

chement (N. Guéneau de Mussy). Avec les progrès de la maladie, l'épanchement diminue, mais la déformation du ventre, tout en changeant d'aspect, persiste et s'accuse même davantage. La palpation permet souvent de sentir les masses dures formées par les fausses membranes et les productions tuberculeuses. La paroi abdominale a perdu sa souplesse, elle ne se déplace plus sur les viscères et présente un empatement, une *résistance* caractéristiques; les intestins se déplacent difficilement et en masse et l'on éprouve parfois une sensation analogue à celle que donne la palpation du ventre sur le cadavre (N. Guéneau de Mussy).

La pression sur l'abdomen est peu douloureuse, parfois la douleur est nulle. Grisolle relate le fait curieux d'un infirmier atteint de péritonite tuberculeuse qui, par bravade, se donnait de grands coups de poing sur le ventre sans éprouver de douleur. En revanche, les douleurs spontanées profondes, les coliques, les tiraillements font rarement défaut.

Les fonctions digestives se troublent de plus en plus à mesure que la maladie fait des progrès; à la diarrhée alternant avec la constipation se joignent parfois des vomissements; on observe de la lientérie, quand une communication anormale s'est établie entre le jéjunum et le gros intestin. Les perforations se font presque toujours sans grand éclat, sans poussée péritonéale aiguë, grâce à la présence des fausses membranes et des adhérences qui isolent l'épanchement. Dans quelques cas, la constipation est extrême, au point de simuler l'étranglement interne (Besnier, Liouville); l'étranglement vrai est tout à fait exceptionnel.

La fièvre, qui peut manquer pendant un certain temps, s'établit bientôt et affecte la forme hectique, l'émaciation augmente, le faciès devient terreux, les extrémités inférieures s'œdématisent; presque toujours les malades commencent à tousser et présentent les signes de la tuberculisation des sommets du poumon.

La maladie se termine presque invariablement par la mort, après une durée qui varie de deux mois à deux ans; la perforation intestinale, avec épanchement stercoral, hâte parfois l'issue fatale. Il existe quelques observations de péritonite tuberculeuse avec abcès stercoral ouvert par la cicatrice ombilicale (Vallin); ce mode de terminaison est suivi de mort à bref délai.

Dans quelques cas très-rares, la péritonite chronique tuberculeuse a guéri (Grisolle, Millard, Spencer Wells).

DIAGNOSTIC. — C'est surtout dans la période initiale que la

péritonite chronique est d'un diagnostic difficile, alors qu'il n'existe que de la diarrhée alternant avec la constipation et des douleurs abdominales sourdes; la confusion avec l'entérite tuberculeuse sans retentissement sur le péritoine est difficile à éviter avant l'apparition de la déformation et de l'empatement caractéristiques du ventre.

Dans la période confirmée de la maladie, quand l'épanchement est abondant (forme ascitique), on pourrait croire à une ascite symptomatique d'une lésion hépatique (cirrhose) ou de l'albuminurie; l'absence de ligne de niveau, le peu de mobilité de l'épanchement, le peu de développement ou l'absence d'une circulation collatérale des veines tégumentaires abdominales, séparent nettement la péritonite chronique de l'ascite. Dans l'ascite, les intestins surnagent; dans la péritonite chronique, avec épanchement abondant, lorsqu'on déprime brusquement la paroi abdominale, on sent sous la couche liquide ainsi déplacée les intestins fixés par les adhérences.

Dans les formes sèches de la péritonite chronique, les intestins agglutinés forment des masses bosselées, dures, simulant parfois des tumeurs solides, cancéreuses ou autres. « Cependant on arrivera à un diagnostic précis en ayant égard à la résistance générale des parois; on remarquera, en outre, que, si la tumeur était solide, la matité serait complète et uniforme partout, tandis qu'il n'en est pas ainsi pour les tumeurs dues à la péritonite chronique, car elles sont formées surtout par les anses intestinales, c'est-à-dire par des organes qui résonnent toujours plus ou moins, quelque peu de gaz qu'ils renferment » (Grisolle).

On soupçonnera une péritonite chronique simple, *non tuberculeuse*, si la maladie a débuté par une péritonite aiguë ou subaiguë, si le sujet est alcoolique ou brightique, si la diarrhée manque ou est peu accentuée, s'il n'existe pas de fièvre hectique, enfin, en l'absence bien avérée de toute lésion tuberculeuse de la plèvre ou des poumons.

On a décrit une péritonite chronique syphilitique (gommeuse); elle est très-rare; l'existence d'une syphilis viscérale, celle de gommés sous-cutanées, de lésions hépatiques, serviront d'élément au diagnostic.

