rang parmi ces causes, il faut citer la puerpéralité (43 fois sur 76 cas), 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 blennorragie dont il exagère peut-être l'importance étiologique. L'influence du rhumatisme enfin a été mise en évidence par les observations de Chauffard et de Gueneau de Mussy. La tuberculose des organes génitaux de la femme, des trompes plus particulièrement, entraîne souvent la pelvi-péritonite tuberculeuse qui mérite une mention spéciale ; la *phtisie pelvienne* forme un chapitre de la tuberculose génitale chez la femme, bien étudiée dans la thèse inaugurale de M. Brouardel, et que les gynécologistes contemporains ont considérablement élargi.

Anatomie pathologique. — C'est la péritonite qui domine la scène; c'est dans le péritoine en effet que se développent les tumeurs séreuses, séro-purulentes ou purulentes, qu'on avait prises autrefois pour des tumeurs inflammatoires sous-péritonéales. 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 néo-membranes. Dans la pelvi-péritonite chronique tuberculeuse, les fausses membranes sont parsemées de granulations ou de masses tuberculeuses, à l'état caséeux ou en voie de ramollissement ; 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 caséeux ; les trompes peuvent atteindre les dimensions du petit intestin et offrir un aspect moniliforme particulier (Salpingite tuberculeuse).

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 cycle fébrile revêtant en général le type rémittent, subcontinu ou même intermittent. Dans la pelvi-péritonite postpuerpérale on note en général des sueurs extrêmement abondantes et le tarissement de la sécrétion lactée.

Le toucher révèle une élévation de température du vagin, une augmentation des sécrétions, et, dès les premiers jours, l'empâtement 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. Le col, un peu entr'ouvert, très sensible au toucher, est généralement immobile. 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 intrapelviens, de la dysurie, de la rétention d'urine, de la constipation, des épreintes accompagnées de selles muqueuses dysentériformes (*rectite glaireuse*, Nonat), symptômes liés soit au retentissement de l'inflammation sur ces différents organes, 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. Dans la majorité des cas, c'est avec le retour de la menstruation, agissant comme une saignée résolutive, que débute l'amélioration (Bernutz).

Quand la suppuration doit s'établir[1], 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'élancements douloureux, mais qui cessent dès que la collection purulente est formée. Le pus peut se frayer une issue dans le vagin, dans le rectum, dans la vessie, dans l'intestin et même à l'extérieur, jusque dans le voisinage de la cicatrice ombilicale ; rarement il fait irruption dans la grande cavité péritonéale. Bernutz cependant en a rapporté un fait à la suite d'une exploration malheureuse.

La guérison est rapide après l'ouverture dans le vagin et le rectum. Quelquefois la tumeur se vide par reprises successives, et chaque fois se développe le cortège des mêmes troubles généraux.

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 mentruels, de la leucorrhée, des ménorragies. Généralement, à chaque époque menstruelle, on constate une recrudescence dans les symptômee, due à une poussée aiguë ; le toucher donne à peu près les mêmes résultats que dans la pelvi-péritonite aiguë.

1. A la suite de nombreuses recherches poursuivies à la clinique gynécologique de la Charité de Lyon par Laroyenne, recherches vulgarisées dans l'excellente thèse de E. Blanc (1881), il a démontré que la suppuration était beaucoup plus fréquente à la suite des pelvi-péritonites qu'on ne le croyait jusqu'ici : un grand nombre de ces masses souvent indurées, qui, même en état d'apyrexie, s'observent autour de l'utérus, dans le petit bassin, contiennent de la sérosité, du pus ou du sang.

Cliniquement, ces inflammations péri-utérines chroniques *avec épanchement latent* ne présentent rien qui les distingue plus particulièrement. On peut dire cependant que ce type pathologique correspond plus fréquemment à la forme de pelvi-péritonite caractérisée par des poussées successives séparées par des intervalles d'accalmie, et qui avait été désignée pour ce fait sous le nom de *pelvi-péritonite chronique* avec *redoublements inflammatoires*.

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 métrorragie (hémoptysies utérines de Gueneau de Mussy), de la dysménorrhée, une tendance à l'hypocondrie ou à l'hystérie enfin, si le sujet est prédisposé, à l'évolution tuberculeuse.

