

CHAPITRE VI  
MALADIES DU PÉRITOINE

La séreuse péritonéale affecte surtout des rapports avec le tube digestif et ses annexes beaucoup plus qu'avec n'importe lequel des organes de la cavité abdominale. L'étude des maladies du péritoine doit donc trouver sa place ici. Nous étudierons sous ce titre les péritonites aiguës, la péritonite tuberculeuse, l'ascite et les épanchements chyloformes du péritoine. En raison du cadre élémentaire de ce précis, nous ne pouvons consacrer un article spécial aux péritonites chroniques des brightiques, des alcooliques, des cirrhotiques ou au cancer du péritoine; nous en dirons seulement quelques mots à propos du diagnostic de la péritonite tuberculeuse.

ARTICLE PREMIER  
PÉRITONITES AIGUES

La péritonite aiguë est l'inflammation aiguë du péritoine quelle que soit sa cause.

1° **Étiologie.** — Les principales causes des péritonites aiguës sont :

1° Les *traumatismes* (plaies pénétrantes) et les opérations chirurgicales ;

2° Les *lésions viscérales*, surtout lorsqu'elles s'accompagnent d'une perforation viscérale ou de la rupture d'un abcès, ulcère de l'estomac, fièvre typhoïde, tuberculose et cancer de l'intestin,

appendicite, lithiase biliaire, abcès du foie, salpingite, etc., mais la perforation n'est pas toujours nécessaire, par exemple dans l'appendicite et l'infection puerpérale ;

3° Les *infections générales* (variolo, septicémie).

Tantôt les microbes, causes de la péritonite, pénètrent par une sorte d'effraction ; tantôt ils sont apportés par les voies lymphatique ou sanguine. Parmi ces microbes, le *streptocoque* et le *coli-bacille* sont de beaucoup les plus fréquents ; la présence de ce dernier est constante après les perforations intestinales. Viennent ensuite les staphylocoques, les microbes de la putréfaction et plus rarement le pneumocoque.

2° **Anatomie pathologique.** — Si le malade a été emporté par une péritonite suraiguë, les lésions ne sont pas encore très avancées et l'autopsie ne montre qu'une rougeur diffuse de la séreuse avec arborisations vasculaires et *dilatation des anses intestinales*. Cette dilatation paralytique, parfois énorme, est la cause du météorisme. A un degré plus avancé la séreuse se recouvre çà et là d'un *dépôt fibrineux*, et du pus ou de la sérosité louche s'accumule dans les parties déclives. Enfin on peut trouver toute la cavité abdominale remplie de *pus* et les organes tapissés de fausses membranes fibrinopurulentes. Lorsque la maladie a trainé en longueur, on voit les anses intestinales et les divers organes soudés entre eux par des *adhérences* qui limitent quelquefois la collection purulente.

3° **Symptômes.** — La péritonite aiguë débute par une *douleur intense*, d'abord localisée à l'ombilic et à l'hypogastre, qui se généralise rapidement. Cette douleur, continue avec paroxysmes, est augmentée par les contractions intestinales, par le déplacement des gaz intestinaux. Les secousses de toux, les vomissements, le moindre mouvement, la pression la plus douce l'exagèrent au point que le poids des couvertures devient intolérable. Pour ne pas la réveiller, ou la rendre plus forte par la tension des muscles abdominaux, le malade reste immobile, étendu sur le dos, les genoux fléchis ; sa respiration devient rapide, superficielle ; le type costal tend à se substituer au type diaphragmatique.



L'*abdomen* très sensible à la pression est distendu et sa sonorité augmentée. Cette distension ne porte d'abord que sur quelques anses intestinales et se traduit par des bosselures, puis ce météorisme se généralise et la paralysie intestinale s'accuse par un ballonnement de tout l'*abdomen*. Dans les parties déclives s'accuse un léger épanchement reconnaissable à sa matité. BEATTY et BRIGHT ont signalé dans quelques cas un bruit de frottement ou de cuir neuf. On constate une élévation de la température locale directement prise sur la paroi abdominale (PETER).

Les vomissements font suite aux nausées ; d'abord alimentaires, ils sont colorés en vert par la bile (*vomissements porracés*). La constipation est habituelle.

Le hoquet est souvent un symptôme du début ; il survient ou reparait aux approches de la mort.

Les urines sont rares, riches en indican (JAFFÉ), probablement à cause de la paralysie intestinale. L'inflammation du péritoine vésical se traduit par de fréquentes envies d'uriner et du ténésme vésical.