La péritonite chronique est parfois de nature *cancéreuse* et résulte, soit de la propagation au péritoine d'un cancer d'un des organes avoisinants, soit d'un cancer primitif du péritoine et surtout de l'épiploon. Les signes physiques (déformation de l'abdomen,

empatement, etc.) sont souvent d'une analogie trompeuse avec ceux de la péritonite chronique tuberculeuse; les caractères distinctifs de la péritonite cancéreuse sont l'existence dans l'abdomen de tumeurs franchement solides et non demi-sonores, l'existence antérieure d'une lésion organique d'un des viscères abdominaux, la violence des douleurs, la marche plus rapide de la cachexie, la teinte jaune pâle spéciale aux cancéreux, la nature sanguinolente du liquide retiré par la ponction, la présence de ganglions dégénérés dans le pli de l'aîne (Guéneau de Mussy), et, dans quelques cas, l'existence de petites nodosités cancéreuses enchâssées sous les téguments de l'abdomen, ou au niveau des ponctions. L'âge du sujet devra aussi être pris en considération, quoique le cancer du péritoine puisse se développer chez de jeunes sujets et que la tuberculose péritonéale ait été observée à un âge avancé.

TRAITEMENT. — Il est purement palliatif; la médication anti-phlogistique active est formellement contre-indiquée; contre les poussées aiguës, on pourra recourir à l'application répétée de larges vésicatoires volants sur la paroi abdominale; la douleur sera combattue par des cataplasmes ou des fomentations émollientes, les vomissements par l'usage de la glace, etc. On luttera contre la diarrhée et la constipation prolongée et l'on cherchera à soutenir les forces par l'usage des toniques, de l'huile de foie de morue et d'une alimentation substantielle.

PÉRITONITES CIRCONSCRITES, PÉRITONITES PARTIELLES.

Avant les travaux de Bichat sur les membranes séreuses, la conception de la péritonite généralisée existait à peine; la péritonite n'était envisagée que comme une complication, un accident survenant dans le cours des phlegmasies de tel ou tel organe intra-abdominal. Les successeurs de Bichat, par une exagération en sens opposé, négligèrent l'étude des péritonites circonscrites; les belles recherches de Bernutz sur la pelvi-péritonite réagirent contre cette tendance. Les péritonites circonscrites des segments supérieurs du péritoine attendent encore une étude approfondie et un travail d'ensemble.

Le péritoine peut s'enflammer partiellement, d'une façon aiguë, subaiguë ou chronique, sur tous ses points, par la propagation de l'inflammation des viscères sous-jacents; mais deux départements

surtout exigent une description spéciale : le péritoine sous-diaphragmatique et le péritoine pelvien chez la femme.

Péritonites sous-diaphragmatiques. — Elles présentent deux localisations principales : la péritonite périhépatique et la péritonite péricapnétique.

L'histoire de la *péritonite périhépatique* n'existe encore qu'à l'état d'ébauche, elle ne repose que sur les observations recueillies par Frerichs, Hilton-Fagge, Moutard-Martin et la courte monographie de M. Foix. Nous l'avons suffisamment étudiée à propos des maladies du foie (Voyez *Périhépatite*, p. 1168) pour faire autre chose que la citer ici.

La *péritonite péricapnétique*, *péricapnétique*, offre une symptomatologie plus obscure encore que la périhépatite; elle est adhésive ou suppurative et reconnaît surtout pour causes, en dehors du traumatisme, l'impaludisme et les suppurations de la rate consécutives à la pyohémie ou à la fièvre typhoïde.

Pelvi-péritonite (phlegmon péri-utérin, périmétrite). — La connaissance précise de cette variété si importante de péritonite partielle est de date récente. Sous le nom vague d'*engorgement utérin*, les anciens gynécologistes décrivaient la plupart des affections inflammatoires de l'utérus et des organes avoisinant. Nonat, le premier, distingua les métrites d'avec les inflammations de voisinage qu'il localisa dans le tissu conjonctif sous-péritonéal (péri-utérin) et qu'il désigna sous le nom de *phlegmons péri-utérins*. C'est aux recherches de M. Bernutz qu'est dû le progrès le plus décisif; ce médecin montra que, dans la plupart des cas indiqués par Nonat comme des phlegmons péri-utérins, il ne s'agissait pas de phlegmon, c'est-à-dire d'inflammation suppurative du tissu conjonctif, mais de véritables pelvi-péritonites. Le tissu conjonctif anté et rétro-utérin (siège de prédilection de la maladie) existe à peine et ne saurait être le point de départ de la tumeur que révèlent le toucher et la palpation. Seul le phlegmon du ligament large (latéro-phlegmon de Nonat) est bien un phlegmon dans l'acception anatomique du mot et se développe dans le tissu conjonctif abondant interposé entre les deux feuillets séreux qui limitent le ligament en avant et en arrière; aussi offre-t-il une symptomatologie bien distincte de la pelvi-péritonite. La plupart des gynécologistes se rallient aujourd'hui à l'opinion de Bernutz et pensent que le phlegmon péri-utérin de Nonat n'est dans la grande majorité des cas qu'une pelvi-péritonite.