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 intrapelviens.

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'aine et la fosse iliaque ; elle fait corps avec la paroi abdominale antérieure.

L'*hématocèle rétro-utérine* a un début plus aigu, parfois franchement syncopal ; rare dans la période postpuerpérale, elle coïncide le plus souvent avec une époque menstruelle ; la tumeur constatée par le toucher se forme très rapidement en quelques heures : elle est plus volumineuse ; molle d'abord, elle s'indure ensuite, ce qui est le contraire dans la pelvi-péritonite, où l'induration précède le ramollissement. 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 hémorragiques (Virchow, A. Voisin), analogues au point de vue anatomique à la pachyméningite hémorragique.

Quant aux péritonites à épanchement latent, on se rappellera que bien rarement elles donnent lieu au phénomène de la fluctuation ; un des meilleurs caractères susceptibles d'en faire soupçonner l'existence, est encore l'étude minutieuse de l'évolution

de la maladie et la constatation d'alternatives d'augmentation et de diminution de la tumeur, coïncidant avec le retour ou la disparition de la douleur et des phénomènes généraux.

La pelvi-péritonite chronique se distinguera des *déviations* utérines, de la rétroversion surtout, des *corps fibreux*, des kystes ovariques 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 ou sur le col, comme le conseillaient Aran et Bernutz), dans la crainte de provoquer l'anémie. L'application permanente de compresses froides ou de vessies de glace est préférable ; l'administration du calomel à faible dose a souvent les plus heureux effets sur la résolution des poussées congestives ; enfin on prescrira le repos absolu au lit, surtout pendant la période menstruelle. 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. On aura recours aussi à l'intervention (ablation des annexes) si l'on a la conviction d'avoir affaire à une salpingite tuberculeuse, car il a été démontré que les localisations tuberculeuses sur les trompes étaient une des causes fréquentes de la péritonite bacillaire.

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 (Saint-Sauveur, Baden, Kreuznack), l'hydrothérapie sagement appliquée, sont les moyens auxquels il faudra recourir.

Péritonite aiguë. — CRUVEILHIER (J.). Traité d'anat. path., 1840. — HENROT. Pseudo-étrangl. de l'intestin, th. 1865. — J. BESNIER. Phlegmon sous-péritonéal et péritonite idiopathique suppurée (Arch. gén. méd., 1885). — BAUER. Krankheiten des Peritonæum, in Ziemssen's Handb., Bd VIII, 2e Hälfte, 1875. — SIREDEY et DANLOS. Art. *Péritonite* in Nouv. Dict. de méd. et de chir. pratiques, t. XXVII. — E. VILLEMIN. Recherches sur la péritonite traumatique, th. de Paris, 1877. — RONDOT. Péritonite aiguë généralisée primitive, th. Paris, 1877. — GAUDERON. De la péritonite idiopathique aiguë des enfants, th. de Paris, 1879. — RICHARD POTT. Péritonite aiguë chez les enfants