La fièvre s'annonce par de petits frissons, puis monte à 40° et au delà ; la peau devient chaude et sèche, la langue rouge vif, le malade est tourmenté par une soif ardente.

Le pouls est fréquent, petit, serré.

Le faciès s'altère rapidement ; il exprime l'anxiété et la souffrance ; les yeux sont excavés, les narines pulvérulentes, le sillon nasolabial se creuse (*faciès grippé*). Les extrémités se refroidissent et se couvrent de sueur.

**4° Évolution.** — La péritonite aiguë évolue en quelques jours. La terminaison fatale s'annonce par un redoublement de la douleur, du météorisme et des vomissements. Le pouls devient filiforme. La mort est précédée de délire et d'agitation ou survient dans une adynamie progressive, dans la prostration et le collapsus.

La guérison est au contraire précédée d'une amélioration progressive des symptômes.

**5° Formes cliniques.** — Nous nous bornerons aux principales.

a. *Péritonite par perforation.* — C'est une péritonite suraiguë, La douleur est très vive, déchirante ; elle se localise avec son maximum au niveau du siège de la perforation, mais elle s'irradie et se généralise très rapidement.

Tous les symptômes de la péritonite aiguë (hoquet, vomissements, pouls filiforme) se retrouvent ici avec leur maximum d'acuité. La suppression des selles et des urines est absolue. Le météorisme est énorme ; il n'est pas dû seulement à la paralysie intestinale, mais à l'épanchement des gaz contenus dans le tube digestif : ceux-ci peuvent masquer par leur tympanisme la matité hépatique. Les vomissements font souvent défaut dans la péritonite par perforation de l'estomac, car celui-ci vide son contenu dans le péritoine au lieu de l'évacuer par l'œsophage. La mort survient en un ou deux jours ou même quelques heures.

b. *Péritonite puerpérale.* — Elle survient du deuxième au cinquième jour après l'accouchement et débute par un météorisme généralisé et par des vomissements.

c. *Péritonite circonscrite.* — La plus intéressante est celle qui se limite au-dessous du diaphragme et porte le nom d'*abcès sous-phrénique*. Le diaphragme paralysé par l'inflammation est plus ou moins profondément repoussé dans le thorax ; l'abcès fait donc saillie non du côté de l'*abdomen*, mais dans la cavité thoracique où il refoule le poumon et se traduit par de la matité, simulant une pleurésie de la base, de là son nom de *pyo-thorax sous-phrénique* ou de *pyopneumothorax* sous-phrénique, suivant qu'il renferme ou non des gaz. C'est une affection abdominale à symptomatologie thoracique.

Si le foyer purulent ne contient que du liquide, ses signes sont ceux d'une pleurésie ; matité dans la moitié inférieure du thorax, abolition des vibrations thoraciques, abolition du murmure vésiculaire ; mais il n'y a pas de souffle pleurétique (à moins que ne se soit développée une pleurésie consécutivement à l'infection de la plèvre à travers le diaphragme). On constate de la dyspnée, du hoquet à cause de l'irritation du phrénique, de la voussure de l'épigastre et de l'hypochondre, de l'œdème de la paroi thoracique dans sa région la plus déclive, de la douleur à la pression de l'épigastre.



Si le foyer purulent contient des liquides et des gaz, on a tous les signes d'un *pneumothorax* : souffle amphorique, tintement métallique, bruit d'airain, bruit de glou-glou à la succussion, sonorité exagérée à la percussion, abolition des vibrations vocales.

L'abcès sous-diaphragmatique se développe le plus souvent à gauche : il peut toutefois s'étendre plus ou moins à droite au point de masquer par ses gaz la matité hépatique.

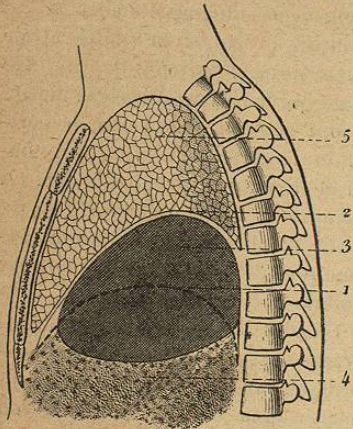


Fig. 76.

Abscès sous-phrénique.