ÉTILOGIE. — La pelvi-péritonite primitive est très-rare; presque toujours elle est symptomatique de l'irritation ou de l'inflammation de l'utérus, des trompes ou des ovaires. Au premier rang parmi ses causes, il faut citer la puerpéralité, un accouchement pénible, une imprudence pendant les couches, l'avortement; la pelvi-péritonite reconnaît encore comme causes : la fluxion menstruelle, le traumatisme utérin (excès vénériens, cautérisation du col, chancres du col, cathétérisme utérin); Bernutz signale aussi la blennorrhagie dont il exagère peut-être l'importance étiologique. La tuberculose des organes génitaux de la femme entraîne souvent la pelvi-péritonite tuberculeuse qui mérite une mention spéciale; la *phthisie pelvienne* forme un chapitre de la tuberculose génitale chez la femme, bien étudiée dans la thèse inaugurale de M. Brouardel.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — A l'ouverture de l'abdomen, on constate que la cavité du petit bassin est comblée plus ou moins complètement par des fausses membranes qui relient entre eux l'utérus, les trompes, l'ovaire et l'intestin. Cet agrégat de plusieurs organes soudés entre eux correspond à la tumeur que le toucher vaginal révèle pendant la vie. Les fausses membranes sont tantôt purement fibrineuses, tantôt cloisonnées en forme de loges contenant du liquide séreux ou séro-purulent, parfois de véritables collections purulentes. L'utérus, les trompes et les ovaires sont le siège de lésions diverses, les organes sont congestionnés ou enflammés, déformés et bridés par les néomembranes. Dans la pelvi-péritonite chronique tuberculeuse, les fausses membranes sont parsemées de granulations ou de masses tuberculeuses, à l'état caséux ou en voie de ramollissement et de fonte; les trompes, les ovaires, le corps de l'utérus et la muqueuse qui les tapissent sont le siège des mêmes altérations; il n'est pas rare de voir les trompes et le fond de l'utérus distendus et comme injectés par du pus caséux; les trompes peuvent atteindre les dimensions du petit intestin et offrir un aspect moniliforme particulier.

DESCRIPTION. — La pelvi-péritonite est aiguë, subaiguë ou chronique. La forme aiguë s'annonce par une douleur occupant la région hypogastrique, douleur vive, lancinante, augmentant par la pression et par les mouvements; généralement elle s'accompagne d'un frisson qui cependant peut faire défaut. En même temps, le ventre se ballonne, surtout dans la région hypogastrique; des nausées surviennent, puis des vomissements; le facies s'altère, les traits sont

grippés; la fièvre est vive, le pouls petit, dur, concentré; la température atteint 39, 40 et même 41 degrés.

Le toucher révèle une élévation de température du vagin, une augmentation des sécrétions et, dès les premiers jours, l'empatement et la rénitence douloureuse d'un ou des deux culs-de-sac. Bientôt cette rénitence fait place à une véritable tumeur, de volume et de consistance variables, arrondie, ou en forme de croissant, occupant ordinairement le cul-de-sac postérieur, proéminent à gauche ou à droite, refoulant la matrice, dont les déplacements s'accusent par la direction vicieuse imprimée au col. Les culs-de-sac, plus ou moins effacés, sont souvent animés de battements (pouls vaginal de Nonat).

La tumeur, d'abord rénitente, s'indure ou devient semi-fluctuante, selon que la terminaison doit être l'organisation des fausses membranes ou la suppuration.

Le toucher rectal, combiné au toucher vaginal, permet de bien limiter la tumeur.

La palpation abdominale fournit peu de renseignements au début; elle est du reste peu praticable, à cause de l'acuité de la douleur. Plus tard elle permet, chez les femmes maigres, de constater la présence derrière la branche horizontale du pubis, d'une tumeur plus ou moins dure, analogue au phlegmon du ligament large, mais s'en distinguant par ce fait qu'elle est séparée de la branche horizontale du pubis par un sillon et que l'on peut toujours déplacer la paroi abdominale au devant d'elle (Bernutz). L'emploi du spéculum donne peu de renseignements, il est même dangereux, du moins lors de la phase aiguë de la maladie.