du deuxième âge (Jahbr. für Kinderheilkunde, 1879). — RASAQUE. Péritonite et fièvre typhoïde, th. de Paris, 1881. — LEDUC. Des vomissements fécal. dans les affect. du périt. sans obstacle au cours des matières, th. de Paris, 1881. — BLANC. Propagation de l'infl. du péritoine aux plèvres, et réciproquement, th. de Lyon, 1881. — DEBRAND. Traitement de la périt. aiguë, th. de Paris, 1882. — TERRILLON. Le péritoine, ses propriétés au point de vue chirurgical (Progrès méd., 1883). — VIVANT. De la périt. rhumatismale aiguë, th. de Paris, 1884. — P. SNYERS. Deux cas de périt. infectieuse aiguë, etc. (Ann. de la Soc. méd. chirurg. de Liège, 1884). — LEYDEN. Péritonite idiop. (Berl. klin. Woch., 1884). — ISRAEL. Discussion sur la périt. spontanée (Soc. méd. int. de Berlin, 1884). — THIBIERGE. Ét. des occlusions intestinales, th. Paris, 1885. — FAUCHER. Lettre à la Soc. clin., 1885. — HORSLEY. Acute septic peritonis, operation, recovery (Med. Times, 1885). — POUPON. Pseudo-étranglement par péritonite primitive, th. de Paris, 1885. — GANZINOTTI et SPILLMANN. Dict. encycl. des sc. méd. Art. *Péritonites.* — H. TRUC. Traitement chirurg. de la péritonite, th. d'agrég., 1886. — E. BLANC. Péritonite septique généralisée par gangr. de l'app. iléo-cæcal ; laparotomie (Lyon méd., 1886). — WINCKEL. Premier congr. allemand de gynécologie, 1886. — DELBET (P.). Rech. exp. sur les lavages du périt. (Arch. gyn., 1889). — RANVIER. Élém. anat. de la sérosité périton. (Ac. scienc., 1890).— MARCHAND. Périton. purul. simulant l'étranglem. int. (Soc. chir., 1890). — MALVOZ. Le bactérium coli comme agent habituel des péritonites d'origine intestinale (Arch. méd. exp., 1891). — BARBACCI. Le bactérium coli et la périt. par perforation (Sperimentale, 1891). — MORISSE. De la péritonite à pneumocoque, thèse. Paris, 1892. — SORDEILLET. Péritonite sans perforation et bacter. coli com., thèse. Paris, 1883.

Péritonite puerpérale. — TARNIER. De la fièvre puerpérale observée à la Maternité. Paris, 1858. — Académie de médecine, discussion sur la fièvre puerpérale (1858). — LUCAS-CHAMPIONNIÈRE (J.). Lymphatiques utérins et lymphangites utérines, th. de Paris, 1870. — FIOUPE. Lymphatiques utérins et parallèle entre la lymphangite et la phlébite utérine, th. de Paris, 1876. — S. PERRET. De la septicémie, th. de concours, 1880. — E. RAYMOND. De la puerpéralité, th. de concours, 1880. — A. DOLÉRIS. La fièvre puerpérale et les organismes inférieurs, th. Paris, 1880. — STOLTZ. Art. *Puerpéralité* (Nouv. Dict. de méd., 1881). — RENDU. La fièvre puerpérale (Rev. d'Hayem, 1882). — BAR. Des méth. antisept. en obstétr., th. d'agrég., 1883. — SIREDEY. Les mal. puerpérales. Et clin., 1884. — TRUCHOT. Études expérim. sur le virus de la septicémie puerp., th. de Lyon, 1884. — AUVARD. Bull. gén. de thérap., 1884. — TARNIER. Cours d'ouvert. (Sem. méd., 1884). — RICHARDSON. De l'emploi du sublimé (Boston med. and surg. Journ., 1885). — CHARRIN et ROGER. Des altérat. intest. attribuables au sublimé (Soc. de biologie, 1886). — E. VINCENT. Notice sur les serv. d'accouch. des hôp. de Lyon, etc. (Lyon méd., 1886). — DOLÉRIS et BUTTE. Rech. expér. sur l'intoxicat. par le subl. corr. empl. pour le lav. des muq. saines et des plaies (Nouv. Arch. obst. et gyn., 1886). — FOCHIER. De l'antisep. obstétr. (Lyon méd., 1887). — ALBERTIN. Des inj. intra-utér. au point de vue obstétr., th. de Lyon, 1887. — DOYEN. Erysipèle et fièvre puerpérale (Acad. de méd., 1888). — F. WIDAL. Identité des diff. formes de l'infection puerpérale (Acad. de méd., 1888). — ARLOING. Lettre à l'Académie, 1888. — CORNIL et BABÈS. Les Bactéries, 3me édit., 1890.

Péritonite chronique. — ANDRAL. Clinique médicale. Paris, 1840, t. II. — LOUIS. Recherches sur la phtisie. Paris, 1843. — DÉMON. Essai sur la péritonite tuberculeuse chez l'adulte, th. de Paris, 1848. — CLÉMENT. De la péritonite chronique, th. de Paris, 1865. — EMPIS. De la granulie. Paris, 1865.