1, voussure normale du diaphragme (en pointillé). — 2, voussure du diaphragme exagérée par l'abcès qui refoule sa face inférieure. — 3, cavité de l'abcès. — 4, foie ou masse intestinale formant sa paroi inférieure. — 5, poumon refoulé ou atelectasié.

de l'hypochondre et de la région épigastrique, par la douleur à la pression de l'épigastre, par les frottements péritonéaux, par la disparition de la matité hépatique, par le refoulement du cœur de bas en haut et non latéralement comme dans la pleurésie, par le décubitus dorsal et non latéral comme chez les pleurétiques.

Enfin la ponction évacuatrice montre que l'écoulement du liquide s'accélère pendant l'inspiration et se ralentit ou cesse pen-

son *diagnostic* est souvent fort difficile : on est exposé à le confondre avec une pleurésie ou un pyopneumothorax limités à la base du thorax. Les données suivantes sont en faveur de l'abcès sous-phrénique.

L'abcès sous-phrénique est rendu probable par l'absence d'une affection antérieure de l'appareil respiratoire (tuberculose surtout), par la présence d'une affection abdominale antérieurement constatée (ulcère de l'estomac, appendicite, etc.), par la voussure

dant l'expiration à l'inverse de ce qui se passe dans les épanchements pleurétiques : c'est le signe de PRUHL. Ce phénomène est dû à l'abaissement inspiratoire du diaphragme qui comprime le foyer situé au-dessous de lui. On peut d'ailleurs quelquefois remarquer, avant toute ponction, que la limite supérieure de la matité s'abaisse à chaque inspiration.

L'abcès sous-phrénique ne reste pas indéfiniment enkysté et finit par s'évacuer le plus souvent à travers les bronches en provoquant une abondante vomique horriblement fétide. Plus rarement il s'ouvre dans la plèvre en déterminant une pleurésie purulente, dans l'intestin grêle ou le côlon, à la peau de la région abdominale, dans le péricarde, dans le péritoine en déterminant une péritonite généralisée rapidement mortelle. Dans tous les cas c'est une affection fort grave ; son ouverture chirurgicale par la région abdominale ou à travers un espace intercostal peut seule essayer de conjurer l'issue fatale.

**6° Diagnostic.** — La *colique intestinale*, *hépatique* ou *néphrétique*, la *gastralgie* peuvent s'accompagner d'une douleur aussi vive que celle de la péritonite, mais dont la localisation est plus spéciale dans chacun de ces accidents, au niveau du côlon, de l'hypochondre droit, de la région lombaire ou de l'épigastre, au lieu d'être généralisée comme celle de la péritonite. Les vomissements sont moins abondants et n'ont pas le caractère porracé ; les traits expriment la douleur et l'angoisse, mais ce n'est pas le facies grippé de la péritonite. Enfin il n'y a ni température ni météorisme.

**7° Traitement.** — Le malade restera dans l'immobilité la plus absolue ; on calmera sa soif par des boissons gazeuses et glacées, prises souvent mais en petite quantité ; on évitera le contact des couvertures dont le simple poids suffit à réveiller les douleurs abdominales. On appliquera sur le ventre un sachet de glace. L'intestin sera immobilisé par des injections hypodermiques de morphine. On conseille aussi l'application de 10 à 20 sangsues. Contre les vomissements on emploie la potion de Rivière, l'ingestion de fragments de glace ou d'eau



additionnée de quelques gouttes de teinture d'iode. L'intervention chirurgicale est indiquée surtout quand on a quelques présomptions sur le siège de la lésion causale (perforation, appendicite, etc.).

## ARTICLE II

## PÉRITONITE TUBERCULEUSE

Cette maladie était autrefois désignée sous le nom de péritonite chronique. Louis (1825) reconnut sa nature tuberculeuse.

**1° Étiologie et pathogénie.** — La péritonite tuberculeuse présente son maximum de fréquence dans l'enfance et l'adolescence; toutefois elle est rare au-dessous de quatre ans. Les sujets qui en sont porteurs sont souvent indemnes d'autres manifestations tuberculeuses ou ne présentent que des signes peu avancés de tuberculose pulmonaire. Elle peut toutefois coexister avec une phtisie confirmée.

