

vers la partie médiane, là où se trouve le paquet de l'intestin grêle.]] Dans l'étranglement la marche des accidents est caractéristique. Dans les premiers temps, la coarctation n'étant pas absolue, les matières et les gaz peuvent s'échapper de temps en temps; il y a des *débâcles* de gaz et de liquides et cessation momentanée de la tympanite. Chomel considère ces alternatives de réplétion et d'évacuation de l'intestin comme caractéristiques de l'étranglement interne; mais il arrive un moment où la distension de l'intestin est permanente et où la mort par asphyxie en est la conséquence nécessaire. On doit profiter d'un de ces moments de déplétion pour rechercher s'il n'existe pas de tumeur qui puisse rendre compte de ces accumulations de matières.

On a publié (1) un cas très-intéressant de coarctation intestinale qui a présenté les caractères énumérés précédemment et qui se termina par un arrêt définitif des matières; on pratiqua la ponction de l'intestin et, après l'évacuation des gaz, au bout de quelques jours, on reconnut, dans le flanc droit, l'existence d'une tumeur qui avait intercepté le calibre de l'intestin.

VIII. — DE L'AUGMENTATION DU VOLUME DE L'ABDOMEN, PRODUITE PAR DES LIQUIDES. — ASCITE.

Le volume de l'abdomen augmente aussi par l'accumulation de liquides dans la cavité du péritoine ou dans divers organes. Nous n'étudierons ici que les cas de la première espèce, les autres rentrent naturellement dans l'étude des tumeurs.

L'épanchement de liquide dans la cavité péritonéale reçoit le nom d'*ascite* ou d'*hydropisie du péritoine*; on la reconnaît aux caractères suivants :

Description. L'ascite donne à l'abdomen une forme ovoïde, qui comprend toute l'étendue de cette région; il y a une symétrie parfaite dans tous les points; aucune région n'est plus élevée ni plus déprimée que les autres. Lorsqu'elle est considérable, la base de la poitrine est fortement dilatée et d'une façon égale des deux côtés.

(1) *Moniteur des hôpitaux*, 26 mai 1853.

Le ventre ne pointe jamais en avant, et la région épigastrique n'est pas déprimée.

L'ombilic forme quelquefois une petite tumeur saillante, plus ou moins conique, produite par de la sérosité qui a franchi l'anneau et distendu la cicatrice ombilicale; cette tumeur est fluctuante et transparente comme une hydrocèle.

La résistance à la pression est partout égale, elle offre de la souplesse, moins d'élasticité que la tympanite; dans les cas d'excessive distension, l'abdomen est d'une remarquable dureté.

La fluctuation est un caractère important de l'ascite : on doit la rechercher par différents procédés, suivant la quantité présumée du liquide. Si elle est abondante, on pratiquera la percussion *diamétrale*; on se placera pour cela à la droite du malade et l'on appliquera la main gauche à plat, et dans toute son étendue, sur le côté gauche de l'abdomen, tandis qu'avec la main droite on frappera de petits coups ou des chiquenaudes sur le flanc droit et plus ou moins près du pubis; on produira ainsi un *flot* plus ou moins marqué. Pour que la percussion puisse ainsi transmettre le choc d'une main à l'autre, il faut que le liquide forme une colonne non interrompue entre ces deux points; si l'intestin est interposé, s'il existe une cloison, le flot ne parvient plus; on doit alors placer les mains dans une autre situation, les rapprocher l'une de l'autre, les appliquer sur le même côté de l'abdomen; on évitera de prendre pour de la fluctuation les mouvements de tremblement qu'on peut communiquer à la peau par la percussion; on comparera alors la sensation perçue dans le point où l'on suppose l'existence d'un liquide avec celle que l'on trouve dans un endroit où il n'y en a certainement pas. Quand le liquide est en petite quantité, il faut faire prendre au malade une position (décubitus latéral) qui accumule le plus de liquide possible dans un seul point, et pratiquer la percussion *périphérique* (Tarral). Cette exploration se pratique avec une seule main, dont on applique le pouce et le médius à une distance plus ou moins grande, tandis qu'on percute légèrement avec l'indicateur; s'il existe du liquide, les autres doigts éprouvent manifestement la sensation du flot; si l'on est habitué à distinguer les mouvements de la peau des mouvements des liquides, on peut tirer de ce

mode d'examen un signe très-important. Nous ne devons pas omettre de dire que la fluctuation est aussi très-difficile à percevoir quand l'abdomen est extrêmement tendu, ou quand il existe un œdème épais de la paroi abdominale.

Ce symptôme est malheureusement moins commun dans l'ascite qu'on ne le pense, et, par conséquent, l'absence de ce signe n'est pas une preuve de la non-existence de cette affection. Sur dix-sept cas d'ascite, Andral a remarqué que la fluctuation n'était manifeste que dans six, qu'elle était obscure dans six autres et qu'elle manquait dans les cinq derniers.

