

ment d'altérations *inflammatoires* notables, est le plus souvent difficile, parfois même impossible. Les douleurs et la sensibilité à la pression manquent parfois complètement. D'ordinaire il n'existe qu'un gonflement modéré de l'abdomen dépendant de la sérosité épanchée dans le péritoine.

La *péritonite chronique chez les enfants* mérite une mention spéciale. D'abord nous devons signaler un genre d'*ascite* qui se déclare *chez les enfants* (de deux à dix ans), que nous avons observée à diverses reprises de même que d'autres auteurs et qui est nettement caractérisée, même parfois assez considérable. On ne peut pas lui assigner de cause particulière et après quelques mois elle disparaît complètement. Pendant ce temps les enfants sont un peu plus pâles, plus abattus que dans les conditions ordinaires, ils éprouvent un certain degré d'amaigrissement, mais rarement des malaises locaux un peu intenses. Comme ces cas guérissent, le substratum anatomique de l'affection n'est pas établi. Il est probable qu'il s'agit d'une forme légère de péritonite chronique commune. Cependant d'autres processus peuvent naturellement être la cause effective de l'ascite (maladies du foie résultant de la syphilis héréditaire, etc.).

La *péritonite tuberculeuse des enfants* joue un rôle important comme partie constituante de la tuberculose des organes abdominaux, de ce qu'on appelle *tabes méaraïque* (atrophie méaraïque). Ainsi qu'il a été dit plus haut, la tuberculose en ces cas procède presque toujours de l'intestin. C'est pour cela qu'on trouve en même temps que la tuberculose intestinale, des tubercules dans le péritoine, le foie et les ganglions lymphatiques abdominaux. Les symptômes cliniques dépendent en majeure partie de la péritonite tuberculeuse : gonflement et endolorissement de l'abdomen, épanchement de liquide dans le péritoine, etc. Puis viennent s'y ajouter des diarrhées rebelles, dues à la coexistence d'ulcères tuberculeux de l'intestin, une fièvre intermittente opiniâtre, de l'amaigrissement général, de l'anémie, éventuellement des dégénérescences tuberculeuses dans les divers organes (poumon, plèvre, méninges), tandis que dans d'autres circonstances la tuberculose se restreint entièrement aux organes abdominaux.

Nous n'avons que peu de choses à ajouter concernant la *marche* ultérieure de la *péritonite chronique*. S'agit-il d'une péritonite chronique commune, la guérison définitive est possible, bien que — abstraction faite de la forme susdite propre aux enfants — ce soit une exception, en raison des états pathologiques qui existent simultanément. Le pronostic de la péritonite tuberculeuse est le plus souvent absolument fatal, la maladie se terminant par la mort en peu de semaines ou de mois. Dans quelques circonstances cependant il est possible que la péritonite tuberculeuse chronique elle-même ait une issue favorable, ou du moins que ses symptômes entrent

dans une période d'accalmie. Cela a lieu surtout dans la *tuberculose dite primitive des membranes séreuses* (v. plus haut). Si dans ces conditions, les autres organes et en particulier les poumons et l'intestin sont exempts de la tuberculose, il peut arriver, comme dans la pleurésie tuberculeuse, que l'exsudat se résorbe à la fin. Il est vrai que la guérison n'est pas toujours durable, et que dans la suite la tuberculose se manifeste de nouveau dans l'un ou l'autre organe.

Traitement. Les moyens dont nous disposons pour influencer favorablement la marche de la péritonite chronique sont excessivement limités. A part l'importance qui s'attache au régime diététique général (bonne alimentation), le traitement doit se borner à combattre quelques symptômes en particulier. Parmi les applications locales, on aura recours surtout aux cataplasmes chauds à demeure et aux draps mouillés de PRIESSNITZ. Les opiacés sont assez rarement indiqués contre l'élément douleur, on s'en servira plus souvent contre les fortes diarrhées. Dans d'autres cas, au contraire, la tendance à la constipation réclamera notre intervention (lavements, légers purgatifs). Comme moyens spéciaux, citons les *préparations iodées*, l'iodure de potassium et l'iodure de fer (sirop d'iodure de fer) qui sont parfois prescrits avec un avantage marqué. On peut également faire un essai avec l'*arsenic*. — Le fer et le sirop d'iodure de fer sont également usités dans la péritonite chronique des enfants.

