

CINQUIÈME LEÇON

DE L'ASCITE ET DE LA PÉRITONITE CHRONIQUE.
DU CANCER DU POU MON

Étude comparative de deux malades atteints d'ascite et de péritonite chronique. — Diagnostic différentiel de ces deux états. — De l'ascite d'origine tuberculeuse.

De l'œdème des membres inférieurs coïncidant avec l'ascite. — Causes de cet œdème. — Méthode du diagnostic pathogénique. — Signe fourni par l'urine. — Signe distinctif entre l'hydropisie cachectique et l'hydropisie de cause mécanique.

Circulation veineuse superficielle de l'abdomen dans les oblitérations de la veine porte et des veines caves. — Caractères du réseau dans ces trois cas.

Du cancer du poumon et principalement de la forme diffuse. — Éléments du diagnostic.

Résultats des autopsies.

MESSIEURS,

Lorsqu'un adulte atteint de tuberculisation pulmonaire présente des symptômes persistants du côté de l'abdomen, et entre autres une déformation du ventre, on est enclin à rapporter aussitôt ce groupe de phénomènes à l'existence d'une péritonite chronique. Cette présomption est justifiée dans la majorité des cas, et la relation pathologique sur laquelle elle est fondée doit toujours être présente à l'esprit. Mais quoique fréquent, ce rapport n'est pourtant pas constant, et la connaissance que nous

en avons ne peut en aucune circonstance nous dispenser d'un examen approfondi. Le malade du n° 2 de notre salle des hommes nous montre clairement la nécessité de cette réserve.

Cet individu, âgé de trente-sept ans, frappe les regards par son aspect profondément cachectique. Les yeux, excavés et brillants, sont entourés d'un cercle noir; les joues, affaissées et creuses, sont plaquées de marbrures livides; la respiration est fréquente, brève et pénible; le tronc et les membres supérieurs ont atteint les dernières limites de l'émaciation, et forment le contraste le plus étrange avec le segment inférieur du corps, qui est le siège d'une tuméfaction considérable. Le pouls toujours fréquent monte le soir jusqu'à 120, le matin il se maintient entre 100 et 108; la température, même le matin, ne s'abaisse pas au-dessous de 37°,9. Le malade tousse, et il rend des crachats purulents de forme nummulaire.

Tel est aujourd'hui l'état lamentable de cet homme qui touche certainement au terme de son existence; et pourtant il y a trois mois il était fort et robuste, et d'un embonpoint au-dessus de la moyenne. Que s'est-il donc passé? L'examen des poumons va nous le dire. Ils sont le siège d'une infiltration tuberculeuse généralisée, il n'est pas un point où l'on puisse retrouver le bruit respiratoire normal; les tubercules sont ramollis dans toute l'étendue des deux poumons, et en plusieurs endroits l'élimination des produits morbides a laissé dans le parenchyme de petites cavités; il n'existe nulle part de grande caverne, mais on peut exprimer fidèlement l'état des organes respiratoires en disant qu'ils sont criblés de cavernules.

La présence de ces cavités multiples ne permet pas d'admettre ici l'infiltration granuleuse, qui est la caractéristique anatomique de la phthisie granuleuse de Bayle; il s'agit d'une tuberculisation de forme commune qui a parcouru avec une marche aiguë les phases ordinaires de son évolution, c'est-à-dire les périodes de crudité, de ramollissement et d'élimination. Du reste la phthisie chez cet individu n'est pas héréditaire, et il n'y a rien dans les conditions hygiéniques et professionnelles qui puisse nous rendre compte de sa brusque explosion; cette maladie a éclaté spontanément sans cause appréciable, elle a frappé cet homme dans la plénitude de la santé. Il a commencé à tousser sans avoir d'hémoptysie, il a été pris tout aussitôt d'une diarrhée qu'aucun traitement n'a pu modérer, et en trois mois l'organisme a été réduit à l'état de dégradation que vous observez aujourd'hui.

Jusqu'ici pas de difficultés, pas même d'incertitude; nous avons sous les yeux un phthisique arrivé au terme de sa maladie. Mais ce phthisique a le ventre gros et les jambes enflées, et ces phénomènes méritent d'être examinés de très-près; nous les étudierons successivement.