La percussion donne des renseignements très-précieux. Nous avons dit que Morgagni et J.-P. Frank (1) s'en servaient déjà pour distinguer l'ascite de la tympanite. Mais il était réservé à Rostan d'employer ce moyen de diagnostic pour différencier l'ascite de toutes les autres tumeurs liquides de l'abdomen. M. Piorry a ajouté à ce procédé, mais sans changer les faits fondamentaux établis par Rostan. Voici en quoi ils consistent :

Dans le cas d'épanchement ascitique moyen, si le malade est couché en supination, le liquide s'accumule d'abord dans le bassin qu'il remplit, puis il remonte au-dessus du détroit supérieur de cette cavité et s'élève plus ou moins haut suivant sa quantité, mais en obéissant toujours aux lois de la pesanteur; en effet, sa limite supérieure devient horizontale et suit une ligne de niveau. Quant à l'intestin, entraîné par la légèreté spécifique du gaz qu'il contient, il surnage au-dessus du liquide et s'élève dans les parties les plus supérieures de l'abdomen, c'est-à-dire vers l'ombilic et l'épigastre, tandis que le liquide occupe l'hypogastre et les flancs. Tout l'espace occupé par l'intestin donne un son clair ou tympanique, et tous les points occupés par le liquide, un son mat; la limite entre ces deux sons différents correspond précisément à la surface supérieure de l'épanchement, et, comme cette surface est horizontale, cette limite l'est également; elle forme ce qu'on appelle la *ligne de niveau*. Au voisinage de cette ligne la matité est moins absolue, à cause de l'épaisseur toujours moins

(1) J.-P. Frank, *Traité de médecine pratique*. Paris, 1842, t. II, p. 69.

considérable du liquide, et l'on obtient souvent un *son hydroaérique*; mais cette nuance particulière de sonorité n'empêche pas la ligne de niveau d'être ordinairement très-prononcée. Que si l'on déplace le malade, le liquide et l'intestin se déplacent à leur tour et, obéissant constamment aux lois de la pesanteur, conservent leurs positions relatives, c'est-à-dire que le liquide s'accumule dans la partie de l'abdomen devenue en ce moment inférieure, et le gaz dans la partie momentanément supérieure, et, entre la sonorité et la matité, la ligne de niveau se rétablit comme dans le cas précédent. Ce phénomène est un des signes les plus précieux pour le diagnostic de l'ascite, et ses indications sont si précises, qu'on a voulu en transporter l'application à d'autres régions (épanchements de la plèvre et du péricarde); nous avons vu que l'espoir qu'on avait conçu a été en partie réalisé (Damoiseau, Peter).

Il y a aussi pour l'abdomen quelques circonstances, rares il est vrai, où ces indications ne sont pas aussi précises.

Si quelques anses intestinales adhèrent à un point déclive des parois abdominales, la sonorité peut y persister, tandis que la matité se fera entendre dans les points plus élevés; s'il existe des cloisons, des adhérences, si le liquide est visqueux, s'il contient des concrétions caséiformes, dans les déplacements du malade le liquide et le gaz ne se déplaceront pas comme on pourrait s'y attendre, et il restera de l'incertitude dans les résultats; quelquefois le déplacement se fait seulement au bout de quelques instants; dans d'autres cas, il n'a jamais lieu; mais alors quelques circonstances particulières viennent, presque toujours, mettre sur la voie de ces anomalies et aider le diagnostic.

Quand l'ascite devient encore plus abondante, le liquide monte de l'hypogastre jusqu'à l'ombilic et même au delà, s'élève aussi dans les flancs, et l'intestin remonte à l'épigastre; il arrive enfin un moment où, retenu par le mésentère, l'intestin ne peut plus suivre la paroi abdominale, et alors le liquide ascitique s'étale entre cette paroi et l'intestin, la matité devient dès lors générale; cependant elle reste toujours moins forte au niveau de l'intestin.

La percussion, comme on le voit, fournit de précieux renseignements pour le diagnostic.

Ajoutons que si l'on pratique une ponction, soit pour

évacuer le liquide, soit comme moyen d'exploration, on retire un liquide qui, le plus souvent, établit définitivement le diagnostic. Le liquide de l'ascite est ordinairement séreux, jaune verdâtre, transparent, fort fluide, très-légèrement filant, et coagulable par la chaleur; on le voit rarement teint en rouge; il contient quelquefois des paillettes de cholestérine qui ont l'apparence micacée.

Nous rappellerons que l'ascite peu considérable, compliquée d'œdème de la paroi abdominale, est souvent fort obscure.

Dans des cas de ce genre, nous nous sommes bien trouvé de faire placer le malade, appuyé sur les genoux et les coudes, à quatre pattes, comme on dit vulgairement. Dans cette position les plus faibles quantités de liquide se réunissent au niveau de l'ombilic et s'accusent par une matité sensible.

Diagnostic différentiel. L'ascite peut être confondue avec l'œdème de la paroi abdominale, les kystes de l'ovaire, les kystes de la paroi abdominale et de divers viscères, l'hydrométrie, la rétention d'urine dans la vessie, etc.