*Comment se fait l'infection du péritoine ?*

On a supposé que l'apport du bacille de Koch à la séreuse se faisait par l'intermédiaire :

a. *De l'intestin* (CRUVEILHIER, KOENIG). — Cette théorie a contre elle : 1° la fréquence des péritonites tuberculeuses sans ulcérations intestinales; 2° la rareté et le peu d'étendue de la péritonite tuberculeuse, au cours de la tuberculose intestinale. Mais on a fait remarquer que les bacilles de Koch introduits par la voie digestive pouvaient traverser la muqueuse intestinale saine, sans laisser de traces de leur passage (expériences de DOBKOLONSKY);

b. *De la dégénérescence caséuse des ganglions mésentériques ou iliaques* : l'inoculation du péritoine qui les recouvre se ferait ainsi de proche en proche;

c. *De la tuberculose des organes génitaux* (BROUARDEL). Des lésions tuberculeuses de la prostate, des vésicules séminales, des trompes ont été quelquefois rencontrées;

d. *De la tuberculose pleurale*;

e. *De la voie sanguine*; ce dernier mécanisme pathogénique est surtout applicable à la tuberculose miliaire aiguë péritonéale. Quelques auteurs (MARFAN) estiment cependant que la plupart des cas de tuberculose péritonéale chronique reconnaissent la même origine; il est certain que les lésions ganglionnaires, pleurales ou génitales, qu'on a considérées avec trop d'exclusivisme comme cause immédiate de la péritonite tuberculeuse sont inconstantes et ne peuvent expliquer la généralité des cas.

**2° Anatomie pathologique.** — Il existe, tant au point de vue anatomique qu'au point de vue clinique, plusieurs formes de péritonite tuberculeuse.

a. Dans la *tuberculose miliaire aiguë* du péritoine et dans certaines formes chroniques (*formes ascitiques*), la lésion se borne à la présence de granulations tuberculeuses ou de tubercules de la grosseur d'une lentille, disséminées à la surface du péritoine viscéral ou pariétal. En même temps la cavité péritonéale contient une quantité plus ou moins abondante d'un liquide limpide citrin; la séreuse ne réagit pas davantage.

b. Dans la *péritonite tuberculeuse commune* (*forme fibro-caséuse*), les lésions sont bien différentes: l'intestin est revêtu de fausses membranes épaisses qui recouvrent également le mésentère, le mésocolon, tous les replis du péritoine et leur donnent une épaisseur anormale. Par suite de l'organisation de ces fausses membranes infiltrées de tubercules et de leur transformation en tissu fibreux, les anses intestinales adhèrent entre elles et leur agglomération forme d'énormes gâteaux péritonéaux parsemés de masses caséuses, perceptibles à la palpation à travers la paroi abdominale. Ces adhérences circonscrivent des cavités remplies d'un liquide séreux, hémorragique ou purulent. Des perforations s'établissent: elles créent des fistules qui vont s'ouvrir à la paroi abdominale ou font communiquer entre eux divers segments de l'intestin. Son calibre est parfois rétréci par des brides cicatricielles qui produisent une occlusion plus ou moins complète.

c. *La tuberculose des annexes de l'utérus* et surtout la tuber-



*culose intestinale* s'accompagnent aussi de lésions péritonéales, mais ordinairement très limitées; ainsi, si on regarde par sa face externe un intestin dont la muqueuse présente des altérations tuberculeuses, on voit à leur niveau des traînées de lymphangite tuberculeuse et quelques fausses membranes, mais tout se borne là (voy. p. 515). Nous laisserons ces cas de côté.

Les autopsies de péritonite tuberculeuse montrent environ dans la moitié des cas de la pleurésie sèche ou avec épanchement.

**3° Symptomatologie.** — Il y a lieu de distinguer la forme aiguë et la forme chronique :

**A. FORME AIGUE.** — La tuberculose miliaire aiguë du péritoine peut n'être qu'un épisode de la tuberculose aiguë généralisée ou granulie, mais elle peut aussi exister seule; la fièvre, les douleurs abdominales, le météorisme, les vomissements, l'ascite, la constipation, la paralysie vésicale (quand le péritoine qui recouvre la vessie est parsemé de granulations) en constituent les principaux symptômes. Parfois l'éruption tuberculeuse péritonéale ne provoque pas grande réaction, au point qu'elle peut rester latente, et passer complètement inaperçue au cours d'une granulie.

**B. FORMES CHRONIQUES.** — Tantôt elles ont un début aigu marqué par des symptômes analogues à ceux que nous venons d'énumérer, et passent à la chronicité après cet orage péritonéal, tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, elles sont chroniques d'emblée.

**a. Symptômes objectifs.** — Dans la *forme ascitique* on ne remarque qu'une augmentation de volume progressive de l'abdomen; le ventre est étalé, on constate tous les signes physiques de l'ascite (matité des flancs, phénomène du flot, etc., voy. p. 557).