CHAPITRE TROISIÈME.

ASCITE.

(Hydropisie du péritoine.)

On désigne sous le nom d'*ascite* l'accumulation par stase d'un exsudat séreux dans la cavité abdominale. Comme les veines péritonéales appartiennent au système-porte, il en résulte que l'ascite se développe principalement dans toutes les maladies qui mettent obstacle à la circulation de ce département veineux. C'est pour cela que dans la partie suivante de ce livre nous insisterons sur la fréquence avec laquelle l'hydropisie du péritoine vient compliquer la *cirrhose du foie*, la *syphilis du même organe*, la *compression de la veine-porte* par des tumeurs, la *thrombose de la veine-porte*, etc. D'autre part, l'ascite peut également faire partie constituante de l'hydropisie générale qui se déclare à la suite des troubles de la circulation, notamment de ceux qu'entraînent les *maladies du cœur* et l'*emphysème pulmonaire*. Elle entre pour une grande part encore dans l'hydropisie qui se rattache aux diverses *affections rénales* aiguës et chroniques.

Le premier *signe clinique* de l'ascite, c'est le *malaise local* qui résulte de toute accumulation quelque peu considérable de liquide dans la cavité de l'abdomen. De faibles quantités de liquide ascitique restent souvent inaperçues pour le malade. Mais si la masse de l'exsudat comporte un grand nombre de litres (il peut s'en collecter de 15 à 20 et plus encore), les parois abdominales sont fortement tendues et les malades éprouvent une sensation très pénible de pression, de pesanteur et de serrement dans le ventre. Un autre signe plus important est fourni par le déplacement du diaphragme qui est porté en haut à raison de l'augmentation de la pression intra-abdominale. De là suit que la respiration est considérablement entravée. Quand l'ascite est volumineuse, les lobes inférieurs du poumon, par suite de la compression, sont atélectasiés dans une grande étendue.

La constatation de l'ascite par l'*examen objectif* n'est possible que pour autant que de grandes quantités d'exsudat se sont accumulées. L'abdomen est alors *distendu*, les parois abdominales sont fortement étirées et luisantes et l'aire inférieure de la cage thoracique s'élargit tellement par la crue graduelle de la sérosité, que la poitrine paraît beaucoup plus large à la base qu'au sommet. La peau du ventre est ordinairement sillonnée de nombreuses *veines élargies* qui reluisent comme des cordons bleuâtres. Dès que la tension de l'abdomen a atteint un certain degré, on perçoit une *sensation* très prononcée de *fluctuation*, quand à l'aide des deux mains on y imprime de légers chocs. La *percussion* donne un son étouffé partout où du liquide est en contact avec la paroi abdominale. Quand le malade occupe le décubitus dorsal, la matité, conformément aux lois de la pesanteur, se trouve dans les parties déclives de l'abdomen, et si l'exsudat est de quantité moyenne, le son mat est séparé par une ligne concave en haut, du son tympanique que donnent les parties supérieures et médianes de l'abdomen. Comme le liquide suit la ligne de l'horizon, le son mat doit nécessairement, quand le sujet est couché sur le dos, être plus élevé sur les côtés de l'abdomen qu'au milieu. Il faut remarquer encore qu'on n'obtient de son mat au niveau d'une mince tranche de liquide ascitique qu'en percutant faiblement et superficiellement. En comprimant le plessimètre ou en enfonçant profondément le doigt dans les parois abdominales, on refoule le liquide et on entend alors à la percussion la résonance tympanique provenant des anses intestinales situées au-dessous d'eux. Le *changement de résonance à la percussion par la modification de position du malade* est d'une plus grande importance diagnostique. Si le malade se met sur le côté, la sérosité s'amasse dans les parties déclives de l'abdomen et y donne lieu à une matité étendue, tandis que le côté opposé, situé à un niveau plus élevé, donne un son tympanique. Que le malade intervertisse sa position et

qu'il se mette sur l'autre flanc, la sérosité s'accumule de nouveau vers le bas, le son y devient mat, tandis qu'à l'endroit primitivement mat, réapparaît la résonance tympanique. On constate des différences analogues quand on examine les malades alternativement dans la position assise et couchée. Ce n'est qu'après que la quantité de sérosité est devenue excessive, que le son est mat par toute l'étendue de l'abdomen.