L'œdème de la paroi abdominale ne donne jamais lieu à une saillie globuleuse; la paroi de l'abdomen conserve sa configuration et ses saillies normales, l'ombilic reste déprimé; il se forme, sur les flancs, des bourrelets qui débordent les hanches et qui se prononcent davantage sur le côté où le malade se couche habituellement. L'épaisseur de la paroi abdominale devient souvent assez considérable pour qu'il y ait matité partout. Il n'y a pas de fluctuation, à moins de collections partielles; il ne faudrait pas s'en laisser imposer par une sorte de tremblement semblable à celui de la gélatine, qui se communique, par la percussion, à une distance quelquefois considérable. L'impression du doigt se conserve dans les cas moyens, mais si la distension est très-forte ce symptôme manque.

Cet œdème est rarement isolé; le plus ordinairement il accompagne celui des jambes, de la vulve, du scrotum.

Quand il y a œdème de la paroi abdominale, il est fort difficile de diagnostiquer l'ascite qui l'accompagne quelquefois.

Les kystes ovariens se montrent fort ordinairement chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfants. Ils forment, au début, une tumeur qui s'élève du bassin et part d'un côté ou

de l'autre de la ligne médiane; quand ils sont volumineux, ils donnent à l'abdomen une saillie qui n'est jamais régulière ni symétrique, ce qui est dû aux bosselures de leur surface et surtout à ce qu'ils s'inclinent d'un côté ou de l'autre; ils sont toujours limités en haut par une surface courbe, résistante, plus ou moins accusée; quelquefois la tumeur est mobile en totalité. Quand leur volume est extrême, ils se portent plus en avant que l'ascite, font pointer le ventre, et ne dilatent que fort incomplètement la base du thorax. Ces kystes sont plus tendus, moins fluctuants que l'ascite. Ils sont mats dans toute leur étendue; il n'y a jamais de ligne de niveau et les intestins, se trouvant refoulés supérieurement et dans les flancs, donnent de la sonorité dans des points plus inférieurs que ceux où l'on trouve la matité; quelquefois, il est vrai, l'intestin peut être placé entre la paroi abdominale et la tumeur, et la sonorité est alors superficielle; mais ce rapport reste inamovible, quelle que soit la position, et il n'y a pas de ligne de niveau marquée (1). Le toucher vaginal permet souvent de constater dans les culs-de-sac latéraux une tumeur saillante, élastique, fluctuante, et des déplacements que la tumeur fait subir à l'utérus.

Les kystes sont uniloculaires ou multiloculaires. Dans le premier cas, la fluctuation y est ordinairement nette. Dans le second, elle peut faire défaut ou être fort obscure. On la sent en certains points, elle manque dans d'autres.

L'ascite s'accompagne bien plus souvent que les kystes de l'œdème des membres inférieurs.

Enfin, l'ascite, étant ordinairement due à des causes qui exercent une action profondément délétère sur l'économie, est moins conciliable avec une santé générale à peu près satisfaisante, comme on l'observe souvent dans les kystes. La ponction des kystes fournit un liquide très-épais et visqueux, jaunâtre ou verdâtre, généralement trouble, qui file comme du blanc d'œuf et s'écoule difficilement. Une ponction ne vide presque jamais toute la tumeur, car les kystes sont souvent multiloculaires. Si l'on fait plusieurs

(1) L. Bauchet, *Anatomie pathologique des kystes de l'ovaire* (Mémoires de l'Académie de médecine, Paris, 1859, t. XXIII, p. 19 et suivantes).

ponctions successives, on retire plusieurs espèces de liquides, les uns transparents, les autres roux, bruns, noirâtres, couleur chocolat, car les diverses loges contiennent en effet souvent des produits différents.

Quelques détails sur les *kystes de la paroi abdominale* nous paraissent nécessaires avant que nous établissions une comparaison entre cette affection et l'ascite.

Sous cette dénomination et celle d'*hydroisie enkystée des parois de l'abdomen*, d'*hydroisie enkystée du péritoine*, d'*hydroisie du péritoine* (Morgagni), on a décrit une affection dont l'existence ne nous paraît pas encore bien démontrée, au moins en tant que maladie indépendante de toute autre affection.

Cette maladie avait été indiquée d'une manière vague et confuse avant Morgagni; mais cet anatomiste est le premier qui l'ait décrite avec soin (Lettre XXXVIII^e). Cependant on voit, d'après ses remarques, qu'il n'admet qu'avec réserve la plupart des observations recueillies avant lui et qu'il en rejette un grand nombre; enfin il semble ne reconnaître cette affection, comme maladie distincte, que pour ne pas être accusé de nier la possibilité d'un semblable fait pathologique.

Cette réserve n'a pas été imitée, et il y a peu de livres où l'on ne fasse la description et le diagnostic de cette maladie comme d'une chose bien réelle.