En pareil cas, je vous l'ai dit, la première idée qui se présente, qui doit se présenter à l'esprit, c'est celle de la péritonite chronique. Partons donc de cette hypothèse, qui est en somme le plus fréquemment réalisée, cette manière de faire facilitera nos recherches, et voyons si, chez notre malade, la tuméfaction du ventre est le résultat d'une inflammation chronique du péritoine. Dans le décubitus dorsal l'abdomen présente au niveau de la ligne médiane un développement assez considérable; cependant la cicatrice ombilicale n'est pas effacée, et les

régions situées au-dessus d'elle sont manifestement moins tuméfiées que les portions inférieures. En revanche, ceci est important, les flancs élargis et comme étalés font de chaque côté une saillie notable, de sorte que le ventre dans son ensemble rappelle assez exactement la disposition du ventre des batraciens. Cet examen de la forme extérieure de l'abdomen n'est point favorable à l'idée d'une péritonite chronique; poursuivons, et interrogeons maintenant la percussion, la palpation et l'auscultation.

Dans toute la région sus-ombilicale, et sur la ligne médiane à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, la sonorité est bonne, le son intestinal est pur. Au-dessous de cette limite, jusqu'au pubis et dans les deux flancs, la sonorité manque, il y a de la matité; celle-ci remonte plus haut sur les parties latérales que sur la ligne médiane, de sorte que le niveau supérieur de la matité ne figure pas une ligne horizontale, mais bien une courbe à concavité supérieure. De ces faits nous pouvons conclure qu'il existe dans le ventre un épanchement liquide, et que cet épanchement ne remplit pas la totalité de l'abdomen. Cette dernière proposition est encore démontrée par les modifications que présentent les résultats de la percussion sous l'influence des changements du décubitus: lorsque nous faisons coucher le malade tout à fait sur le côté, à droite par exemple, la moitié droite du ventre se distend parce que l'épanchement s'y accumule en obéissant aux lois de la pesanteur, la matité y est plus accusée, tandis que le côté gauche, débarrassé du liquide, donne de la sonorité. Si l'on complète l'épreuve par sa contre-partie, c'est-à-dire si l'on

fait coucher le malade sur le côté gauche, le siège des phénomènes est renversé, c'est ce côté qui est mat et la sonorité reparait à droite. Il est bien clair que ces déplacements du liquide ne pourraient avoir lieu, si la cavité abdominale était complètement remplie. Mais ce n'est pas tout, et ce mode d'exploration nous apporte encore un renseignement d'une grande importance : la facilité, la rapidité avec lesquelles l'épanchement oscille en masse d'un côté à l'autre selon la position de l'individu, démontrent clairement qu'il est libre, parfaitement libre dans l'abdomen; il n'est pas enkysté, il n'est pas circonscrit ou coupé par des fausses membranes, aucun obstacle enfin ne limite sa mobilité. Cette donnée est capitale.

La palpation fournit une fluctuation type, à petite comme à grande distance, et l'épreuve du choc donne avec une précision rare la sensation de l'ondulation du liquide, sensation de flot qui ne doit pas être confondue avec la fluctuation proprement dite.

L'auscultation pratiquée sur divers points de l'abdomen, tandis que le malade exécute de grandes inspirations, ou qu'il incline le tronc d'un côté à l'autre, fait entendre les bruits intestinaux, mais rien qui ressemble au frottement péritonéal que produisent parfois les fausses membranes déposées sur la séreuse.

En présence de cet ensemble de signes tous également caractéristiques, l'hésitation n'est pas possible; l'intumescence du ventre chez notre malade est due à une ascite et non point à une péritonite chronique. Permettez que je vous rappelle en quelques mots les signes physiques que fournissent dans cette dernière maladie les méthodes d'exploration auxquelles nous venons d'avoir

recours; l'opposition, complète sur chaque point, ne vous laissera pas le moindre doute sur la justesse de mon interprétation.

La forme du ventre dans la péritonite chronique peut être rapportée à deux types : tantôt il est plat, rétracté, creusé en bateau, tantôt il est tuméfié; mais cette tuméfaction est uniforme, étalée en quelque sorte, et ne produit jamais cet élargissement des flancs, cette proéminence des régions péri-ombilicales que vous observez dans l'ascite, pour peu qu'elle soit considérable. — La percussion peut bien donner une matité complète, parce que la péritonite chronique est quelquefois accompagnée d'un épanchement liquide; mais comme cet épanchement est en général peu abondant, la matité est limitée aux portions inférieures de l'abdomen; dans ce cas même il est rare qu'on obtienne le déplacement en masse du liquide, parce qu'il est circonscrit et retenu par les fausses membranes qui unissent plus ou moins étroitement les viscères abdominaux et les deux feuillets de la séreuse. Lorsqu'il n'y a pas d'épanchement, les signes différentiels fournis par la percussion sont plus nets encore. Ce n'est plus de la matité qu'on obtient; c'est une submatité souvent peu prononcée, encore ne présente-t-elle rien de régulier dans son siège; elle est disséminée par places; à côté de régions qui sonnent peu ou point, vous en trouvez d'autres qui donnent la sonorité normale, et, contrairement à ce qui a lieu dans l'ascite, le son intestinal n'est presque jamais perdu dans les flancs. — A la palpation on constate un empâtement général du ventre, une rénitence spéciale, qui contraste avec la souplesse normale; il semble parfois que tous les viscères ne forment plus qu'une seule