Dans la *forme commune fibrocaséuse*, l'abdomen est inégalement distendu. La palpation fait sentir les anses intestinales agglomérées et l'épiploon épaissi, faisant corps avec des masses

caséuses (*gâteaux péritonéaux*). Leur percussion donne un son mat, alors que la distension des anses intestinales sur d'autres points se traduit par du météorisme; c'est à cette alternance de zones mates et sonores irrégulièrement distribuées, qu'on donne le nom de *matité en damier*. Enfin il n'est pas rare de trouver à l'auscultation des poumons des signes de pleurésie (frottement ou abolition du murmure vésiculaire) ou des traces de tuberculose.

**b. Symptômes fonctionnels.** — Les troubles digestifs sont habituels dès le début; l'appétit est diminué, les digestions difficiles; la diarrhée alterne avec la constipation. Le ventre est douloureux spontanément et sensible à la pression: il est souvent ballonné. Des vomissements se produisent.

L'évolution chronique de la péritonite tuberculeuse est souvent entrecoupée de poussées aiguës pendant lesquelles ces symptômes sont accusés au maximum. En même temps l'amaigrissement augmente; la fièvre est persistante, quelquefois ne dépassant guère 38°, dans d'autres cas atteignant 40°. A la phase ultime de la maladie la fièvre hectique à grandes oscillations, les sueurs nocturnes, l'œdème des membres inférieurs, réalisent l'ensemble des symptômes de la cachexie tuberculeuse.

**4° Pronostic, complications.** — La péritonite tuberculeuse chronique dure de quelques mois à deux ans. La forme commune est la plus grave; la forme ascitique a un pronostic meilleur et est susceptible de guérir spontanément.

Parmi les complications, une des plus graves est l'*occlusion intestinale*; elle est quelquefois incomplète et se traduit seulement par une constipation opiniâtre et une augmentation du météorisme. Lorsqu'elle est absolue, il y a suppression des selles et des gaz, énorme ballonnement du ventre, mouvements péristaltiques très douloureux, vomissements porracés, puis fécaloïdes, avec gravité extrême de l'état général (algidité, phénomènes cholériformes). Cette complication est due à la compression de l'intestin par les fausses membranes ou les masses caséuses, à sa soudure et surtout à son étranglement par une



bride fibreuse cicatricielle. — La perforation intestinale faisant communiquer une anse avec une anse voisine ou avec l'extérieur par une *fistule*, constitue une autre complication.

**5° Diagnostic.** — La péritonite tuberculeuse se distinguera des autres *péritonites chroniques* (alcoolisme, mal de Bright), par l'amaigrissement, la fièvre, l'auscultation du poumon et les gâteaux péritonéaux perceptibles à la palpation ; il faudra aussi rechercher pour les éliminer les signes de ces affections.

Certaines *affections chroniques de l'abdomen* (cirrhose avec ascite, cancer du foie ou de l'estomac) peuvent donner le change par leurs *signes physiques*, mais ne présentent pas les symptômes généraux de la péritonite.

La *péritonite cancéreuse* est ordinairement secondaire à un cancer d'un des organes abdominaux (estomac, foie, intestin) ; l'âge du malade, beaucoup plus avancé que dans la péritonite tuberculeuse. la cachexie précoce et intense, le caractère souvent hémorragique de l'épanchement, la coexistence fréquente des signes objectifs ou fonctionnels d'une tumeur de l'abdomen, faciliteront le diagnostic. Enfin l'examen microscopique de l'épanchement montre de grandes cellules vacuolaires qui auraient, d'après REGAUD, une certaine valeur diagnostique, quand elles sont en nombre considérable.

**6° Traitement.** — Le traitement est médical et chirurgical :

a. *Médical.* — Il se résume dans le traitement général de la tuberculose, les pointes de feu légères et répétées sur l'abdomen. L'application d'une ou plusieurs couches de collodion sur la paroi abdominale diminue le météorisme.

b. *Chirurgical.* — Depuis la célèbre erreur de diagnostic de SPENCER WELLS qui pratiqua par hasard la laparotomie dans une péritonite tuberculeuse et guérit ainsi sa malade sans autre intervention, on a eu souvent recours au traitement opératoire. C'est dans les formes ascitiques qu'il réussit le mieux ; on laisse écouler le liquide, on éponge l'intestin avec des tampons aseptiques et on referme simplement l'abdomen. Cette simple exploration suffit pour guérir dans bien des cas la péritonite tuber-

culeuse, bien que le mode d'action en demeure mystérieux. Dans les autres formes, à vastes collections purulentes enkystées, le traitement chirurgical est rarement indiqué.