Dans ces derniers temps, Dance a de nouveau reproduit des doutes sur cette affection, et nous croyons que c'est avec raison. En effet, plus on avance dans l'observation, plus on est disposé à croire que les diverses accumulations de liquides ne se font que dans des cavités préexistantes, comme celles des séreuses; et, comme la paroi abdominale n'en présente aucune, on peut être porté à douter de la formation des kystes dont il est question. D'un autre côté, il est certain que les praticiens de nos jours, exercés aux recherches anatomo-pathologiques, n'ont jamais vu rien qui ressemblât à ces kystes. Et enfin, si l'on examine les observations rapportées par Morgagni, on reconnaîtra facilement, et conformément à ses propres remarques et surtout à celles de Dance, qu'on a presque toujours pris pour kystes de la paroi abdominale, tantôt des kystes de l'ovaire adhérent à la paroi du ventre et dans lesquels on arrive sans passer par la cavité péritonéale (et Morgagni

commet certainement cette erreur dans ses dernières observations), tantôt des ascites avec formation de cloisons qui isolent la plupart des viscères de la poche séreuse; cela est si vrai que, dans deux cas, on trouva dans la tumeur l'intestin sans aucun vestige du foie, de la rate, des reins. Comment voudrait-on qu'une cavité dans laquelle se trouvent des viscères ne fût pas celle du péritoine? Nous avons vu nous-même un cas de cloisonnement du péritoine, dans lequel l'intestin occupait la loge inférieure; le foie, la rate, l'estomac, la loge supérieure. Enfin, il est aussi question d'un cas où la tuméfaction était « formée par de l'urine que la vessie, perforée par des ulcères, avait répandue dans la cavité du ventre » (Morgagni). Comme on le voit, rien n'est plus vague que le terme de kystes des parois abdominales; car on a décrit, sous ce nom, une foule d'affections déjà connues sous d'autres dénominations, et pas une seule affection nouvelle.

Il n'y a, dans le livre de Morgagni, qu'une seule observation où il paraisse être question d'un vrai kyste, indépendant du péritoine: il était situé au-dessous des muscles transverses; mais il y avait en même temps une ascite et la cavité kystique communiquait avec le péritoine par une ouverture située vis-à-vis de l'estomac; le liquide contenu dans le péritoine et dans le kyste était le même. Morgagni conjecture que le kyste s'était ouvert depuis peu dans le péritoine; mais la supposition inverse ne serait-elle pas plus vraisemblable? Nous pensons qu'il existait une ascite et que le liquide a pu s'échapper à travers une éraillure du péritoine et former dans l'épaisseur des parois abdominales un kyste, ou pour mieux dire un diverticule latéral ayant quelque analogie avec les anévrysmes disséquants; nous ne comprenons pas qu'un kyste, même séreux, s'ouvre dans le péritoine sans qu'il se forme une péritonite suraiguë; or rien de semblable ne s'est montré chez le malade de Morgagni.

S'il existe réellement des kystes des parois de l'abdomen, il y a lieu de croire que leur véritable nature est celle que nous venons d'indiquer.

Quoi qu'il en soit, on a décrit les symptômes, la marche de cette affection, on en a établi le pronostic et le diagnostic. Pour n'être pas incomplet, nous rapporterons les signes que Morgagni a donnés comme caractéristiques, mais

en faisant observer que nous les considérons comme théoriques bien plutôt que comme pratiques.

L'hydropisie enkystée de la paroi abdominale se manifeste à peu près exclusivement chez les femmes (raison de plus pour penser qu'on a souvent appelé de ce nom des kystes de l'ovaire); elle se développe très-lentement; elle forme une tumeur qui se porte plus en dehors que celle de l'ascite; cela veut dire sans doute que la paroi abdominale est plus proéminente et présente comme une tumeur surajoutée (*abdomen succedaneum*); il y a moins de gêne de la respiration que dans l'ascite, la soif est nulle, l'urine en quantité normale; les traits de la figure sont moins altérés, ainsi que la santé générale; les forces sont conservées, les règles persistent. Elle dure des années sans dérangement de la santé; pas d'œdème des pieds, au moins au commencement; les médicaments ne font aucun effet. Enfin, on a ajouté, dans ces derniers temps, que la percussion donne lieu à une matité générale qui surmonte la sonorité intestinale: rien ne manque à l'exactitude des signes, mais on ne saurait en dire autant de la réalité de l'affection. En lisant cette description dans Morgagni, il est difficile de ne pas reconnaître qu'elle s'applique, de tous points, aux kystes des ovaires; et cet auteur ajoute, comme pour ne laisser aucun doute, qu'il ne sait comment on parviendra à distinguer cette hydropisie de celle qui a son siège dans l'ovaire. Cet embarras nous semble, en effet, fort naturel; comment distinguer deux cas de la même affection?

M. Cruveilhier ne dit que quelques mots de ces kystes et paraît ne pas en avoir observé; il fait remarquer qu'ils sont presque toujours confondus avec l'hydropisie enkystée de l'ovaire (1).

On a dit que l'*hydrométrie* ou *hydropisie de l'utérus* pouvait être confondue avec l'ascite.