masse, qu'on peut déplacer entre les deux mains d'un côté à l'autre comme une tumeur demi-solide qui remplirait la totalité de l'abdomen. Très-souvent aussi on voit, à travers la paroi, des inégalités, des bosselures qui résultent de la présence des fausses membranes et de la cohésion des anses intestinales. Lorsque enfin la péritonite détermine un épanchement, on peut bien percevoir à la partie inférieure du ventre une fluctuation obscure, mais vous n'aurez jamais la fluctuation type de l'ascite, pas plus que le flot du liquide. — Dans quelques cas on obtient à l'auscultation du frottement péritonéal; ce signe, auquel Bright attachait une extrême valeur, manque trop souvent pour qu'on puisse l'invoquer avec confiance. Son existence révèle sûrement la présence des fausses membranes et partant la péritonite; son absence ne prouve rien ni pour ni contre.

Voulez-vous maintenant qu'à cet exposé didactique nous substituions la démonstration clinique? Transportons-nous au n° 9 de notre salle Saint-Charles: nous trouvons là un homme de trente-cinq ans, qui présente avec une cachexie profonde une péritonite chronique des mieux caractérisées. C'est la variété à gros ventre que nous observons ici, c'est la seule qui puisse être confondue avec l'ascite proprement dite, et nous pouvons saisir chez cet individu tous les signes différentiels que je viens de vous exposer: tuméfaction médiocre et régulière du ventre, sans proéminence médiane accusée; submatité générale arrivant par places à la matité absolue, sonorité relative au niveau des deux côlons latéraux; empâtement, rénitence et bosselures caractéristiques à la palpation, déplacement de toute la masse viscérale d'un

côté à l'autre, comme si tout le contenu de l'abdomen était transformé en une tumeur unique parfaitement homogène; fluctuation très-obscure dans la région hypogastrique, sans ondulation, sans flot du liquide, tels sont les signes physiques qui, sans autre examen, décèlent d'une manière positive l'existence d'une inflammation chronique du péritoine. Il n'y a pas de confusion possible entre ces deux malades, une seule circonstance les rapproche: tous deux ont le ventre gros. Profitez du hasard qui place au même moment sous vos yeux ces types parfaits de deux lésions différentes, examinez attentivement et à plusieurs reprises ces deux individus, et vous garderez dans vos mains l'impression ineffaçable des sensations fort distinctes qui caractérisent ces deux états pathologiques de l'abdomen.

Afin de ne laisser derrière nous aucune chance d'erreur, nous devons songer cependant à une autre circonstance qui, pour être exceptionnelle, ne doit pas être oubliée dans les appréciations cliniques de ce genre. Dans quelques cas rares, la péritonite chronique détermine un épanchement liquide qui est assez abondant pour remonter jusqu'à l'ombilic ou au delà; si alors il n'existe pas d'adhérences entre les deux feuillets du péritoine, le liquide est aussi libre, aussi mobile que dans l'ascite proprement dite, et un examen superficiel pourra faire méconnaître les lésions phlegmasiques cachées derrière l'épanchement. Le professeur Bennett (d'Édimbourg) a rapporté un fait semblable concernant une fille scrofuleuse de dix-sept ans. Le ventre assez développé donnait à l'exploration tous les signes physiques de l'ascite simple. Mais lorsque sous l'influence d'un traitement

approprié une diurèse abondante se fut établie, et que la circonférence de l'abdomen eut diminué de trois pouces et un quart, alors on put constater du côté droit les duretés caractéristiques de la péritonite chronique, et le diagnostic ainsi rectifié fut vérifié quelques jours plus tard (1).

Je songeais à ce fait instructif en examinant notre homme à l'ascite; mais vainement j'ai fait varier le décubitus pour explorer successivement les diverses régions abdominales débarrassées du liquide, il m'a été impossible de saisir aucun phénomène douteux qui pût suspendre le jugement.

Si, laissant de côté les signes physiques, nous envisageons les phénomènes morbides qui ont coïncidé chez nos malades avec le développement anormal du ventre, nous trouvons dans l'étude de ces symptômes des traits qui complètent utilement cet examen comparatif.