Le plus souvent, on constate des troubles d'un ou de plusieurs des organes intra-pelviens, de la dysurie, de la rétention d'urine, de la constipation, des épreintes accompagnées de selles muqueuses dysentériques (*rectite glaireuse*, Nonat), symptômes liés soit au retentissement de l'inflammation, soit à la compression exercée par la tumeur.

La pelvi-péritonite aiguë se termine par résolution, par suppuration, ou passe à l'état chronique. Dans le premier cas, la fièvre s'apaise, la douleur se calme et les noyaux d'induration constatés par le toucher et la palpation diminuent de volume jusqu'à complète disparition. Ce mode de terminaison est assez rare; le plus souvent il reste des brides et des indurations entraînant des déviations et des troubles divers des organes génitaux.

Quand la suppuration doit s'établir, la fièvre, au lieu de tomber vers le huitième ou le dixième jour, présente des redoublements, accompagnés de frissons et de sueurs; la tumeur pelvienne se ramollit, les battements artériels y sont plus accusés; elle est le siège d'élançements douloureux. Le pus peut se frayer une issue dans le vagin, dans le rectum, dans la vessie; rarement il fait irruption dans la grande cavité péritonéale.

La *pelvi-péritonite chronique* est consécutive à une péritonite aiguë, ou bien elle est chronique d'emblée. Dans ce dernier cas, le début est insidieux, mal accusé; la malade se plaint de douleurs dans les reins, dans le bas-ventre, de tiraillements et de pesanteur pendant la marche ou dans la station debout; il existe des troubles menstruels, de la leucorrhée, des métrorrhagies. Généralement, à chaque époque menstruelle, on constate une recrudescence dans les symptômes, due à une poussée aiguë; le toucher donne à peu près les mêmes résultats que dans la pelvi-péritonite aiguë.

Au bout de quelque temps, l'état général se détériore; les malades maigrissent, les traits sont tirés et expriment la souffrance; elles marchent difficilement, courbées et comme pliées en deux; on voit apparaître de la dyspepsie, des états névralgiques multiples, de la métrorrhagie, de la dysménorrhée, une tendance à l'hypocondrie ou à l'hystérie.

La pelvi-péritonite chronique peut entraîner en outre des troubles morbides qui subsistent, même quand la phlegmasie est tout à fait éteinte; ce sont: des troubles de la menstruation, de la dysménorrhée douloureuse, la stérilité, la tendance aux avortements, conséquences des brides et des adhérences qui entraînent des positions vicieuses des organes intra-pelviens.

PRONOSTIC. — La pelvi-péritonite entraîne rarement la mort; mais c'est une affection sérieuse par les souffrances qu'elle inflige à la femme, par ses fréquentes rechutes (forme à répétition de Gosselin), par les dangers de la terminaison par suppuration, et par les altérations irrémédiables imprimées à l'utérus et à ses annexes.

DIAGNOSTIC. — La pelvi-péritonite peut être confondue avec la métrite; mais dans la métrite, les culs-de-sac ne sont pas déformés, l'utérus, quoique augmenté de volume, conserve sa mobilité; la douleur est moins vive, tormineuse, non péritonéale. Le *phlegmon du ligament large* occupe un autre siège; il est franchement latéral, la tumeur proémine peu dans l'excavation pelvienne et se développe

surtout vers l'aîne et la fosse iliaque; elle fait corps avec la paroi abdominale antérieure.

L'*hématocèle rétro-utérine* a un début plus aigu, parfois franchement syncopal; la tumeur constatée par le toucher se forme très-rapidement, en quelques heures; molle d'abord, elle s'indure ensuite; souvent elle est beaucoup plus volumineuse qu'elle ne saurait l'être dans la pelvi-péritonite. Cependant certaines formes d'hématocèle à répétition sont difficiles à distinguer de la pelvi-péritonite, d'autant plus que, dans un certain nombre de cas, elles ne sont que des pelvi-péritonites hémorrhagiques (Virchow, A. Voisin), analogues au point de vue anatomique à la pachyméningite hémorrhagique.

La pelvi-péritonite chronique se distinguera des *déviation*s utérines, de la rétroversion surtout, des *corps fibreux*, des kystes ovariens enflammés, par le toucher vaginal combiné au toucher rectal et à la palpation abdominale, et enfin par l'emploi prudent de l'hystéromètre.