On peut dire de cette affection ce que nous avons écrit à l'occasion de la tympanite utérine. C'est une maladie qui n'existe pas en dehors de l'état de grossesse. Elle est

(1) Cruveilhier, *Traité d'anatomie pathologique générale*. Paris, 1856, t. III. — Bernutz, art. *Abdomen*, in *Nouveau diction. de méd. et chir. pratiques*. Paris, 1864.

produite par le développement de l'œuf dans lequel le fœtus est mort et a été détruit par dissolution ou absorption. Ce qui a trompé beaucoup de médecins, c'est l'absence de tout débris de fœtus et aussi l'absence de portions de placenta, des membranes, etc.; l'absence de débris de fœtus est réelle, mais il n'en est pas de même des autres corps solides; seulement il arrive rarement qu'on les présente au médecin, ou même qu'on y fasse attention, lorsqu'on voit sortir une grande quantité de liquide et pas de fœtus.

Les journaux publient fréquemment de nouvelles observations dans lesquelles on s'efforce de démontrer l'indépendance de l'hydrométrie et de la grossesse; mais aucune d'elles n'est entourée de détails assez précis pour établir incontestablement ce fait.

Cette affection se caractérise par la formation d'une tumeur bien circonscrite et arrondie supérieurement, qui remonte de bas en haut et gagne l'ombilic, et qui est plus fluctuante et plus molle que l'utérus contenant un fœtus. Il y a suspension des règles; pas de battement ni de bruits comme ceux du cœur du fœtus; mais on peut percevoir le souffle utérin.

En somme, c'est une affection qui se confond plutôt avec la grossesse qu'avec l'ascite.

Les *kystes séreux* ou *hydatiques du foie, de la rate, etc.*, ne se confondent pas facilement avec l'ascite. (*Voy. plus bas.*)

Nous ne citerions pas la *rétenion d'urine dans la vessie*, si cette affection n'avait donné lieu à une erreur de diagnostic. Plusieurs médecins avaient reconnu une ascite chez un malade; le professeur Boyer, qui n'avait pas vu le patient, devait assister à la ponction; après examen, il fut d'avis que l'on pratiquât d'abord le cathétérisme; il sortit une énorme quantité d'urine, l'abdomen se détuméfia complètement: il n'y avait jamais eu ascite.

Nous venons de présenter les caractères différentiels de l'ascite et des collections liquides de l'abdomen qui peuvent la simuler. Nous avons maintenant une autre série de faits à parcourir.

En effet, quand on a reconnu qu'on a affaire à une ascite, on n'a résolu que la moitié du problème; pour le compléter, il faut faire le diagnostic des affections auxquelles elle se lie.

Or, l'ascite se rencontre dans les maladies du péritoine, dans celles du foie, du cœur, dans la maladie de Bright et dans diverses affections générales. Et enfin, comme c'est tout à la fois un symptôme et une maladie, elle peut se montrer isolément; elle constitue alors l'hydropisie essentielle du péritoine, l'ascite idiopathique. Étudions ces différents cas.

Maladies dans lesquelles on rencontre l'ascite. — Valeur diagnostique.

Ce symptôme se montre dans les diverses espèces de péritonites et dans le cas de tumeurs colloïdes, cancéreuses ou autres du péritoine.

L'ascite est rare dans la **péritonite simple**, et surtout dans la forme suraiguë. Lorsque la marche est un peu moins rapide, on voit quelquefois ce symptôme se développer, et il est très-facile alors de reconnaître que cette ascite se rattache à une inflammation du péritoine; elle ne survient en effet que quelque temps après le début de la maladie; elle a été précédée et accompagnée de douleurs vives, augmentant par la moindre pression: les malades ne peuvent supporter même le poids des couvertures; il y a des vomissements peu abondants, mais fréquents et incoercibles; constipation, fièvre, pouls petit, misérable, filiforme, face profondément altérée. Enfin, cette ascite est survenue sans avoir été précédée de lésion viscérale.

La **péritonite chronique** donne plus communément lieu à l'ascite. Celle qui reconnaît une cause tuberculeuse a une marche lente et insidieuse; l'abdomen se tuméfie insensiblement et les malades n'y font attention que quand son volume est porté déjà assez loin. Il y a de la diarrhée, de l'amaigrissement et de la fièvre le soir; la forme de l'abdomen est assez régulière, mais on y sent de l'empatement ou des tumeurs larges, molles, plates, dues aux anses intestinales agglutinées ou à l'épiploon chargé de tubercules; ces pelotons sont, le plus ordinairement, rassemblés autour de l'ombilic; l'abdomen ne se porte pas en avant. Le son est obscur et se déplace difficilement; le liquide