## ARTICLE III

## ASCITE

L'ascite est l'épanchement de sérosité dans la cavité péritonéale.

**1° Symptômes.** — Nous étudierons d'abord les signes physiques, de beaucoup les plus importants.

A. SIGNES PHYSIQUES. — Ils sont fournis par l'inspection, la palpation et la percussion.

a. *Inspection.* — A l'inspection :

1° L'abdomen est étalé (*ventre de batracien*) ; l'augmentation de volume porte sur les flancs, aussi bien que sur la région ombilicale : dans les tumeurs, dans les kystes de l'ovaire, au contraire, la région ombilicale est saillante, l'abdomen est *acuminé* ;

2° Souvent on voit un réseau veineux sous-cutané se dessiner sur l'abdomen, particulièrement au voisinage de l'ombilic où il forme des arborisations connues sous le nom de *tête de Méduse* ;

3° La cicatrice ombilicale, au lieu d'être déprimée comme normalement, est saillante, en doigt de gant.

b. *Percussion.* — A la percussion, l'abdomen est mat ; la matité est plus prononcée à l'hypogastre et dans les flancs, c'est-à-dire dans les parties déclives ; elle fait place à la sonorité normale ou au tympanisme, au-dessus de l'ombilic et à l'épigastre (à cause de l'intestin). C'est donc le contraire de ce qu'on observe dans les kystes de l'ovaire où la matité est centrale et où les flancs restent sonores.

En faisant coucher alternativement le malade sur un côté puis sur l'autre, on produit des *déplacements de la matité* corres-



pendant au déplacement du liquide qui s'accumule toujours dans les points les plus déclives; ces déplacements, faciles à constater quand la quantité de liquide n'est pas trop considérable, manquent dans les ascites cloisonnées.

De même en plaçant le malade dans la position genu-pectorale et en percutant l'ombilic, on peut mettre en évidence, même lorsqu'il y a très peu de liquide, une zone de matité péri-ombilicale.

c. *Palpation.* — La palpation permet d'apprécier la tension des parois abdominales et met en évidence le phénomène du flot. Si on frappe doucement sur le flanc gauche par exemple, ou si on y donne une chiquenaude, la main placée à plat sur le flanc droit perçoit l'ébranlement. Ce phénomène peut être très atténué dans les ascites cloisonnées; il ne faut pas alors le chercher d'un côté à l'autre de l'abdomen, mais rapprocher les deux mains. Pour rechercher le phénomène du flot on conseille de faire placer de champ sur l'abdomen la main d'un aide de façon à empêcher la propagation de l'ébranlement à travers les parois abdominales et à éviter l'erreur qui en résulterait; mais ce procédé a l'inconvénient d'atténuer beaucoup et même de supprimer le flot dans des cas où l'ascite est peu abondante, mais cependant certaine.

A ces signes physiques, il faut ajouter l'effacement des culs-de-sac vaginaux et la mobilité du col utérin, facilement constatables par le toucher vaginal, et la propagation nette des bruits du cœur entre l'ombilic et le pubis.

B. TROUBLES FONCTIONNELS. — L'ascite ne les produit que si elle est abondante et ils sont en raison directe de sa quantité; elle amène alors des irrégularités du pouls, la syncope, des nausées, des vomissements, de la constipation. La respiration est superficielle; elle tend à prendre le type costo-supérieur par suite de la gêne des mouvements du diaphragme.

2° *Anatomie pathologique.* — Indépendamment des diverses lésions qu'ils peuvent présenter et qui sont souvent la cause première de l'ascite, les *viscères* sont anémiés, décolorés, lavés.

Le liquide s'accumule vers les parties déclives, surtout vers le bassin, lorsqu'il est en petite quantité. A mesure qu'il augmente, il envahit la grande cavité abdominale et refoule en haut les anses intestinales. Il peut atteindre et dépasser 20 litres.

Sa couleur est citrine, jaunâtre; il est quelquefois teinté en vert par la bile dont il peut renfermer des quantités importantes. Sa densité est de 1003 à 1024. Il est pauvre en albumine et en fibrine; chez les diabétiques il contient du sucre.

L'ascite hémorragique s'observe surtout dans le cancer du péritoine, mais aussi bien dans la tuberculose péritonéale.

