

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.

Ce trouble dépend de ce que l'exsudat contient de la *graisse* provenant de cellules cancéreuses dissociées et ayant subi la dégénérescence adipeuse. Dans quelques cas l'examen microscopique démontre l'existence dans le liquide des éléments cancéreux caractéristiques.

Le *diagnostic* du cancer du péritoine ne peut être posé avec quelque vraisemblance que si, en présence d'un noyau cancéreux primitif avéré, on voit surgir les signes évidents d'une affection péritonéale, épanchement de liquide, sensibilité, etc. En outre il faut tenir compte de tous les indices connus se rapportant aux diverses formes du cancer, de l'âge du malade, de la cachexie cancéreuse et de l'existence d'infiltrations ganglionnaires secondaires (glandes inguinales).

Le *traitement* se borne à calmer les symptômes les plus pénibles. On aura recours aux cataplasmes chauds sur l'abdomen, à la morphine et aux moyens qui contribuent le plus à maintenir les forces du malade.

SEPTIÈME PARTIE.

MALADIES DU FOIE, DES VOIES BILIAIRES ET DE LA VEINE-PORTE.

CHAPITRE PREMIER,

ICTÈRE CATARRHAL.

(Ictère gastro-duodéal, jaunisse catarrhale.)

Étiologie. En parlant du catarrhe intestinal, nous avons dit que l'inflammation catarrhale du duodénum peut se propager aux conduits excréteurs du foie, et surtout au canal cholédoque. Envisagée en elle-même, cette participation des voies biliaires les plus larges au processus catarrhal n'aurait guère d'expression clinique, si parfois elle n'avait pour conséquence *d'empêcher la bile de s'écouler dans l'intestin*. Dès que ce résultat se produit, le catarrhe des canaux biliaires acquiert un intérêt pathologique, en ce sens que le trouble de l'excrétion de la bile entraîne après lui une série de symptômes cliniques des plus importants. Comme, dans ces conditions, la stase *mécanique* de la bile est le seul élément en jeu et que les mêmes conséquences, à part la différence résultant de la durée et de l'intensité, se rencontrent exactement dans toute occlusion des canaux excréteurs du foie, quelle qu'en soit la cause, il s'ensuit que l'ictère catarrhal n'est qu'une forme, quoique la plus fréquente, de l'*ictère dit par stase* ou *ictère hépatogène*.

Nous allons donc, dans ce chapitre, nous étendre avec quelque détail sur les circonstances générales qui entrent en ligne de compte dans tout ictère par stase, pour pouvoir dans la suite renvoyer aux principes exposés ici.

Les causes qui conduisent au catarrhe gastro-duodéal avec ictère consécutif sont parfois les mêmes que celles qui donnent lieu à la gastrite commune — grands écarts de régime, etc. Disons cependant qu'on voit si fréquemment l'ictère catarrhal se produire en dehors de toute cause appréciable, qu'on serait tenté de croire à un agent morbide spécifique et autonome qui lui donne naissance. Nous ne connaissons néanmoins rien de précis à cet égard. Quoi qu'il en soit, on a maintes fois observé que l'ictère catarrhal prend à certaines époques (surtout en automne et au printemps) une *extension* manifestement *épidémique*. La nature infectieuse de l'ictère semble être plus évidente encore quand la maladie présente un *caractère endémique* prononcé. A diverses reprises ont été signalées dans des casernes, des prisons, des maisons particulières, des endémies d'ictère assez marquées, qui ne s'expliquaient qu'en admettant une source d'infection locale. En quelques cas des épidémies d'ictère ont succédé aux *revaccinations*, de manière à faire croire au transport possible du facteur morbide avec la matière d'inoculation. Les *refroidissements* et surtout les *émotions morales* violentes, la colère notamment, sont parfois invoqués par les malades eux-mêmes comme des circonstances adjuvantes.

Parmi les autres causes d'ictère gastro-duodéal, il faut signaler les *catarrhes* du duodénum *par stase* qui se rencontrent assez fréquemment au cours des affections du cœur, mais qui sont rarement très prononcés. L'ictère léger qui accompagne plusieurs *maladies aiguës*, et surtout la *pneumonie croupale*, doit également être considéré comme un ictère catarrhal.

Anatomie pathologique. Les signes du catarrhe des voies biliaires, comme de la plupart des affections catarrhales des muqueuses, ne sont jamais très marqués sur le cadavre, attendu que le gonflement et l'injection de la muqueuse diminuent considérablement à dater de la mort. Pour savoir si la perméabilité du canal cholédoque est maintenue ou supprimée, on comprime d'ordinaire la vésicule biliaire pour en vider le contenu dans l'intestin. Si le canal cholédoque est fermé par l'effet du catarrhe, la vésicule ne se désemplit pas facilement. En comprimant plus fortement, on fait sortir de l'orifice du canal cholédoque qui s'ouvre sur la papille duodénale, un *bouchon visqueux et blanchâtre de mucus* et c'est seulement alors que la bile arrêtée derrière lui peut passer librement. Cependant il ne faut pas absolument qu'il y ait toujours un « bouchon » obturateur, puisque le gonflement catarrhal de la muqueuse suffit à lui seul pour retenir la bile,