TRAITEMENT. — Dans la période aiguë du début et pendant les poussées inflammatoires, le traitement antiphlogistique sera indiqué: bains entiers, cataplasmes émollients; il faudra être très-sobre d'émissions sanguines locales (sangsues à la région hypogastrique) dans la crainte de provoquer l'anémie. L'application permanente de compresses froides ou de vessies de glace est préférable; enfin on prescrira le repos absolu au lit. Pour hâter la résolution, on pourra recourir à l'emploi répété de vésicatoires volants. Si la suppuration s'est établie, si le foyer tarde à se vider spontanément et est accessible, l'ouverture artificielle pourra être pratiquée.

Dans la pelvi-péritonite chronique, outre les moyens locaux, il sera nécessaire de recourir à une médication générale pour modifier la constitution de la malade, lutter contre l'anémie et la *cachexie utérine* et contre les états nerveux, l'hystéricisme et la dyspepsie, qui en dérivent.

Un régime tonique, l'exercice modéré, le séjour dans les stations thermales, l'hydrothérapie sagement appliquée sont les moyens auxquels il faudra recourir.

Péritonite aiguë. — DUGÈS. Art. Péritonite in Diction. en 15 vol. — CHOMEL. Art. Péritonite in Diction. en 30 vol. — BROUSSAIS. Histoire des phlegmasies chroniques. — SCOUTETTEN. Anatomie path. de la péritonite (Arch. gén., 1823). — CRUVEILHIER (J). Traité d'anat. path., 1840. — GAUDERON. De la péritonite idopathique aiguë des enfants (thèse de Paris, 1876). — BAUER. Krankheiten des Peritonium (in Ziemssen's Handb., Bd VIII, 2^e Hälfte, 1875). — SIREDEY et DANLOS, Art. Péritonite in Nouv. Dict. de méd. et de chir. pratiques, t. XXVII. — E. VILLEMEN. Recherches sur la péritonite traumatique, thèse de Paris, 1877.

Péritonite puerpérale. — BAUDELLOCQUE. Traité de la péritonite puerpérale, Paris, 1830. — VOILLEMIER. Histoire de la fièvre puerpérale observée en 1838 à l'hôpital de Cliniques (Clinique chirurg., Paris, 1862). — TARNIER. De la fièvre puerpérale observée à la Maternité, Paris, 1858. — Académie de médecine, discussion sur la fièvre puerpérale (1858). — BÉHIER. Conférences cliniques, Paris, 1864. — LUCAS-CHAMPIONNIÈRE (J.). Lymphatiques utérins et lymphangites utérines, thèse de Paris, 1870. — SIREDEY. La fièvre puerpérale n'existe pas (Annales de gynécologie, 1875). — FIOUPE. Lymphatiques utérins et parallèle entre la lymphangite et la phlébite utérine, thèse de Paris, 1876.

Péritonite chronique. — ANDRAL. Clinique médicale, Paris, 1840, t. II. — LOUIS. Recherches sur la phthisie, Paris, 1843. — DÉMON. Essai sur la péritonite tuberculeuse chez l'adulte, thèse de Paris, 1848. — GRISOLLE. Traité de path. interne, t. I. — CLÉMENT. De la péritonite chronique, thèse de Paris, 1865. — EMPIS. De la granulie, Paris, 1865. — HÉMEY. Péritonite tuberculeuse, thèse de Paris, 1866. — LASÈGUE. Péritonite chronique (Arch. de méd., 1867). — VALLIN. De l'inflammation péri-ombilicale dans la tuberculose du péritoine (Arch. gén. de méd., 1869). — PEHAM (C.). De la péritonite tuberculeuse, th. de Paris, 1871. — HILTON FAGGE. Observ. on some points connected with diseases of the liver or of the peritonæum (Guy's hosp. Reports, t. XX, 1875). — GUÉNEAU DE MUSSY (N.). Clinique médicale, t. II, Paris, 1877.

Péritonites partielles, pelvi-péritonite. — ANDRAL. Clinique médicale, t. II. — FRERICHs. Traité des maladies du foie, trad. fr., 3^e édit., 1877. — HILTON FAGGE. Cases of abscess without the upper part of the abdomen (Guy's hosp. Reports, 1873). — FOIX (P.). Des péritonites circonscrites de la partie supérieure de l'abdomen, thèse de Paris, 1874. — BESNIER (E.). Art. Rate in Dict. encyclop. des sc. médicales. — BOURDON (H.). Des tumeurs fluctuantes du petit bassin (Revue médicale, 1841). — ARAN. Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus, Paris, 1858. — NONAT. Traité des maladies de l'utérus, Paris, 1860. — BERNUTZ et GOUPIL. Clinique médicale sur les maladies des femmes, Paris, 1862, t. II. — VALLEIX. Guide du médecin praticien, édit. de LORAIN, t. V. — BROUARDEL. Tuberculisation des organes génitaux de la femme, thèse de Paris, 1865. — AUGER. De la lymphadénite péri-utérine, thèse de Paris, 1876.