n'obéit pas à l'action de la pesanteur dans les changements de position du corps; la maladie est lente dans sa marche; chronique pendant longtemps, elle finit par des symptômes aigus, fièvre, vomissements, qui deviennent très-utiles pour le diagnostic; quelquefois il y a des signes de tuberculisation dans d'autres organes, mais souvent il n'y en a nullement, et l'on est fort embarrassé. Dans cette dernière circonstance, la difficulté redouble si l'on a affaire à une femme. En 1832, une jeune femme fraîche, d'un embonpoint prononcé, entra dans le service de M. le professeur Bouillaud; elle avait l'abdomen assez volumineux et elle vomissait depuis quelques jours; elle avait aussi de la fièvre. Elle assurait être enceinte de cinq mois. Tout l'abdomen était pâteux, assez résistant; une tumeur mate, qui remontait jusqu'à l'ombilic et plongeait dans le bassin, simulait assez bien l'utérus; par le toucher, on constate que le col est assez élevé, petit, à orifice circulaire, que l'utérus semble peu volumineux, mais très-solidement fixé; pas de bruit du cœur d'un fœtus, pas de souffle utérin. On rejette l'idée d'une grossesse; mais de quelle nature est la tumeur? Au bout de quelques jours une ascite se manifeste, il y avait de la diarrhée; on diagnostiqua une péritonite tuberculeuse. L'existence de cette affection fut, peu après, confirmée anatomiquement: la tumeur était formée par l'épiploon très-fortement chargé de tubercules et par les intestins agglutinés.

On n'observe pas, à notre connaissance, d'ascite dans la **péritonite suite de couches**.

Mais elle est commune dans le cas de **cancer du péritoine**, et ce cas est fort difficile à diagnostiquer; nous avons vu l'ascite se lier à la présence de nombreuses tumeurs colloïdes dans l'épiploon, à l'existence de masses encéphaloïdes, de mélanose, dans ce même organe ou dans tout autre point du péritoine; le diagnostic est à peu près impossible quand on ne parvient pas à circonscrire, par la palpation, une ou plusieurs tumeurs. La concomitance d'autres cancers éclaire alors beaucoup le praticien. [L'engorgement des ganglions de l'aîne et la couleur sanguinolente de l'épanchement sont des signes sur lesquels insiste M. N. Gueneau de Mussy.] Nous

avons observé, dans notre service à l'hôpital Baujon, un jeune homme affecté d'ascite et qui portait, en même temps, des tumeurs nombreuses dans l'abdomen; il y a quelques années, on lui avait enlevé l'œil gauche affecté de cancer; ce renseignement nous parut suffisant pour faire reconnaître comme cancéreuses les tumeurs de l'abdomen et pour rapporter l'ascite à cette cause.

L'ascite se montre aussi comme symptôme de diverses *maladies du foie*.

La cirrhose, l'hypertrophie du foie, la congestion sanguine, consécutive aux maladies du cœur, en sont les principales causes. C'est en gênant ou retardant la circulation du foie et en empêchant, en outre, le retour du sang dans la veine cave inférieure, que ces affections donnent naissance à l'ascite; en effet, on trouve alors, dans l'organe hépatothique, des rameaux de la veine porte rétrécis, oblitérés, des radicules complètement obstruées.

La **cirrhose** est rare chez la femme; ses commencements sont obscurs; elle ne détermine jamais de douleur; l'abdomen grossit insensiblement, les malades ne s'en aperçoivent que quand leurs vêtements paraissent devenir trop étroits; il n'y a aucun trouble du côté du tube digestif, mais il se manifeste de l'amaigrissement quand l'ascite est développée. On est alors frappé du contraste qui existe entre le volume de l'abdomen et la maigreur de toutes les parties du corps. Il n'y a pas d'œdème des jambes, ou, s'il s'en développe, ce n'est que consécutivement, et l'on en conçoit la raison. Au début, il n'y a aucune gêne de la circulation dans la veine cave inférieure; par conséquent pas de motif pour une infiltration séreuse dans le tissu cellulaire des membres inférieurs, où sont les radicules de cette veine. L'hydropisie se développe donc tout entière dans l'abdomen, puisque là seulement se trouvent les origines des veines obstruées; mais lorsque l'ascite est portée à un point extrême et que le liquide comprime la veine cave inférieure, de l'œdème se produit aux jambes; donc cet œdème est consécutif à l'ascite.

La gêne de la circulation intra-abdominale se traduit par l'apparition de réseaux veineux développés dans la paroi du ventre. Ces réseaux ont été comparés à la tête de Méduse.

D'après un travail de M. Sappey (1), ces réseaux seraient formés par des veinules comprises dans le ligament suspenseur du foie et qui, énormément dilatées, feraient communiquer la veine porte avec la veine crurale, par l'intermédiaire de veines tégumentueuses abdominales, et avec la veine cave supérieure par l'intermédiaire de la mammaire interne. Quelquefois on entend un bruit de souffle continu au niveau de ces veines dilatées (Sappey, Potain).

Le foie est d'un très-petit volume, il ne descend plus jusqu'au bord inférieur des fausses côtes. Il n'y a aucun symptôme qui puisse faire penser à une péritonite, à une maladie du cœur, de la rate, etc. Enfin, les affections de cette espèce naissent presque toujours chez les buveurs d'eau-de-vie; l'abus de ce genre de boisson n'est peut-être pas la cause immédiate de la cirrhose, mais c'est une circonstance qui paraît contribuer à son développement. Cependant, nous avons vu des cas de cirrhose chez des femmes, dont quelques-unes, jeunes, n'avaient certainement pas l'habitude de ce genre de boisson.