— HÉMEY. Péritonite tuberculeuse, th. de Paris, 1866. — VALLIN. De l'inflammation péri-ombilicale dans la tuberculose du péritoine (Arch. 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). — GUENEAU DE MUSSY (N.). Clinique médicale, t. II, Paris, 1877. — TAPRET. Péritonite chronique d'emblée, th. de Paris, 1878. — MANOLESCO. Lésions du péritoine dans l'alcoolisme, th. Paris, 1879. — HEURTAULT. Périt. tub., th. Paris, 1882. — AL. GOIX. Contribution à l'étude de la péritonite aiguë sous-ombilicale (Arch. gén. méd., 1883). — JARRIGE. Diffic. du diagnostic dans la péritonite tuberculeuse, th. Paris, 1883. — ACHARD. Thrombose de la veine porte dans le cours d'une péritonite tuberculeuse (Arch. de phys., 1884). — DELPEUCH. Des péritonites chroniques dites simples (Arch. gén. de méd., Rev. crit., 1884). — BIAT. Péritonite tubercul. à forme ascitique, th. Paris, 1884. — VIERORDT. Périt. chronique exsudative. Tubingen, 1884. — BUULLAND. Périt. tub., th. Paris, 1885. — LÉONARD. Périt. tub. confondue avec une cirrhose hépatique. Louvain, 1885. — TRABAUD. Périt. tub., th. Lyon, 1885. — HEIDENREICH. Du trait. de cert. périt. par la laparotomie (Sem. méd., 1885). — HEILLER. Traitem. chirurg. des mal. internes (Sem. méd., 1886). — SCHMALMACK. An. path. de la péritonite tuberculeuse, th. Kiel, 1889. — PIC. Trait. chir. des périton. tuberculeuses, th. Lyon, 1890. — DEBOVE. Trait. des périton. tuberc. (Soc. méd. hôp., 1890). — LEJARS. L'occlusion intes. au cours de la péritonite tuberculeuse (Gaz. hôpitaux, 1891). — PONCET. Résultats éloignés de la laparotomie dans la périt. tuber., Lyon méd., 1892. — SWARTZ. Périton. chron. sèche tuberc. (Sem. méd., 1892). — PHOCAS. Trait. de la périton. tuberc. chez l'enfant (Méd. mod., 1892).

Péritonites partielles, pelvi-péritonite. — BOURDON (H.). Des tumeurs fluctuantes du petit bassin (Revue médicale, 1841). — BROUARDEL. Tuberculisation des organes génitaux de la femme, th. de Paris, 1865. — HILTON FAGGE. Cases of abcess without the upper part of the abdomen (Guy's Hosp. Reports, 1873). — FOIX (P.). Des péritonites circonscrites de la partie supérieure de l'abdomen, th. de Paris, 1874. — BESNIER (E.). Art. *Rate,* in Dict. encyclop. des sc. médicales. — VALLEIX. Guide du médecin praticien, édit. de LORAIN. t. V. — AUGER. De la lymphadénite péri-utérine, th. de Paris, 1876. — FRERICHS. Traité des maladies du foie, trad. fr., 3e édit., 1877. — BERNUTZ. Sur la pelvi-péritonite (Arch. tocolog., 1880-1884). — LAUNOIS. Péritonite enkystée traitée par le drainage et des lavages antiseptiques (France méd., 1882). — ROUILLET. Kystes hématiques du péritoine, th. de Paris, 1885. — LAROYENNE. Périmétrite chronique avec épanchem. latent séreux ou hémat. (Lyon méd., 1886). — DESCHAMPS. De la péritonite périhépatique enkystée, th. de Paris, 1886. — HERRLICH. Des abcès sous-phréniques (Soc. méd. int. Berlin, 1886). — E. BLANC. Inflamm. péri-utérine chronique avec épanchem. latent, th. Lyon, 1887. — LICHTERMANN. Forme ascit. de la périt. tuber., th. Paris, 1890. — DELBET. Phlegmon du ligam. large (Soc. méd., 1890). — RAMADAN. Pyopneumothorax sous-phrénique, th. Paris, 1890. — MARTIN. Même sujet, thèse. Paris, 1890. — SEGOND. Trait. des supp. pelviennes par l'hystérectomie vaginale (Ann. gyn., 1891). — POZZI. Trait. des supp. pelviennes (Gaz heb., 1891). — JULLIEN. De l'interv. dans certaines suppur. pelviennes (Arch. tocol., 1892). — RECLUS. De la pelvi-péritonite (Sem. méd., 1892). — CHERON. Trait. méd. de la pelvi-périt. aiguë (Rev. mal. des femmes, 1892). — GRUNBERG. Deux cas d'abcès sous-phréniques. (Wien. med. Woch., 1893).