L'ascite gélatineuse accompagne le cancer colloïde du péritoine.

L'ascite laiteuse sera étudiée dans un chapitre spécial (voy. p. 562).

3° *Étiologie.* — Voici les principales causes de l'ascite :

a. L'ascite se produit au cours du mal de Bright, du scorbut, de la leucocythémie des états cachectiques.

b. Elle se produit surtout dans certaines maladies gênant directement ou à distance la circulation porte : cirrhose atrophique, tumeurs du foie, du pancréas, du rein droit, ganglions hypertrophiés dans la leucocythémie ou le cancer, maladies des poumons et du cœur, foie cardiaque, compression de la veine cave. Elle peut compliquer la grossesse.

c. Les affections du péritoine (tuberculose miliaire aiguë ou tuberculose chronique, tumeurs, péritonite alcoolique) entraînent la production de l'ascite par lésion des radicules d'origine de la veine porte ou par tout autre cause.

d. On l'a encore attribuée au froid, aux traumatismes de l'abdomen, à la suppression du flux menstruel, etc. Il existe une ascite foetale congénitale.

4° *Pathogénie.* — La pathogénie de l'ascite est fort obscure. Les cas les plus simples sont ceux où elle résulte de la congestion passive, par gêne de la circulation dans la veine porte, comprimée par une masse ganglionnaire par exemple. Mais ordinairement la stase n'est pas seule en cause et il faut faire



encore une large part aux altérations du sang et des vaisseaux, aux altérations des radicules originelles de la veine porte dans l'intestin, aux altérations du péritoine (périhépatite, péricapsule, etc.). C'est le cas notamment pour la cirrhose atrophique dont l'ascite a été attribuée avec beaucoup trop d'exclusivisme à la compression des ramifications terminales de la veine porte par la sclérose intrahépatique.

Enfin de même qu'il existe dans le poumon ou le tissu cellulaire des œdèmes actifs et des œdèmes passifs, il est probable qu'une division analogue existe pour la séreuse péritonéale. L'ascite du froid, de la rougeole, etc., s'expliquerait par ce mécanisme.

**5° Evolution et pronostic.** — L'évolution de l'ascite varie avec sa cause : ainsi elle se développera rapidement dans la carcinose ou la tuberculose aiguë du péritoine, lentement dans la cirrhose atrophique. Son abondance peut entraîner la mort par dyspnée ou syncope, mais la gravité du pronostic résulte ordinairement de l'affection causale.

**6° Diagnostic.** — Il consiste à reconnaître l'ascite et à préciser sa cause :

a. *Diagnostic différentiel.* — On ne confondra pas l'ascite : 1° avec l'œdème de la paroi abdominale, qui d'ailleurs l'accompagne quelquefois, mais qui s'en distingue par l'absence de fluctuation et par l'empreinte en godet que laisse la pression du doigt; 2° avec un kyste de l'ovaire, une grossesse, ou une vessie excessivement distendue (dans ce dernier cas il y a rétention d'urine et le cathétérisme lèverait tous les doutes); 3° les péritonites aiguës se distinguent par leurs troubles fonctionnels graves (vomissements fréquents et porracés, pouls imperceptible, facies grippé, fièvre, etc.); 4° la péritonite tuberculeuse présente à la percussion des zones alternatives de matité et de sonorité (matité en damier), et la palpation fait sentir des masses dues aux anses intestinales agglomérées et aux productions tuberculeuses : il existe cependant une forme ascitique de la tuberculose péritonéale aiguë ou chronique qui ne peut se

diagnostiquer que par le jeune âge des sujets, l'auscultation des sommets, l'état général, la température, l'absence de toute autre cause appréciable d'ascite; encore tous ces signes sont-ils contingents.

b. *Diagnostic de l'affection causale.* — La valeur diagnostique de l'ascite est considérable : toutes les fois qu'on constate ce symptôme, il faut remonter à sa cause, explorer surtout les organes abdominaux et le cœur. Elle est le plus souvent symptomatique de la cirrhose atrophique, du foie cardiaque, de la tuberculose ou du cancer péritonéal.

**7° Traitement.** — Le *traitement médical* se résume dans les purgatifs, les diurétiques et surtout le traitement de l'affection causale (mal de Bright, affection hépatique, cardiopathie, etc.).

La *ponction évacuatrice* doit être réservée pour les cas où l'ascite devient gênante par son abondance. Il ne faut pas en abuser, car, en raison de la reproduction rapide du liquide, ces ponctions répétées affaiblissent rapidement l'organisme. (On se reportera pour le manuel opératoire aux règles posées à propos de la cirrhose atrophique.)