L'**engorgement sanguin** du foie, consécutif aux maladies organiques du cœur, et particulièrement aux rétrécissements des orifices, donne aussi lieu à une ascite plus ou moins prononcée, par le même mécanisme que la cirrhose, c'est-à-dire par la diminution du calibre des branches de la veine porte.

Cette ascite n'est jamais extrêmement considérable; elle se forme lentement, à l'insu du malade, c'est-à-dire sans douleur; elle s'accompagne fort souvent d'œdème de la paroi abdominale et du poumon; le foie est volumineux et descend de trois, quatre, six travers de doigt au-dessous des côtes; nous l'avons vu descendre jusqu'à la crête iliaque; son bord tranchant est mousse, arrondi; quelquefois le liquide passe entre le foie et la paroi abdominale, et l'on ne sent plus l'organe par le palper; il faut alors presser un peu brusquement, de façon à enfoncer les doigts profondément; on est alors arrêté par une surface lisse, polie, plane, non douloureuse: c'est le foie; par le même procédé on reconnaîtra le bord de l'organe. Le foie s'étend aussi à l'épigastre; à cause du poids de l'organe, les

(1) Sappey, *Mémoires de l'Académie de médecine*, 1839, t. XXIII

malades préfèrent se coucher à droite ou sur le dos. Il y a des accidents du côté du cœur. L'embonpoint est conservé. Cette ascite diminue par le repos, mais ne disparaît pas complètement. Elle précède souvent l'œdème des pieds.

L'**hypertrophie du foie** donne lieu aux mêmes accidents, de même que le **cancer** de cet organe, et quelquefois les **tumeurs hydatiques**; cela dépend de l'action qui peut être exercée sur la veine porte.

Nous n'avons jamais vu le **foie gras** donner lieu à l'ascite.

Les **engorgements de la rate** agissent comme ceux du foie, en comprimant la veine porte.

Il arrive quelquefois que les **maladies du cœur** donnent lieu à l'ascite, sans produire préalablement l'engorgement sanguin du foie. L'hydropisie est alors le résultat de la gêne de la circulation en retour dans la veine cave inférieure; elle commence par les membres inférieurs, et l'épanchement dans le péritoine ne survient que quand l'œdème a envahi la partie inférieure du tronc. Cette forme d'ascite, née sous l'influence directe et immédiate du cœur, est donc toujours précédée d'œdème des membres inférieurs, ce qui la différencie de l'ascite par compression de la veine porte.

La **maladie de Bright, néphrite albumineuse**, ne donne lieu à l'ascite que quand elle a atteint un degré avancé; l'hydropisie abdominale n'en est jamais la première manifestation; elle est toujours précédée d'œdèmes passagers, variables dans leur siège, et qui ont généralement commencé par la face. Cette ascite n'est jamais considérable. Urine albumineuse, marche lente. C'est presque toujours un symptôme ultime et qui, avec la diarrhée et les vomissements, indique une cachexie avancée. Cependant, chez un jeune homme que nous avons observé, elle a paru avoir une certaine acuité: toutes les grandes membranes séreuses étaient le siège d'épanchements, et tous ces épanchements guérirent en quelques semaines. L'albuminurie persista néanmoins.

Des **tumeurs de diverse nature** qui compriment la veine porte, le cancer du pancréas, l'augmentation de volume des ganglions lymphatiques du hile du foie, des oblitérations spontanées par caillots ou autres lésions de cette veine donnent lieu à une ascite qui ressemble beaucoup à celle que produit la cirrhose. Le diagnostic en sera facile si l'on parvient à reconnaître la tumeur, presque impossible dans le cas opposé. Cependant on pourra approcher plus ou moins de la vérité en pesant toutes les circonstances et remarquant qu'on n'a affaire ni à une maladie du foie, ni à une affection du cœur ou des reins, etc.

D'un autre côté, l'ascite survient aussi sans aucune espèce de lésion apparente du péritoine ou des organes abdominaux. On doit la considérer comme le résultat d'une *exsudation active ou passive* du péritoine. Cette ascite essentielle ou idiopathique prend alors le nom de *sthénique* ou *d'asthénique*; les circonstances dans lesquelles elle survient sont nombreuses. On reconnaîtra cette affection aux caractères suivants :

L'**ascite idiopathique aiguë** ou **sthénique** est une affection rare, qui survient surtout chez les jeunes gens robustes, sanguins, à la suite d'exercices violents, d'accès de colère, d'émotions morales; elle est souvent produite par l'ingestion de boissons froides, le corps étant en sueur. Elle commence avec un appareil fébrile prononcé, des frissons, de la chaleur et de la sécheresse de la peau, de la soif, une urine rare et foncée; l'abdomen se tend, devient ballonné et douloureux, mais à un moindre degré que dans la péritonite; puis un épanchement ascitique se manifeste très-rapidement et devient quelquefois abondant. Vomissements dans quelques cas, mais moins fréquents et moins incoercibles que ceux de la péritonite; moins d'altération des traits, moins de faiblesse du pouls.