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 exceptionnel 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 (Gintrac).

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 (deux faits de B. Teissier) ; 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 suppression ou à l'arrêt du flux menstruel, surtout chez les 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 tubercolose miliaire du péritoine. La péritonite chronique, surtout lorsqu'elle est de nature cancéreuse, donne le plus souvent lieu à un épanchement ascitique, celui-ci alors est généralement sanguinolent.

L'hydropisie du péritoine qui résulte d'un obstacle à la circulation veineuse générale est presque toujours précédée d'anasarque, et reconnaît pour cause une maladie du cœur ou des poumons. Mais ces maladies ne provoquent pas seulement l'ascite en ralentissant le courant sanguin dans la veine cave ; elles agissent aussi en provoquant la congestion passive du foie, la cirrhose cardiaque, cirrhose qui agit comme la cirrhose atrophique vulgaire, en rétrécissant ou en 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) ou de ses origines intestinales (Hanot, Chéron) 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 fait partie du cortège symptomatique 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 ; il peut se trouver 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.* C. Schmitt et 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 la sérosité 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 liquide ascitique est parfois d'une grande richesse en cholestérine ; en pareil cas il s'échappe, au moment de la ponction, avec des reflets dorés qui sont dus aux miroitements des paillettes qu'il renferme. D'autres fois le liquide a un aspect ou une consistance chyleuse qui a vivement sollicité, dans ces derniers temps, l'attention des observateurs [1].

Le péritoine présente des altérations lorsque l'ascite est le résultat d'une irritation sécrétoire (péritonite chronique simple) 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

1. Les observations d'épanchements chyliformes ne sont pas nombreuses ; on connaît surtout celles de Smidt, Guttmann, Debove, Weil, Letulle, Straus, etc. ; leur mécanisme, comme leur constitution intime, est mal connu : pour les uns, il s'agit d'épanchement chyleux véritable (Quincke) ; pour d'autres il y a transformation simple d'un épanchement purulent en matières grasses (Weil, N. Gueneau de Mussy). Pour Debove, enfin, il s'agit d'une production de source inconnue de graisse émulsionnée et de son mélange à la sérosité péritonéale. Quoi qu'il en soit de ces opinions diverses, les pathologistes étaient à peu près d'accord pour considérer, avec Letulle, ces épanchements chyleux comme des produits vieillis, sortes de résidus de désintégration granulo-graisseuse provenant de la transformation d'un épanchement émané d'un péritoine préalablement lésé. Dans ces conditions, on était généralement disposé à faire rentrer l'ascite chyleuse dans le cadre des péritonites.

Et de fait, la plupart des autopsies pratiquées en pareille circonstance ne dénotaient-elles pas l'existence d'une altération matérielle du péritoine (cancer, tubercules, néo-membranes) ? Toutefois, une observation plus récente de Straus a modifié un peu cette façon de voir, en montrant que l'hypothèse de l'épanchement chyleux vrai était loin de devoir être abandonnée. Straus a appuyé son assertion sur ce fait clinique d'abord, facile d'ailleurs à constater, de la prompte reproduction du liquide chyleux après la ponction, avec ses mêmes caractères : état laiteux, grande homogénéité, extrême finesse et régularité de l'émulsion graisseuse ; et sur cette expérience ensuite, qui semble décisive : on dose la quantité de graisse contenue dans le liquide d'une première ponction, puis on soumet le malade à un régime riche en graisse, et l'on refait une ponction quelques jours après. Si la teneur en graisse du liquide ainsi retiré est notablement augmentée, il est bien évident qu'on se trouve en présence d'un épanchement chyleux véritable.

Straus admet que l'irruption du chyle dans le péritoine peut se faire par franche solution de continuité du canal thoracique ou des chylifères, et par voie de transsudation.