## ARTICLE IV

## ASCITE CHYLIFORME

Les épanchements chyliformes peuvent exister dans la plèvre (voy. t. II), la vaginal, le péricarde, le péritoine.

1° L'*ascite chyleuse* est l'épanchement dans le péritoine d'un liquide ayant tous les caractères d'une *émulsion grasseuse*, et bactériologiquement aseptique. (Ce liquide est étudié au sujet des pleurésies chyliformes.)

Elle coexiste le plus souvent avec des lésions de péritonite chronique, tuberculeuse ou cancéreuse. On a pu dans quelques cas mettre en évidence une solution de continuité, portant sur un ou plusieurs chylifères, par où le chyle se déversait dans le péritoine; on a vu aussi des chylifères rompus produire de



petits épanchements sous-séreux. Ces faits sont très significatifs et montrent bien que l'affection peut être due au déversement du chyle dans le péritoine (QUINCKE). Le liquide a d'ailleurs exactement la composition chimique du chyle, et STRAUSS a démontré qu'une alimentation très riche en graisse pouvait doubler la proportion des matières grasses contenues dans l'épanchement.

Mais il est des cas où aucune lésion des chylifères n'est appréciable, où cette théorie ne peut être invoquée : on en est alors réduit à supposer qu'il s'agit soit de la transformation graisseuse d'un épanchement péritonéal, soit même d'un épanchement primitivement graisseux (DEBOVE). LANCEREAUX assigne à ces épanchements une origine parasitaire, la *filariose*. Il y aurait donc des ascites chyleuses proprement dites et des ascites chyloformes; malheureusement l'analyse chimique et microscopique ne permet pas de les différencier.

2<sup>o</sup> *Tout autre est l'ascite laiteuse non chyleuse* observée dans le cancer de l'ovaire; elle présente les mêmes caractères macroscopiques que la précédente, mais en est chimiquement et microscopiquement distincte (LION); en effet, elle ne contient aucun globule graisseux en suspension, et doit son aspect non à de la graisse, mais à la dissolution d'une substance spéciale très voisine de la caséine. Le microscope y montre des cellules néoplasiques isolées ou en amas : ces éléments, déversés dans le péritoine par les alvéoles cancéreux, pourraient y vivre et y proliférer un certain temps pour y subir à un moment donné la dégénérescence et la fonte, aboutissant à la production d'un épanchement laiteux<sup>1</sup>.

Les *signes* des épanchements chyloformes sont les signes habituels de l'ascite auxquels s'ajoutent ceux d'une péritonite chronique tuberculeuse ou cancéreuse, d'un néoplasme abdominal ou d'une néphrite.

Le *diagnostic* ne se fait que par la ponction.

La mort est la terminaison habituelle.

Le *traitement* consiste dans les ponctions répétées.

<sup>1</sup> LION, *Arch. de méd. expér.*, 1<sup>er</sup> novembre 1893.

## CHAPITRE VII

### MALADIES DU FOIE ET DES VOIES BILIAIRES

Après avoir brièvement rappelé la physiologie de la cellule hépatique, nous étudierons les causes et les signes de son insuffisance. Viendra ensuite l'étude des maladies du foie, celle des maladies des voies biliaires (lithiase, angiocholites), et enfin l'étude du syndrome ictère dans ses diverses modalités.

#### ARTICLE PREMIER

#### FONCTIONS ET INSUFFISANCE

##### DE LA CELLULE HÉPATIQUE

La cellule hépatique a des fonctions multiples : sécrétion biliaire, élaboration de l'urée et du glycogène, destruction des poisons et des déchets venant de l'intestin par la veine porte, rénovation du sang. Lorsqu'elle est au-dessous de sa tâche, son insuffisance retentit par conséquent sur la nutrition et sur presque tous les appareils de l'organisme; la mort en est, au bout de peu de temps, la conséquence. Une affection hépatique bien tolérée, et compatible avec une longue survie, devient rapidement fatale lorsque la cellule hépatique est atteinte dans sa vitalité. Il y a donc un intérêt pronostique de premier ordre à être renseigné sur son activité.

#### § 1. — FONCTIONS DE LA CELLULE HÉPATIQUE

Ces fonctions sont la sécrétion de la bile, les fonctions uropoïétique, glycogénique et hématopoïétique et l'action antitoxique.