ASCITE.

L'ascite, ou *hydropisie du péritoine*, est l'épanchement de sérosité dans le péritoine. L'ascite *primitive* ou *idiopathique* est très-rare; le plus souvent elle est *secondaire* ou *symptomatique*.

ÉTIOLOGIE. — L'ascite est parfois congénitale et devient alors une cause de dystocie, mais c'est un fait rare dont on compte les exemples.

Peu commune pendant la première enfance, l'ascite augmente de fréquence après six ans (Rilliet et Barthez); elle s'observe le plus souvent entre quarante et cinquante ans. Les femmes y sont plus sujettes que les hommes (Gintraç).

L'ascite *idiopathique* est une affection rare: elle s'observe comme une sorte de fluxion compensatrice sous l'influence du froid ou de l'ingestion de boissons glacées tandis que le corps est en sueur; on l'a rencontrée de même à la période de desquamation de la rougeole ou de la scarlatine avec ou sans albuminurie concomitante. Dans un certain nombre de cas elle a succédé à la suppres-

sion ou à l'arrêt du flux menstruel, surtout chez de jeunes filles au moment de l'établissement de la menstruation. L'ascite peut être également la suite d'un traumatisme de l'abdomen. Dans toutes ces circonstances l'ascite revêt un caractère d'acuité qui la rapproche jusqu'à un certain point de la péritonite.

L'ascite *secondaire*, beaucoup plus fréquente, se rencontre dans les affections de la séreuse péritonéale, dans les maladies qui mettent un obstacle à la circulation et dans celles qui atteignent un des viscères abdominaux; enfin elle peut aussi reconnaître pour cause une altération du sang.

La péritonite aiguë simple s'accompagne rarement d'ascite, mais on voit souvent l'hydropisie survenir dans la tuberculose miliaire du péritoine.

La péritonite chronique, surtout lorsqu'elle est de nature cancéreuse, donne plus souvent lieu à l'épanchement ascitique.

L'hydropisie du péritoine qui résulte d'un obstacle à la circulation veineuse générale est toujours précédée d'anasarque dans le domaine de la veine cave, et reconnaît pour cause une maladie du cœur ou des poumons.

Une autre cause d'ascite dans les maladies des organes thoraciques est l'engorgement du foie, la cirrhose cardiaque; la cirrhose atrophique agit de la même façon en rétrécissant et oblitérant les ramuscules de la veine porte en même temps qu'elle empêche le retour du sang dans la veine cave inférieure. La cirrhose hépatique est la cause de beaucoup la plus fréquente de l'épanchement ascitique; les tumeurs de la rate, de l'estomac, du pancréas, des ganglions mésentériques, ne produisent guère l'ascite que par compression directe de la veine porte; enfin l'oblitération de la veine porte elle-même (pyléphlébite adhésive et suppurative) s'accompagne presque fatalement d'épanchement dans la cavité abdominale.

Les altérations du sang qui donnent lieu à l'ascite sont un état hydrémique avec diminution de la quantité d'albumine du sérum: aussi ce symptôme se rencontre-t-il fréquemment dans les affections des reins, la leucocythémie, les cachexies (cachexie palustre, scorbutique, de misère, etc.); l'ascite est un des symptômes de l'anasarque.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — La quantité de liquide épanché dans le péritoine est très-variable: réduite parfois à quelques centaines de grammes, elle peut atteindre le chiffre de 30 à 40 litres; le chiffre moyen est de 8 à 10 litres. Ce liquide, analogue au sérum

du sang dont il diffère cependant, est clair et limpide, d'une couleur jaunâtre ou verdâtre, d'une consistance épaisse, visqueuse, parfois même gélatineuse; lorsqu'il contient un peu de sang, sa coloration devient rougeâtre. Sa réaction est généralement alcaline, sa densité très-élevée.

La caractéristique du liquide ascitique comme de tous les épanchements hydropiques analogues est la présence de l'*albumine*: celle-ci, qui se présente à l'état d'albumine pure ou d'albuminate de soude, ne dépasse jamais le chiffre de 5 grammes par litre, et est accompagnée d'une autre substance azotée, spéciale, de nature albuminoïde, que Gannal a appelée *hydropisine*. Les recherches de C. Schmidt et de Hoppe ont montré que c'était le liquide ascitique qui, après celui de l'hydrothorax, contenait le plus d'albumine: la richesse en albumine varie d'ailleurs avec la cause et avec l'âge de l'ascite; c'est ainsi, par exemple, que la quantité d'albumine est toujours plus considérable dans les affections qui ralentissent le cours du sang que dans celles où l'hypoalbuminose du sérum sanguin est très-marquée (mal de Bright).

