

d'uriner en pressant sur la tumeur. Enfin, le cathétérisme, en donnant issue à l'urine, détruit tous les doutes qu'on pouvait encore avoir.

Il est impossible de confondre l'ascite avec une grossesse avancée; car dans celle-ci le ventre est occupé inférieurement par une tumeur piriforme, dure, mate, non fluctuante, située sur la ligne médiane et un peu inclinée à droite; en appliquant l'oreille à son niveau, on entend le souffle placentaire et le double battement du cœur du fœtus; enfin le toucher fait reconnaître un raccourcissement plus ou moins considérable du col et le phénomène du ballotement. Il sera tout aussi facile de distinguer l'ascite de l'hydromètre, de la pneumatose utérine, des tumeurs enkystées des ovaires, ainsi que de l'affection vicieusement nommée hydropisie de l'estomac: c'est ce que j'exposerai avec détail quand je traiterai de chacune de ces maladies. (Pour le diagnostic d'avec certains abcès de la rate, voyez page 344.)

L'ascite une fois reconnue, il faut déterminer la cause qui l'a produite. On y parvient le plus souvent en étudiant les antécédents des malades, la marche que l'ascite a suivie, et les phénomènes morbides qui l'accompagnent. L'épanchement péritonéal qui survient consécutivement à l'œdème des extrémités inférieures pourrait bien dépendre d'un obstacle au cours du sang dans la veine cave inférieure; mais presque toujours il est l'indice d'une affection organique du cœur. L'ascite qui se montre chez des sujets dont la face est pâle, bouffie, et qui ont eu déjà de l'œdème sur plusieurs autres points du corps, devra faire soupçonner une maladie de Bright, et portera à examiner les qualités de l'urine. Lorsque l'ascite est primitive, lorsqu'un sujet qui présente la diathèse séreuse au plus haut degré, nous apprend que l'hydropisie a commencé par le ventre, et n'a gagné les autres parties du corps que consécutivement, il faudra rechercher dans l'abdomen lui-même la cause de la maladie. La palpation et la percussion pourront alors faire reconnaître dans cette cavité quelque tumeur plus ou moins volumineuse; si l'exploration la plus attentive n'en fait pas constater l'existence, on soupçonnera quelque obstacle dans la veine porte, et avant tout une cirrhose du foie; car cette lésion est la cause la plus fréquente des ascites primitives. Enfin l'épanchement péritonéal qui a été précédé de douleurs de ventre, de vomissements bilieux, d'un grand amaigrissement, et qui, surtout, s'accompagne de rénitence et de dureté des parois abdominales, devra être rattaché à une péritonite chronique (voyez cette maladie).

Nous ne saurions terminer ce sujet sans redire encore combien les ascites idiopathiques sont rares. On ne doit donc jamais manquer, dans les cas d'épanchements péritonéaux, d'interroger tous les organes, toutes les fonctions, et d'analyser les fluides, pour être éclairé sur la cause de la maladie. Il ne faut pas oublier surtout que des ascites en apparence spontanées, survenant rapidement et sans douleur chez des sujets jeunes, et au milieu des apparences de la santé, se lient souvent à une grave lésion du péritoine, à la présence de tubercules miliaires. Nonobstant cette altération, quelques malades se rétablissent momentanément, et sont emportés plus tard par une récurrence ou par une autre affection tenant à la diathèse elle-même. Il y a une vingtaine d'années, j'envoyai dans les salles de Chomel une jeune fille, forte en apparence, qui avait été prise, sans cause connue, d'une ascite remontant alors à quelques semaines. La manière dont l'affection avait débuté, sa marche, l'état actuel de la maladie, la facilité avec laquelle la guérison s'opéra, donnaient à penser que l'ascite était essentielle. Cependant, à peine quelques semaines s'étaient écoulées, que cette jeune fille rentrait de nouveau à l'Hôtel-Dieu avec une méningite granulée à laquelle elle succomba; à l'autopsie, on trouva, indépendamment

des lésions cérébrales, un grand nombre de granulations miliaires dans le péritoine, qui présentait, en outre, quelques fausses membranes et un reste d'épanchement liquide.

**Pronostic.** — L'ascite est une maladie toujours grave; cette gravité tient bien moins à l'épanchement lui-même qu'aux lésions dont elle est presque toujours symptomatique. La grossesse est, dans tous les cas, une circonstance très-aggravante; il faut savoir que la paracentèse, qu'on est souvent obligé de pratiquer pour remédier aux accidents, provoque en général l'expulsion du fœtus.

