, deux surfaces muqueuses en contact, puis deux surfaces séreuses en contact, enfin la membrane muqueuse de l'intestin invaginé. Dans le cas d'invagination *complexe*, l'intestin invaginatoire s'invagine à son tour dans une partie plus inférieure, on conçoit qu'il y a superposition de nouvelles parois. Les membranes des parties invaginées et invaginant présentent des traces d'inflammation souvent très-violentes ; elles sont épaissies, d'un rouge vif ou brunâtre, quelquefois de couleur noirâtre, très-faciles à déchirer, infiltrées d'un liquide sanieux ; parfois gangrenées. L'intestin invaginant est quelquefois tellement ramolli que les parois sont rompues par la partie invaginée. On trouve souvent des traces de péritonite autour de la partie affectée. Les membranes muqueuses adossées se recouvrent d'une couche plus ou moins épaisse de matière gélatineuse, pendant que les membranes séreuses adossées s'unissent par de fausses membranes. Si le sujet succombe, après élimination d'une partie de l'intestin, tantôt il y a rupture de cet organe et péritonite consécutive ; tantôt les parties se cicatrisent, mais il se forme un rétrécissement nodulaire qui devient un nouvel obstacle au cours des matières.

L'*étranglement* proprement dit, c'est-à-dire la constriction de la circonférence de l'intestin, se produit de diverses manières : (a) l'intestin s'engage dans un *diverticulum* de l'organe, sorte d'appendice que l'on rencontre chez certains sujets et qui représente une anse s'ouvrant par ses deux extrémités dans la cavité de l'intestin. C'est dans cette anse que l'intestin s'engage comme un navire sous un pont. Or si des matières s'accumulent en trop grande quantité en deçà de cette anse anormale, celle-ci finit par exercer une constriction sur les parois de l'intestin, d'où l'étranglement de ce dernier. Des faits de ce genre ont été rapportés par Rayer, Tinniswood, Bouvier, Michel Lévy, Regnault, A. Pasquier, Brigandat, J. Parise et par nous-même (*Union médicale*, 1849). Ce n'est pas seule-