Les signes que nous venons de mentionner permettent le plus souvent de poser le *diagnostic* de l'ascite avec facilité et certitude. Mais il n'est pas toujours aisé de la distinguer de l'*exsudat* péritonéal (de la péritonite chronique), attendu que naturellement les symptômes dépendant d'un épanchement liquide dans la cavité abdominale doivent être identiques dans les deux circonstances. Seulement, dans l'exsudat péritonitique la mobilité des limites de la matité est en général moins facile à déterminer que dans l'ascite, parce que des adhérences empêchent souvent le liquide de se déplacer librement. Il va sans dire qu'il faut tenir compte de tous les autres symptômes morbides (un certain degré de sensibilité, des duretés péritonéales perceptibles, des signes d'une tuberculose préexistante, etc.) et prendre en considération l'existence éventuelle de quelque maladie fondamentale (maladie du cœur, du foie, etc.). Si l'on évacue le liquide à l'aide d'une ponction, sa composition peut aussi fournir quelques données diagnostiques. Le liquide ascitique est un fluide purement séreux, qui ne renferme presque pas d'éléments morphologiques. Sa pesanteur spécifique, vu la proportion moins forte d'albumine qu'il contient, est en général moindre que celle des exsudats péritonitiques. Comme base d'appréciation, on peut admettre que la pesanteur spécifique du liquide phlegmasique s'élève en moyenne au-dessus de 1018, et que dans l'ascite elle est de 1012 environ et encore moins. L'*ascite hémorrhagique* se déclare quelquefois chez des personnes anémiques quand existe en même temps une forte tension dans le domaine du système-porte, comme dans la syphilis hépatique, ainsi que nous l'avons vu.

Le *diagnostic différentiel entre l'ascite et les kystes ovariens*, peut, dans beaucoup de cas, offrir de grandes difficultés, quand il s'agit de ces kystes énormes qui remplissent tout l'abdomen. Pour faire la distinction, il est nécessaire avant tout de déterminer exactement les limites de la matité à l'aide de la percussion et d'en rechercher la mobilité par le changement de position du malade. Dans les kystes ovariens on ne constate pas de modification appréciable de la matité à l'aide de ce procédé. Les renseignements fournis par la percussion des parties basses et déclives de l'abdomen, peuvent, dans des cas douteux, comme nous le verrons dans un instant, donner lieu à des erreurs, par le fait que, même en cas d'épanchement ascitique

libre, il peut exister, tout juste aux endroits que nous venons de désigner, une zone étroite de résonnance tympanique. En effet, à une petite distance au-dessus de la symphyse, on trouve parfois dans l'ascite un son tympanique qui pourrait induire le médecin en erreur et faire croire faussement à un kyste ovarique. Ce phénomène tient à ce que aux endroits susdits, des circonvolutions intestinales dont le mésentère est court, restent en rapport avec la paroi abdominale, malgré l'existence de l'ascite. Pour le reste, la distinction entre l'ascite et les kystes ovariens se base sur le commémoratif (l'endroit d'origine du gonflement), sur la coexistence éventuelle de quelque maladie fondamentale et sur les résultats de l'exploration vaginale, surtout sur la démonstration de la mobilité de l'utérus dans l'ascite, alors qu'en cas de kyste ovarique il est souvent immobilisé par des adhérences. On trouvera de plus amples détails sur ce diagnostic différentiel dans les traités de gynécologie.