**Traitement.** — Le traitement à opposer à l'ascite est le même que celui des autres hydropisies; on insiste spécialement sur les purgatifs hydragogues, sur les sudorifiques, sur les bains de vapeur et sur les diurétiques. (Voy. plus haut, p. 792.) Quelques médications spéciales ont, en outre, été proposées contre cette affection. Ainsi, Chrestien a publié dans le tome XXVII des *Archives de médecine* un travail pour prouver l'utilité de la diète exclusivement lactée dans les ascites simples, comme dans celles qui étaient symptomatiques d'altérations survenues dans la rate et dans le foie. Les malades dont il parle ont guéri à la suite d'une abondante diurèse. Cette supersécrétion a-t-elle été spontanée, ou bien est-elle l'effet du traitement? C'est un point qui reste à éclaircir. Quelle que soit, d'ailleurs, la méthode qu'on suive, pour bien juger de l'effet des remèdes, il importe de mesurer de temps en temps la circonférence du ventre à l'aide d'un lien. Il convient de marquer avec de l'encre ou bien avec du nitrate d'argent la hauteur de l'épanchement.

Lorsque les moyens ordinaires restent sans effet, lorsque la distension du ventre est telle que les malades éprouvent beaucoup de dyspnée et d'anxiété, il faudra donner issue au liquide par la paracentèse. Dans la plupart des cas, on tarde trop à pratiquer cette petite opération, qui soulage toujours; en la différant comme on le fait, on laisse distendre outre mesure et affaiblir les parois abdominales, ce qui permet à l'épanchement de se reproduire avec beaucoup de facilité.

Pour pratiquer la paracentèse, le malade sera couché sur le bord du lit correspondant au côté sur lequel on se propose d'opérer; sa tête sera élevée par des oreillers, et le corps un peu incliné. Un aide soutient le malade. La ponction sera faite indifféremment à droite ou à gauche, à moins pourtant qu'une tumeur ne force à choisir un des côtés à l'exclusion de l'autre. Le point d'élection où l'instrument doit être enfoncé correspond au milieu d'une ligne qui de l'ombilic aboutirait à l'épine iliaque antérieure et supérieure. Cependant, si l'ascite coexistait avec une grossesse, le liquide ayant été refoulé en grande partie vers les hypochondres, comme la matité et la fluctuation le démontrent, on a conseillé de ponctionner dans ce point (Scarpa et Cruch, de Pavie); d'autres ont cru préférable, avec Ollivier (d'Angers), de donner issue au liquide à travers l'ombilic ou par un point de la ligne blanche. Quelle que soit la partie du ventre qu'on ponctionne et de quelque manière qu'on opère, il convient, avant d'enfoncer l'instrument, de percuter le ventre à ce niveau, et de s'assurer, en pratiquant la percussion superficielle et puis la percussion profonde, qu'il n'y a aucune anse intestinale adhérente dans cet endroit.

Ces précautions prises, le trocart étant suffisamment graissé, après s'être assuré aussi que le poinçon est mobile dans la canule et peut en être aisément retiré, on saisit l'instrument de la main droite, de manière que le manche appuie dans le milieu de la paume, puis on l'enfonce rapidement dans le ventre jusqu'à ce qu'on ne sente plus de résistance, en ayant soin de tendre la peau

avec le pouce et l'index de la main gauche; retirant alors le poinçon, l'eau s'écoule, et on la reçoit dans un vase. En général, il n'est pas nécessaire d'imprimer à la canule aucun mouvement; quelquefois pourtant il faut l'incliner en divers sens, et aider à la sortie du liquide par une pression exercée sur le ventre à l'aide des deux mains d'un aide.

Nous conseillons de vider le ventre en une seule fois, à moins pourtant que l'ascite ne soit trop considérable, cas dans lequel on devrait faire plusieurs ponctions successives, et ne permettre à chacune d'elles que l'écoulement d'une partie du liquide, afin de faciliter le retrait des parois sur elles-mêmes. Le liquide évacué, la canule est retirée aussitôt, pendant qu'avec deux doigts de l'autre main on soutient la peau. Après avoir essuyé le sang qui coule en petite quantité de l'ouverture, on applique un morceau de sparadrap, et l'on entoure le ventre d'un bandage de corps modérément serré.

On a vu, dans quelques cas, une hémorrhagie se faire par la piqûre; lorsque la compression ne suffit pas pour l'arrêter, on pourrait, à l'exemple de Belloc, insinuer dans le trajet de la plaie un petit cylindre de cire, ou mieux encore un petit morceau de ces bougies nommées *rats-de-cave*, et qui, en raison de la mèche, peuvent être plus facilement introduites et retirées. La syncope est encore un accident noté parmi ceux qui surviennent après la paracentèse, mais elle est si rare que je ne l'ai pas encore observée dans ce cas. La position horizontale, l'inspiration de quelque odeur pénétrante, suffisent pour ranimer les malades.