La fibrine n'existe jamais qu'en quantité très-faible dans le liquide ascitique; sa coagulation donne naissance à quelques flocons qui nagent dans le liquide et emprisonnent les éléments figurés du sang, globules rouges et leucocytes. Le liquide péritonéal renferme encore les éléments du sérum sanguin, des matières grasses, des matières extractives et des sels: l'urée en particulier ne fait jamais défaut et se trouve surtout en abondance dans les ascites brightiques.

Le péritoine présente des altérations lorsque l'ascite est le résultat d'une irritation sécrétoire ou lorsqu'elle est symptomatique d'une affection aiguë ou chronique de cette séreuse (péritonite tuberculeuse, cancéreuse, etc.). Dans les autres cas, la séreuse est blanchâtre, opalescente, comme dans les cas d'imbibition prolongée. Les muscles de la paroi abdominale distendus par l'épanchement sont pâles et amincis; les intervalles qui existent entre les aponévroses s'accusent et donnent facilement issue à des hernies après que le liquide a disparu. Sur la peau on observe fréquemment des vergetures.

DESCRIPTION. — Il est assez rare que l'ascite se montre brusquement; ce mode de début ne s'observe que dans les obstructions rapides de la veine porte et dans les hydropisies péritonéales spontanées. Le plus souvent l'ascite affecte tout d'abord des allures insidieuses et s'installe avec lenteur; la tuméfaction de l'abdomen qui

se produit dès que la séreuse contient un peu de liquide est le premier symptôme qui attire l'attention des malades par la sensation de plénitude et de tension qu'elle détermine, après l'ingestion des aliments en particulier. Le ventre a une forme ovoïde, la base de la poitrine est dilatée, les fausses côtes sont repoussées excentriquement. Lorsque l'épanchement a acquis de plus grandes proportions et que le malade est observé dans le décubitus horizontal, les flancs sont élargis et débordent latéralement, tandis que la région ombilicale est aplatie. Dans la station debout, l'élargissement des flancs disparaît; il se produit à l'hypogastre et dans les deux régions iliaques une saillie en forme d'*outre* plus ou moins considérable suivant les cas. Lorsque l'épanchement a atteint des proportions plus grandes encore, la cicatrice ombilicale se déplisse et proémine en avant: il se peut même qu'elle soit le siège d'une petite tumeur saillante, fluctuante, transparente, produite par de la sérosité qui s'est infiltrée après avoir franchi l'anneau.

La *fluctuation* et les modifications de la *percussion* sont deux caractères très-importants de l'ascite.

La *fluctuation*, lorsque l'épanchement est abondant, doit être recherchée dans la position horizontale par la percussion *diamétrale* (Racle); une main est appliquée à plat sur un des flancs du malade, tandis que l'autre main, placée sur l'autre flanc ou près des pubis, frappe de petits coups sur l'abdomen: on a alors une sensation de *flot*, due à l'ondée liquide que déplace la percussion. Il faut éviter de prendre pour le flot les mouvements d'ébranlement et de tremblement que la percussion communique à la peau et aux couches musculaires: pour cela on comparera la sensation de flot à celle qu'on obtient dans une région voisine où l'on sait qu'il n'existe pas de liquide, ou bien on fera placer le bord cubital de la main d'un assistant dans la direction de la ligne blanche, ce qui suffit pour intercepter les vibrations musculaires, sans gêner le mouvement oscillatoire du liquide.

Lorsque le liquide est peu abondant ou lorsqu'il existe une cloison formée, par exemple, par l'intestin interposé, il faut avoir recours à la fluctuation *périphérique*: on place le malade dans le décubitus latéral qui permet l'accumulation du liquide dans un point facilement accessible, et en appliquant les deux mains l'une près de l'autre ou même en ne se servant que d'une main et en percutant avec l'indicateur, tandis qu'on écarte la peau avec les autres doigts et le pouce, on peut obtenir très-nettement la sensation de flot.