Notre tuberculeux du n° 2, celui qui est atteint d'ascite a souffert d'une diarrhée rebelle qui est apparue il y a trois mois, en même temps que sa toux; cette diarrhée, qui a déterminé au minimum quatre ou cinq selles en vingt-quatre heures, a persisté jusqu'à ce jour sans douleurs d'entrailles, sans coliques, sans aucune autre sensation douloureuse que la cuisson résultant de l'irritation de la région anale; pendant la première semaine de sa maladie, cet homme a eu deux vomissements bilieux assez abondants; depuis lors rien de semblable; enfin il y a trois semaines, du jour au lendemain, son ventre a enflé au point que ses vêtements sont devenus trop étroits. Et c'est là tout, il n'y a pas eu d'autres symptômes abdominaux.

(1) Hughes Bennett, *Clinical Lectures on the Principles and Practice of Medicine*. Edinburgh, 1859.

Or, quoique la péritonite chronique ne soit point une maladie aux allures bruyantes, elle ne laisse pas que de déterminer certains accidents plus ou moins significatifs. Voyez plutôt notre malade du n° 9. Depuis deux ans il est tourmenté par des douleurs abdominales qui lui ont à peine laissé quelques jours de répit; à peu près en même temps qu'apparaissaient ces douleurs, les fonctions de l'intestin ont commencé à se déranger, et depuis lors il y a eu constamment des alternatives de constipation opiniâtre et de diarrhée abondante, le régime d'ailleurs restant le même; quelques mois plus tard, alors que le ventre présentait déjà les premiers signes de cette tuméfaction lente qui l'a amené au volume que vous lui voyez aujourd'hui, des vomissements sont survenus; rarement alimentaires, ils ont été le plus souvent bilieux, et pendant quatre à cinq mois ils n'ont pas manqué un seul jour. Après cela ils se sont éloignés et ont fini par disparaître. Voilà les symptômes de la péritonite chronique; ils sont bien différents, vous le voyez, de ceux que nous présente le premier malade. Non-seulement tous ces phénomènes ont manqué chez lui, mais le seul qu'il ait éprouvé, cette diarrhée survenant dès le début et persistant avec la même abondance pendant trois mois, est étranger à la symptomatologie ordinaire de l'inflammation lente du péritoine.

Au résumé notre tuberculeux n'a pas de péritonite chronique, son épanchement abdominal n'est pas le fait d'une phlegmasie péritonéale qui aurait, par exception, produit une abondante effusion de liquide libre et mobile dans la cavité séreuse; cet épanchement est une ascite pure et simple; la relation entre la tuberculisation pulmo-

naire et l'inflammation chronique du péritoine n'est point ici justifiée, les accidents abdominaux de notre phthisique ont une autre cause; c'est cette cause que nous devons maintenant rechercher. Mais la péritonite chronique étant bien et dûment éliminée, cette recherche a perdu toutes ses difficultés. Lorsqu'un malade présente des déterminations morbides multiples, il faut toujours examiner avant toute autre hypothèse si ces accidents ne peuvent pas être tous rapportés à une même cause pathologique, étendant ses effets à plusieurs appareils organiques. C'est là, messieurs, une règle importante de clinique; ce n'est qu'après s'être convaincu de l'impossibilité de cette subordination complète, que le médecin doit se décider à invoquer des causes différentes pour les divers groupes symptomatiques qu'il a sous les yeux.

Faisant l'application de ce principe général à notre cas particulier, je cherche dans la diathèse tuberculeuse dont le malade est affecté la cause unique de ses accidents pulmonaires et abdominaux; et puisque la péritonite chronique est hors de cause, je suis conduit à admettre ici une autre détermination tuberculeuse abdominale, capable de produire l'ascite par la gêne de la circulation porte. Or deux lésions seulement peuvent remplir les conditions requises: la tuberculisation péritonéale, qui, sans accidents inflammatoires, amène l'ascite par compression des radicules originelles de la veine porte, exactement comme les granulations sous-arachnoïdiennes produisent l'hydropisie ventriculaire par la compression des racines des veines de Galien; ou bien une tuberculisation générale des ganglions mésentériques qui agit de la même manière sur les troncs des veines mésaraïques,

et peut-être sur le tronc même de la veine porte, si la chaîne ganglionnaire est altérée jusqu'au hile du foie. L'âge du malade n'est guère favorable à l'idée d'une tuberculisation mésentérique isolée; d'un autre côté, je n'ai jamais vu de tuberculisation péritonéale étendue, sans lésion homologue des ganglions du mésentère: conséquemment je crois que les deux ordres d'altérations coexistent chez notre homme, et que son ascite est le résultat de la tuberculisation simultanée du péritoine et des ganglions mésentériques. Inutile d'ajouter que je me suis assuré à plusieurs reprises, par la percussion et par la palpation, de l'intégrité du foie et de la rate.