Pour prévenir ou retarder le retour de l'épanchement, il faut, s'il n'existe d'ailleurs aucune contre-indication, établir une forte révulsion sur les reins à l'aide des diurétiques, sur l'intestin à l'aide des purgatifs énergiques, sur la peau au moyen de quelques bains de vapeur. On continuera aussi de faire une compression méthodique sur tout le ventre. Ces moyens ont parfois amené la guérison de quelques ascites, ou du moins ils ont retardé leur récurrence; c'est ce qui résulte surtout d'un travail publié par Bricheteau dans le journal *les Archives* pour l'année 1832. Il a surtout démontré l'utilité de la compression dans quelques cas d'ascites simples, qui ne se lient à aucune lésion organique ni à aucun obstacle à la circulation veineuse.

On a tenté, à différentes époques, la cure radicale de l'ascite par des procédés analogues à ceux usités pour obtenir la guérison de l'hydrocèle. C'est ainsi qu'on a tour à tour proposé d'injecter dans le péritoine des vapeurs vineuses, le protoxyde d'azote, de l'eau tiède, de l'alcool, du vin, une décoction de quinquina, et dans ces derniers temps, de la teinture d'iode. Plusieurs médecins distingués n'ont pas craint d'employer et de préconiser cette méthode: MM. Leriche et Dieulafoy ont cité notamment quelques faits favorables (1), et M. Boinet, dans un travail publié par la *Gazette médicale* de 1851 et plus tard dans son ouvrage, a beaucoup exalté les vertus des injections iodées et proclamé même leur innocuité. Si la première impression de la teinture d'iode sur le péritoine produit la pâleur, le refroidissement, le ralentissement du pouls et un état syncopal, ces accidents pourtant ne seraient que momentanés, ils se dissiperaient après dix à quinze minutes; d'ailleurs, loin d'avoir une violente péritonite, les malades n'offriraient d'autres symptômes qu'un peu de tension et de sensibilité du ventre, un petit mouvement fébrile, qui se dissiperaient après un ou deux jours. En somme, M. Boinet déclare que, sur 13 injections iodées dans le péritoine, on compterait 11 succès. Quelque confiance que l'au-

(1) *Revue médico-chirurgicale* de 1846, et *Union médicale* de 1850.

teur m'inspire, je n'ai encore osé ni faire ni conseiller une opération pareille. Comment ne pas trembler, en effet, quand on injecte dans le péritoine un liquide aussi irritant que la teinture d'iode (1)? On dit bien, il est vrai, que cette substance provoque une phlegmasie spéciale, plastique, et que jamais du pus n'est produit; mais qu'importe? Ce n'en est pas moins une péritonite qui peut tuer et qui tuera, en effet, presque nécessairement, si elle envahit toute la séreuse abdominale: les expériences sur les animaux le démontrent. Il me semble d'autant plus imprudent d'exposer les malades à un péril si grand, que l'opération en principe me paraît être irrationnelle. Car si, comme la chose est presque constante, l'ascite est symptomatique d'une affection organique, l'injection iodée ne remédie, en cas de succès, qu'à un symptôme, et n'empêche pas la lésion de suivre son cours. Si, par contre, l'ascite est essentielle, elle constitue une affection très-curable par des moyens moins hasardeux. On a dit enfin que les adhérences contractées par les intestins entre eux et avec les parois du ventre pouvaient être la source de douleurs et de troubles permanents du côté des organes digestifs; mais je crois que ce résultat reproché à la méthode des injections n'est pas constant: il peut se faire, en effet, que l'iode se borne à modifier la vitalité de la séreuse et ne provoque pas la sécrétion de fausses membranes. Quoi qu'il en soit, il importe de rester dans une sage réserve, et en présence des succès qu'on cite, rappelons-nous qu'il n'est pas d'opérations irrationnelles, de procédés barbares, de médications incendiaires, dont la force médicatrice n'ait souvent triomphé.

#### SÉCRÉTIONS SÉREUSES DES MEMBRANES MUQUEUSES

Les membranes muqueuses sont très-rarement le siège de flux aqueux ou séreux; les seules sécrétions de ce genre qu'on observe quelquefois n'ont guère lieu que dans le tube digestif et dans les organes génitaux de la femme. On a bien décrit des flux pareils pouvant se faire par les fosses nasales, ainsi que Morgagni en cite quelques exemples; mais cette affection, que quelques auteurs ont proposé de nommer *rhinorrhée*, n'est pas encore suffisamment connue. Dans l'étude des flux séreux intestinaux nous croyons devoir admettre deux variétés, qui sont: le *choléra asiatique* et l'*hydro-entérorrhée*.