La *percussion* est de tous les moyens physiques d'investigations celui qui donne les renseignements les plus précieux (Frank, Rostan, Piorry). Le liquide, s'accumulant dans les parties les plus déclives, occupe l'hypogastre et les flancs et re foule les intestins, qui sont plus légers, vers l'ombilic et l'épigastre. La percussion donne un son tympanique dans toutes les parties occupées par l'intestin et surtout au pourtour de l'ombilic; au contraire, dans tous les points où il existe du liquide, la percussion donne un son mat et une résistance au doigt qui varie avec l'épaisseur du liquide. Entre ces deux zones de sonorité tympanique et de matité absolue existe une *ligne de niveau*, sensiblement horizontale, au niveau de laquelle la percussion donne souvent un son hydroaérique. Lorsqu'on déplace le malade, qu'on le met dans le décubitus latéral, les liquides et les gaz, obéissant aux lois de la pesanteur, conservent les mêmes rapports : la partie inférieure mate est séparée de la partie supérieure sonore par une ligne de niveau, comme dans le cas précédent; il est parfois nécessaire d'attendre quelques instants avant de constater ces phénomènes, le déplacement du liquide se faisant avec une certaine lenteur lorsqu'il existe des cloisons, des adhérences ou que le liquide est visqueux. Lorsque l'ascite devient plus abondante encore, la matité s'élève au-dessus de l'ombilic et peut même devenir complète, le liquide passant entre la paroi abdominale et l'intestin retenu par le mésentère. Lorsqu'au contraire l'épanchement est peu considérable, il faut employer quelques artifices pour constater la présence du liquide; on pourra faire placer le malade, suivant le conseil de Racle, sur les coudes et les genoux, à *quatre pattes*, position qui permet à l'épanchement de venir se collecter au niveau de l'ombilic où il est facilement appréciable.

L'hydropisie du péritoine s'accompagne de troubles morbides en rapport avec la compression que subissent les différents viscères. La constipation habituelle, la difficulté des digestions avec sensation de poids et de tiraillements dans l'abdomen, parfois des nausées et des vomissements, tels sont les signes qui traduisent le plus souvent la gêne fonctionnelle du tube digestif. Le refoulement du diaphragme détermine une dyspnée parfois très-intense; on observe aussi parfois des irrégularités et des intermittences dans les battements du cœur. Enfin la compression de la veine cave inférieure et des iliaques primitives détermine assez fréquemment l'œdème des membres inférieurs.

En général il y a une diminution très-marquée de la sécrétion

urinaire : les urines sont rares, concentrées, rouges et laissent déposer un abondant sédiment, fait qui est dû à la fois à la compression des artères rénales et des reins et à la grande quantité d'eau qui s'épanche dans le péritoine. Lorsqu'on pratique la paracentèse de l'abdomen chez un malade atteint d'ascite, il est fréquent de voir la quantité d'urine augmentée pendant les jours qui suivent la ponction.

MARCHE. DURÉE. TERMINAISONS. — La marche de l'ascite est variable; comme nous l'avons vu, l'hydropisie idiopathique débute ordinairement avec brusquerie, tandis que dans la plupart des cas la formation de l'ascite symptomatique est lente et insidieuse. La durée de la maladie n'est parfois que de quelques semaines, tandis que d'autres fois elle atteint plusieurs années : Lecanu a rapporté un cas de guérison, après 886 ponctions, d'une ascite de quinze ans de durée.

La gravité de l'ascite dépend moins de l'épanchement lui-même que de la maladie hydropigène : la guérison est possible dans un grand nombre de cas. L'ascite idiopathique disparaît parfois en quelques semaines pour ne plus reparaitre. La résorption lente du liquide, une sorte de crise (Mondière), se traduisant par des évacuations alvines très abondantes, une diurèse ou une diaphorèse excessive, ont parfois amené la guérison spontanée de l'ascite. Le développement d'un riche réseau veineux abdominal dans la cirrhose hépatique peut faire disparaître complètement l'épanchement; le traitement spécifique agit parfois de même lorsque les lésions hépatiques sont d'origine syphilitique.

La terminaison favorable peut enfin être le résultat de ponctions répétées ou même de l'évacuation spontanée du liquide à travers la peau, dans l'intestin, etc.

Lorsque la terminaison doit être fatale, le ventre continue à augmenter de volume, l'hydropisie devient générale, la dyspnée s'accroît et les malades finissent par succomber dans le marasme.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic de l'ascite est facile; nous ne reviendrons pas sur les signes caractéristiques de cette affection, mais une fois l'ascite constatée il importe de rechercher la cause qui l'a produite : c'est généralement par l'étude des conditions dans lesquelles l'ascite s'est développée et par l'examen attentif des organes que l'on arrive à cette notion si importante pour le pronostic et le traitement. Dans certains cas cette recherche doit être précédée de l'évacuation du liquide épanché.