Le traitement de l'ascite est naturellement dirigé en premier lieu contre la maladie fondamentale. En ce qui concerne le traitement symptomatique, nous allons nous borner par conséquent à quelques remarques sur la ponction. Celle-ci est indiquée quand les malaises locaux résultant de l'ascite sont très considérables, qu'il existe une sensation insupportable de tension et de pression dans l'abdomen, et surtout quand le soulèvement du diaphragme provoque une dyspnée grave. La ponction se fait avec un trocart ordinaire de moyen calibre. On ponctionne communément pendant que le malade est au lit dans le décubitus latéral, en un endroit aussi bas que possible de la paroi latérale de l'abdomen. Cependant on ponctionnera aussi très convenablement dans la ligne médiane, au milieu à peu près de l'espace qui sépare le nombril de la symphyse, le malade étant assis dans un fauteuil. Le procédé est simple et presque toujours sans danger. On peut évacuer lentement et en une fois de grandes quantités de liquide (5 à 10 litres et davantage). La piqûre se ferme au moyen d'un emplâtre agglutinatif, ou bien, quand on veut agir avec prudence, on la panse antiseptiquement. Si, après la ponction, le liquide continue à filtrer par l'ouverture, ce qui arrive souvent, les parois abdominales ayant perdu de leur élasticité par la tension forte et continue à laquelle elles ont été soumises, on fermera la plaie par la suture entortillée. On profite du relâchement des parois après la ponction pour palper minutieusement les organes du ventre.

Comme la cause de la stase dans le domaine de la veine-porte continue de subsister après la ponction, le liquide ascitique ne tarde pas dans la plupart des cas à se reformer rapidement. Mais comme cette exsudation nouvelle porte une atteinte considérable à la nutrition par la perte d'albumine qui en résulte, la ponction de l'ascite entraîne souvent un affaiblisse-

ment notable du malade. D'où suit qu'on ne doit jamais pratiquer l'opération qu'en présence d'une indication formelle.

CHAPITRE QUATRIÈME.

CANCER DU PÉRITOINE.

Parmi les néoplasmes qui se rencontrent dans le péritoine, il n'y a que le *carcinome* qui ait un intérêt clinique. Le *cancer endothélial primitif* du péritoine qui est analogue à celui de la plèvre est très rare. La plupart des cancers du péritoine sont des *tumeurs secondaires* qui dérivent d'un autre organe (estomac, intestin, pancréas, foie, etc.). Les noyaux cancéreux secondaires se montrent fréquemment sous forme d'une infinité de petites tumeurs pouvant atteindre la grosseur d'un pois (*carcinose dite miliaire du péritoine*). On rencontre plus rarement de plus grosses nodosités, qui peuvent avoir leur siège en divers endroits du péritoine, notamment dans l'épiploon, le repli de Douglas, autour du nombril, etc. C'est le *cancer colloïde* du péritoine qui présente la diffusion cancéreuse la plus étendue. En même temps le cancer a parfois abondamment pullulé dans les *ganglions lymphatiques rétropéritonéaux*. Outre la végétation cancéreuse, on découvre aussi quelquefois des altérations inflammatoires prononcées dans le péritoine (*péritonite carcinomateuse*).

Les symptômes du cancer péritonéal ressemblent sous beaucoup de rapports à ceux de la péritonite tuberculeuse chronique. La carcinose miliaire commune du péritoine peut se développer d'une manière tout à fait latente, et comme elle ne provoque pas de symptômes particuliers, elle échappe parfois au diagnostic. Souvent il se fait dans le péritoine un léger épanchement, qui en présence d'un foyer cancéreux primitif, fait présumer la production d'une carcinose péritonéale secondaire. Les manifestations sont beaucoup plus accentuées quand il existe en même temps des signes d'inflammation péritonéale. Alors il y a d'ordinaire des douleurs très aiguës, une forte distension du ventre, des désordres dans les évacuations alvines, etc. On sent parfois à travers la peau du ventre de grosses tumeurs situées dans l'épiploon ou à la face interne de la paroi abdominale antérieure, et à travers le vagin des noyaux cancéreux dans les culs-de-sac du péritoine. Si on extrait du liquide par la ponction, il est tantôt de nature purement séreuse et tantôt de caractère hémorrhagique. Quand le cancer se présente sous forme d'un développement diffus, et surtout quand on a affaire au cancer colloïde, le liquide qu'on extrait est quelquefois louche comme de l'eau laiteuse et souvent mêlé d'une certaine quantité de sang.