#### Du choléra asiatique.

Le choléra épidémique ou asiatique offre pour symptômes principaux dans sa forme grave: des vomissements et des selles de matières aqueuses blanchâtres, semblables à l'eau de riz; la suppression de la sécrétion urinaire; la fréquence, la petitesse, puis l'absence du pouls; le refroidissement presque glacial du corps; une couleur violacée des téguments, qui sont flasques et ridés; un amaigrissement rapide; des crampes très-dououreuses dans les membres; une aphonie plus ou moins complète, et un sentiment d'oppression parfois extrême.

**Historique.** — Je ne discuterai pas si le choléra asiatique est une affection

(1) M. Boinet conseille d'injecter dans le péritoine et d'y laisser pendant quelques minutes le liquide suivant:

Eau.....	200 grammes.
Teinture alcoolique d'iode.....	30 —
Iodure de potassium.....	4 —

nouvelle, ou si c'est d'elle qu'il est parlé dans plusieurs passages des livres sanscrits. Quoi qu'il en soit, c'est une maladie connue depuis longtemps dans les Indes orientales, où elle est endémique. Plusieurs fois on l'a vue, franchissant ses limites naturelles, aller exercer ses ravages au loin. Mais le fait le plus extraordinaire est celui de cette épidémie meurtrière qui, commençant à Jessore, près les bouches du Gange, en 1817, a successivement envahi l'Asie, l'Afrique, l'Europe et l'Amérique, est venue sévir dans notre pays, qu'elle a parcouru de 1832 à 1839. Disparu de France presque entièrement pendant treize ans, ce fléau nous a visités de nouveau en 1849, et a fait au moins autant de victimes que lors de sa première apparition; enfin, de novembre 1853 à mai 1854, nous avons eu à traverser pour la troisième fois une épidémie qui fut bénigne, si surtout on la compare aux deux qui l'ont précédée. Ces épidémies ont donné lieu à une foule de recherches et de travaux. Nous mentionnerons surtout l'excellent traité de MM. Gérardin et Gaimard, les monographies de MM. Bouillaud, Gendrin, Briquet et Mignot; les recherches de Magendie et de M. Rayer, ainsi que l'article remarquable publié dans le *Dictionnaire de médecine*, par Dalmas, praticien habile et observateur excellent dont nous regrettons la fin prématurée. Enfin, pour terminer, citons les rapports de M. Moreau de Jonnés et de la commission médicale du département de la Seine, ainsi que celui des professeurs Dubreuil et Rech.

**Anatomie pathologique.** — Les lésions qu'on trouve à l'ouverture des cadavres diffèrent suivant que les malades ont succombé dans la seconde période dite de *cyanose*, ou bien dans la troisième dite de *réaction*. Dans le premier cas, les cadavres perdent lentement leur chaleur, la teinte cyanosée de la face et des membres est conservée; l'œil est flétri; tout le corps est amaigri; les muscles sont peu consistants ou moins violacés: cette coloration se retrouve dans la plupart des os spongieux, et jusqu'à la racine et à la moitié de la couronne des dents. La masse intestinale, rarement distendue par des gaz, offre souvent extérieurement une coloration violacée, surtout pour les anses qui plongent dans l'excavation pelvienne. Le tube digestif ouvert, on le trouve pâle, décoloré par places; mais dans la plus grande partie de son étendue, il offre diverses nuances de coloration, rouge, lie de vin, noirâtre ou violacée; ses tuniques semblent épaissies. Les vaisseaux de la partie correspondante du mésentère sont gorgés de sang. Ces diverses colorations ne peuvent être rapportées à un travail inflammatoire, mais elles tiennent à une stase sanguine. Si, en effet, à l'exemple de Magendie, on injecte de l'eau dans les artères mésentériques, on entraîne tout le sang qui engorge les parois intestinales, et l'on rend à celles-ci la couleur d'un blanc grisâtre qui leur est naturelle. La membrane muqueuse a généralement sa consistance normale; mais elle présente le plus souvent dans toute l'étendue des voies digestives, depuis l'œsophage jusqu'au rectum, spécialement à la fin de l'iléon, dans le cæcum et dans le côlon, une éruption de petits corps durs et opaques, résistants à la pression du volume d'une tête d'épingle ou d'un grain de chènevis ou de mil, et qui ne sont autre chose que des follicules tuméfiés; cette lésion, bien décrite surtout par MM. Serres et Nonat, n'offre rien de caractéristique, elle n'est point spéciale au choléra. On la retrouve, en effet, dans une foule d'autres états morbides, toutes les fois que l'exhalation intestinale est augmentée; et comme, en outre, elle n'est pas constante, on ne saurait en faire le caractère anatomique de la maladie.