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 ombilical 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 (Trousseau).

Lorsque le liquide est peu abondant ou lorsqu'il existe une cloison formée, par exemple, par l'intestin interposé, il faut rechercher, pour en déceler la présence, 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 du flot.

Chez la femme et dans les cas douteux, R. Tripier conseille de pratiquer le toucher vaginal ; celui-ci permet de constater en cas d'ascite une mobilité inusitée de l'organe utérin.

La *percussion* est de tous les moyens physiques d'investigation 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 refoule 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, à la hauteur de laquelle on perçoit souvent à la percussion un son hydro-aérique. 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. Lorsque 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 refou-

lement du diaphragme détermine une dyspnée parfois très intense; on peut observer aussi 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 augmenter 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 reparaître. La résorption lente du liquide, ou parfois une sorte de crise (Mondière), se traduisant par des évacuations alvines très abondantes, une diurèse ou une diaphorèse excessive, ont paru amener la guérison spontanée de l'ascite. On a pu voir aussi, mais beaucoup plus exceptionnellement, un épanchement intrapéritonéal se résorber sous l'influence d'un coup de trocart suivi de ponction blanche.

L'ascite liée à la cirrhose hépatique a été longtemps considérée comme toujours vouée à une extension progressive. On sait maintenant que dans un certain nombre de faits cette ascite est curable. D'abord les cas de disparition spontanée de l'épanchement péritonéal ne sont pas rares (Troisier, Moutard-Martin, Féréol, Hanot) [1]. Ensuite il semble bien démontré qu'une intervention active à cette phase de l'hépatite interstitielle où l'élément con-

1. Les travaux récents tendent à attribuer à l'ascite transitoire de la cirrhose une origine particulière ; elle ne dépendrait pas d'une altération des ramuscules portes intra-hépatiques, mais d'une lésion des extrémités intestinales de la veine porte, des phlébites intestinales qui seraient sous la dépendance d'altérations alcooliques de ces veines, semblables à celles que Balzer, Duret et Hanot ont signalées dans les veines de l'estomac et du rectum chez les gens ayant abusé de l'alcool.

nectif non encore organisé est susceptible de régression ou de résorption, contrairement à l'opinion soutenue par l'école allemande, peut être suivie de la disparition de l'ascite. Des faits probants ont été rapportés par Semmola, Leudet, Bouveret, Troisier. Un des premiers, Semmola, a montré que ce résultat pouvait être réalisé par le traitement ioduré à hautes doses. D'autres fois, cette terminaison favorable a été obtenue par des ponctions répétées (de Pradel, Carral, Ewald).

Enfin on a rapporté des cas de guérison par évacuation spontanée du liquide à travers la peau, dans l'intestin ou la vessie (B. Teissier).

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.

Les *kystes de l'ovaire*, que l'on confond souvent avec l'hydropisie du péritoine, forment une saillie plus latérale et moins symétrique, une tumeur ovoïde à contours nets faisant proéminer l'abdomen au-dessus des pubis sans amener de dilatation de la base du thorax ; ils sont moins fluctuants que l'ascite et peuvent se déplacer en totalité ; lorsqu'on modifie la position des malades, la matité ne change ni de place ni de forme, elle est entourée dans tous les sens d'une zone de sonorité ; le toucher vaginal montre que le kyste est en relation avec l'utérus ; le contenu des kystes est épais et visqueux, trouble, jaunâtre ; enfin les kystes ne s'accompagnent pas, habituellement, d'une altération aussi marquée de la santé générale que l'ascite.

La *péritonite chronique*, dans les cas rares où elle donne lieu à un épanchement abondant, se reconnaît à l'existence de nodosités et d'inégalités, d'empâtement diffus du péritoine, aux symptômes spéciaux à la phlegmasie (douleurs, alternatives de constipation et de diarrhée, vomissements, etc.). Le diagnostic est encore moins douteux lorsqu'il y a des antécédents tuberculeux.

L'ascite a pu être confondue avec la *grossesse :* la forme de l'utérus gravide, sa dureté, son inclinaison à droite, les bruits du cœur et les mouvements du fœtus, les signes fournis par le toucher, dissiperont bien vite l'erreur.