Les propositions précédentes n'épuisent pas encore les obligations du diagnostic; notre malade présente un œdème considérable des membres inférieurs; l'infiltration occupe également le scrotum, elle commence à se montrer sur la partie inférieure de la paroi abdominale: voilà donc une hydropisie dont la cause et le mécanisme doivent être soigneusement étudiés; la coexistence de l'ascite et de l'œdème des extrémités est assez fréquemment observée, et ce complexe symptomatique est pour le clinicien une source abondante d'erreurs. Le meilleur moyen de s'en préserver est de s'astreindre dans l'exploration à une méthode rigoureuse, par laquelle on passe en revue les diverses éventualités possibles, en commençant par celles qui sont le plus souvent réalisées.

J'ai donc examiné avant tout le cœur de cet homme: volume, battements, bruits, tout est normal; ce n'est pas un de ces cas où les résultats de l'exploration laissent place à quelque incertitude, tout est précis, tout est positif,

le cœur est absolument sain, et il n'est pour rien dans l'œdème des membres inférieurs.

Notre malade est profondément cachectique : il présente donc la condition pathogénique la plus puissante des coagulations veineuses spontanées (caillots cachectiques; marastiques de Virchow); je me suis préoccupé de l'état des veines poplitées, des veines fémorales, et je n'ai découvert aucune oblitération, les voies sont parfaitement libres jusqu'aux arcades crurales.

Ainsi le cœur est sain, les veines sont perméables jusqu'aux iliaques : si donc l'hydropisie des membres est due à une cause mécanique, cette cause doit siéger dans l'abdomen. Mais, en raison même de l'état général du malade, ne pourrait-on pas admettre une de ces hydropisies dites à bon droit cachectiques, qui, sans aucun obstacle mécanique, se développent sous l'influence combinée de l'altération du sang et de l'affaiblissement des puissances impulsives qui le mettent en mouvement? Je ne le pense pas, et cela pour trois raisons. Le malade ne quittait déjà plus son lit lorsque ses jambes ont commencé à enfler : dans ces conditions il n'y a pas de motif pour que l'œdème se soit d'abord montré aux membres inférieurs; de plus il y est resté limité, quoiqu'il soit très-considérable : or ces hydropisies cachectiques, qu'on observe si souvent aux dernières périodes du cancer de l'estomac, par exemple, tendent à se généraliser, tout en déterminant une tuméfaction médiocre des tissus; enfin, et c'est ici la raison par excellence, il y a sur le ventre de cet homme un réseau veineux anormalement dilaté, dont les troncs partant des régions inguinales s'élèvent vers la partie inférieure du thorax; cette disposition de

la circulation veineuse superficielle révèle à coup sûr une modification identique de la circulation profonde, c'est un élargissement des voies collatérales du sang en retour, destiné à suppléer, dans une certaine mesure, à l'insuffisance de la voie directe. Or l'établissement d'une circulation compensatrice n'est observé que dans les hydropisies de cause mécanique.

Notre méthode d'élimination rigoureusement suivie nous amène donc à ces deux conclusions importantes : l'œdème des membres inférieurs reconnaît pour cause un obstacle au retour du sang veineux, et comme cet obstacle ne siège ni dans le cœur, ni dans les membres, il faut nécessairement qu'il soit dans l'abdomen. Encore un pas, et nous toucherons au but.

Dans quelques cas analogues à celui que nous étudions, l'hydropisie des membres ne reconnaît pas d'autre cause que la compression exercée sur la veine cave inférieure par le liquide épanché dans l'abdomen; constamment alors l'ascite précède de plusieurs jours l'apparition de l'œdème. Contre cette interprétation surgissent ici plusieurs objections graves. Le rapport chronologique de l'ascite et de l'œdème n'est rien moins que satisfaisant; ces accidents étant récents (trois semaines), les souvenirs du malade sont très-précis, et il résulte de ses affirmations répétées que l'hydropisie du ventre n'a précédé que de vingt-quatre heures au plus celle des membres. Puis l'ascite n'est vraiment pas assez abondante pour que nous puissions l'accepter comme cause pathogénique unique; l'abdomen n'est pas plein, je vous l'ai dit; l'extensibilité de la paroi antérieure est loin d'être épuisée, et la pression excentrique pouvant encore s'exercer à ses