Les intestins et l'estomac des cholériques contiennent en plus ou moins grande quantité un liquide d'une odeur fade, blanc, floconneux, qu'on a com-

paré à du petit-lait mal clarifié ou à une décoction de riz ou de gruau. La membrane muqueuse est en outre tapissée par une matière comme crémeuse, d'un blanc grisâtre. Il est généralement admis que le liquide cholérique est identique par sa composition avec la sérosité du sang. Becquerel l'ayant soumis à quelques analyses, a trouvé qu'il était formé par une eau légèrement albumineuse, neutre ou un peu alcaline, contenant, outre l'albumine en dissolution, une quantité variable d'albumine coagulée unie à une très-petite quantité de mucus, et à une quantité relativement assez considérable de chlorure de sodium. Indépendamment de ce liquide, les intestins peuvent en outre contenir la bile jaune, verte, ou bien un liquide rougeâtre, sanguinolent. Les vaisseaux lymphatiques et biliaires sont exempts d'altération; le foie, ayant un volume ordinaire, est gorgé d'un sang noir, diffusant; il en est de même des reins, surtout dans leur couche corticale. La rate est en général petite, dure; tous les autres tissus parenchymateux sont congestionnés et d'une couleur violacée toute particulière. Enfin, sur les parois de la vessie qui est vide d'urine, on voit parfois des flocons blanchâtres semblables à ceux que nous avons déjà rencontrés dans les voies digestives. Les poumons sont le plus souvent flasques, affaissés, à peine engoués; d'autres fois l'engouement sanguin est considérable, et l'on a même vu des noyaux apoplectiques en plus ou moins grand nombre: on a trouvé aussi quelquefois dans les bronches les corpuscules blanchâtres déjà signalés dans les intestins et dans la vessie. Le cœur est petit, flasque, friable, rempli d'un sang noir, poisseux, qu'on a justement comparé à du raisiné mou ou à de la gelée de groseille mal cuite. MM. Michel Lévy et Tholozan ont fréquemment observé, pendant l'épidémie de 1849, des ecchymoses à la face externe du cœur, ainsi qu'à la face interne du ventricule gauche. Tout le système veineux, surtout au voisinage du cœur, est gorgé d'un sang également noir et poisseux; souvent ce liquide existe en petite quantité dans le cadavre; il était en effet difficile, dans l'épidémie de 1832, de pouvoir en recueillir plus de 250 à 312 grammes. D'après une remarque de M. Rayer, si on l'expose à l'air, il s'oxygène moins facilement que celui des autres malades. Le plus grand nombre des micrographes ont vu que les globules du sang cholérique ne présentaient aucune altération appréciable; mais les chimistes ont constaté une diminution dans la quantité normale de la fibrine, de l'albumine et des sels, tandis que la matière colorante était cinq fois plus considérable. M. Andral est arrivé à des résultats un peu différents; il a établi, en effet, dans une note lue en août 1859 à l'Académie des sciences, que l'albumine se maintenait dans le sérum du sang dans sa proportion normale. Becquerel conclut à son tour de deux analyses, que dans le choléra il y a augmentation dans la proportion des globules; que le sérum, moins abondant, plus dense, contient de l'albumine, et proportionnellement plus de matière extractive, plus de sels, et surtout plus de matières grasses, dont le volume est presque triplé. La supersécrétion intestinale rend compte aussi de l'état de sécheresse plus ou moins complète dans lequel se trouvent toutes les membranes séreuses du corps, spécialement le péritoine. Leur surface, en effet, est communément poisseuse; quelquefois elle est complètement sèche, ridée, parcheminée. Le fluide céphalo-rachidien est un peu diminué; les vaisseaux cérébraux et rachidiens sont plus ou moins gorgés de sang; la pulpe est elle-même plus ou moins congestionnée. Enfin, les nerfs et leurs ganglions peuvent être injectés de sang; mais ils sont toujours exempts de toute altération de tissus, quoi qu'en ait dit Delpech.

Lorsque les cholériques succombent dans la troisième période dite de réaction, les congestions veineuses sont moins nombreuses et moins intenses; on