On a vu cette affection se terminer par la mort, et l'on a pu alors constater l'absence des caractères de la péritonite et la présence d'un liquide séreux, sans pus ni fausses membranes.

Le plus souvent l'état aigu s'apaise, l'ascite se prolonge plus ou moins pour guérir soit spontanément, soit sous l'influence du traitement. Des moyens antiphlogistiques énergiques jugent rapidement cette affection. On la recon-

naîtra facilement d'après la nature de la cause, l'absence des maladies antérieures, l'acuité de la marche, l'influence du traitement antiphlogistique. On la distinguera de la péritonite aigüe, à sa durée qui est plus longue, à la présence de l'ascite qui est exceptionnelle dans la péritonite, à l'altération moins profonde de toute la constitution, à la possibilité de la guérison. Enfin elle se sépare des ascites symptomatiques par l'absence des maladies viscérales que celles-ci reconnaissent pour cause.

Nous avons un cas de ce genre qui fut très-aigu à son début et s'accompagna d'un léger ictère. La maladie dura en tout trois semaines et se termina par une diurèse excessivement abondante; en quarante-huit heures l'ascite disparut et le malade sortit de l'hôpital parfaitement guéri.

Cette forme d'ascite pourrait être rapprochée de la péritonite; elle semble en effet résulter d'une congestion, d'une sorte d'érythème du péritoine, qui n'irait pas jusqu'à la formation de fausses membranes et de pus et dont le seul résultat serait une sécrétion séreuse abondante. Il est certain que quand on a des faits de ce genre sous les yeux, on est disposé à les considérer comme plus voisins de la péritonite que des ascites passives ou mécaniques.

C'est à cette même forme qu'appartient l'ascite qui succède aux fièvres éruptives et surtout à la scarlatine. Cette ascite est constamment accompagnée d'anasarque et d'albuminurie, et par conséquent facile à diagnostiquer; elle reconnaît pour cause le refroidissement pendant la desquamation; elle survient du septième au quatorzième jour de la convalescence et s'annonce par le retour des accidents aigus, fièvre, etc.; elle est un peu moins aigüe et moins rapide que la précédente et elle se rapproche moins de la péritonite; sa durée est de deux ou trois semaines; elle guérit plus rapidement par les émissions sanguines générales et surtout locales; elle s'accompagne d'un état congestif des reins, qui fait qu'on la décrit comme une forme aigüe de la maladie de Bright.

[[Il existe dans la science un certain nombre de ces faits bien avérés d'ascites primitives (1) développées subitement à la suite du froid ou de l'usage de boissons gla-

(1) Voy. H. Gintrac, art. *Ascite*, in *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. III.

cées, sans albuminurie concomitante, et dues probablement à une hyperhémie réflexe des vaisseaux sous-péritonéaux.]]

La facilité avec laquelle cette forme d'ascite cède aux saignées justifie de nouveau l'idée qu'on se forme sur son caractère d'activité. Sauvages a vu un cas de ce genre guérir par l'emploi de vingt saignées.

Nous croyons que les **ascites idiopathiques passives** ou **asthéniques** tendent à disparaître de jour en jour; en effet, on arrive, dans beaucoup de cas, à les rattacher à des lésions matérielles dont elles sont un effet mécanique.

On a d'abord rangé dans cette catégorie les ascites suite de fièvres intermittentes; mais qui ne sait aujourd'hui que ces affections reconnaissent pour cause un engorgement de la rate, et consécutivement une gêne de la circulation de la veine porte?

A la même classe appartiennent aussi les ascites observées chez les gens plongés dans la misère, privés de nourriture, d'insolation, d'exercice, livrés aux passions tristes et concentrantes. Mais qui ne sait aussi que toutes ces influences produisent des maladies tuberculeuses, cancéreuses, des altérations du sang? Ne peut-il pas se faire que l'ascite ne soit alors que le résultat de ces affections? Nous n'admettons donc cette forme qu'avec réserve, certain qu'un jour on fera rentrer tous ces cas dans la classe des ascites symptomatiques. On peut dire de nos jours que nous appelons ascites asthéniques celles dont nous ne pouvons pas trouver la cause anatomique.

Leurs caractères sont ceux de toutes les ascites, avec absence de phénomènes d'acuité et de lésions appréciables d'organes.

IX. — DE LA DIMINUTION DU VOLUME DE L'ABDOMEN.

Ce phénomène a beaucoup moins d'importance que le précédent, mais on peut en tenir compte, comme d'un signe accessoire de quelque valeur, dans les cas suivants.

Cette diminution de volume a lieu ou par la contraction des muscles des parois abdominales ou par le déplacement des viscères, ou enfin par la diminution de leur volume.

Dans les **méningites** des enfants, le ventre est excavé en