

nique, de larges vésicatoires sur le ventre sont réellement efficaces; il va sans dire qu'ils doivent être proscrits dans la péritonite liée au mal de Bright, et remplacés par des applications répétées de teinture d'iode. — L'épanchement liquide est rarement assez abondant pour être par lui-même une cause de danger; cependant, s'il en était ainsi, il ne faudrait pas hésiter à lui donner issue par la ponction. — Le sulfate de quinine, particulièrement préconisé dans la péritonite pyohémique et puerpérale, n'a pas d'action spéciale sur le processus phlegmasique; il n'a d'autre utilité que de modérer le mouvement fébrile et de restreindre ainsi la consommation organique. Le médicament n'est donc pas indiqué par la forme de la péritonite, mais simplement par la vivacité et la durée de la fièvre. — La péritonite PAR PERFORATION doit être traitée par le repos absolu, les applications froides, l'abstinence des boissons, l'opium à hautes doses (Graves, Stokes).

La PÉRITONITE PARTIELLE aiguë ne présente aucune indication particulière à son début; mais lorsqu'elle traîne en longueur, il faut insister sur les révulsifs cutanés, entretenir la liberté du ventre, soutenir les forces du malade, et si la liquéfaction de l'exsudat a lieu, il faut, toutes les fois que la chose est possible, intervenir par la ponction, afin de prévenir les désordres que pourrait amener l'évacuation spontanée du pus.

La PÉRITONITE CHRONIQUE doit être combattue par les vésicatoires répétés ou les applications de teinture d'iode, par des bains sulfureux ou sulfuro-alcalins, par la ponction, si l'épanchement devient considérable; en même temps, si la diarrhée est abondante, on donne les opiacés et le bismuth, et l'on prescrit des toniques et une alimentation substantielle; la viande crue peut être très-utile, de même que l'huile de foie de morue lorsqu'elle ne provoque pas de dévoiement. On ne négligera pas de stimuler les fonctions de la peau par des frictions sèches, et l'on opposera aux poussées aiguës les applications et les boissons glacées.

## CHAPITRE II.

### ASCITE.

#### GENÈSE ET ÉTIOLOGIE.

L'hydropisie du péritoine ou ascite (1) résulte, dans la majorité des cas, d'une gêne circulatoire dans le système porte; c'est une **hydropisie**

(1) PORTAL, *Obs. sur la nature et le traitement de l'hydropisie*. Paris, 1823. — LANDRÉ-BEAUVAIS, *Dict. de méd.*, t. III. — MONDIÈRE, *l'Expérience*, t. VII. — TARRAL,

**mécanique**. Tantôt les vaisseaux portes sont *directement* atteints, tantôt ils le sont *indirectement* par suite d'un accroissement de tension dans les grosses veines thoraciques ou dans le cœur droit.

L'ASCITE MÉCANIQUE DIRECTE est produite par les *néoplasmes du péritoine* (tuberculose, cancer) qui ne déterminent pas de péritonite chronique, notamment par le cancer alvéolaire et les tumeurs à échinocoques, — par les *altérations du foie*, de la *rate*, du *pancréas* et des *ganglions mésentériques*; l'hépatite interstitielle ou scléreuse tient la première place dans cette étiologie.

L'ASCITE MÉCANIQUE INDIRECTE n'est qu'un des éléments d'une hydropisie plus ou moins généralisée, et elle est toujours précédée d'un œdème tributaire de la veine cave inférieure, parce que la gêne de la circulation porte n'est que la conséquence de l'accroissement de pression dans le système veineux général. Cette ascite est amenée par les *maladies du cœur et des poumons*.

Dans une seconde série de cas déjà bien plus rares, c'est l'hydrémie qui est la cause de la transsudation péritonéale. L'**ascite dyscrasique**, qui est presque toujours précédée d'autres manifestations hydropiques, est amenée par le *mal de Bright* et par les *cachexies*.

Enfin, dans quelques faits complètement exceptionnels, une **ascite primitive** est provoquée par le mécanisme de la *fluxion compensatrice* sous l'influence du *froid*, ou de l'*ingestion de boissons glacées* pendant que le corps est en sueur (voy. t. I), ou encore à la suite de l'*arrêt du flux menstruel*.

*Journ. hebdomadaire*, n. 82. — PIORRY, *loc. cit.* — BOULLAUD, *Dict. de méd. et chirurg. prat.*, t. III. — ANDRAL, HODGKIN, *loc. cit.* — BRICHETEAU, *Clin. méd. de l'hôpital Necker*. Paris, 1835. — DELABERGE et MONNERET, *Compend. de méd.* — BARTHEZ et RILLIET, *loc. cit.* — BAMBERGER, *loc. cit.* — H. GINTRAC, art. ASCITE, in *Nouv. Dict. de méd. et chir. pratiques*. — DOLBEAU, *Gaz. hôpit.*, 1866. — WASSE, *Thèse de Montpellier*, 1867. — E. BESNIER, *Bullet. de therap.*, 1867. — HABERSHON, *Clinical Notes on dropsy of the peritoneum (The Lancet)*, 1867. — FARIA, *Boston Med. and Surg. Journ.*, 1867. — MORELAND, *Eodem loco*, 1868. — WEBB, *The Lancet*, 1868. — DAVID, *Thèse de Paris*, 1868. — GALVAGNI, *Rivista clinica di Bologna*, 1869.

SIEVEKING, *A case of ascites, successfully treated by oil of copaiba (The Lancet)*, 1870. — RIPPANN, *Eine seröse Cyste in der Bauchhöhle mit einem Inhalt von 50 Litres Flüssigkeit (Deutsche Klinik)*, 1870.

LYONS, *On tapping in abdominal dropsy (Dublin Journ. of med. Sc.)*, 1873. — BAEUMLER, *Chronische pseudomembranöse Peritonitis nach wiederholter Paracentesis abdominalis (Virchow's Arch.)*, LVIII; 1873. — HEHN, *Ueber die Entstehung mechanischer Ödeme (Centralbl. f. d. med. Wissensch.)*, 1873. — RUTHERFORD, *Ascites with general anasarca tapped four times; recovery (Med. Press and Circular)*, 1874. — BROCHIN, *Sur les hydropisies (Gaz. hôp.)*, 1874.

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

La quantité du liquide épanché varie de 1 à 30 et 40 litres; il est transparent, tantôt parfaitement fluide, tantôt un peu oléagineux, d'une couleur jaune analogue ou semblable à celle du sérum; dans quelques cas rares il est rougeâtre, ce qui tient à une certaine proportion d'hématine dissoute (transsudat hémorrhagique). Il peut ne contenir aucun élément morphologique; dans d'autres circonstances, on trouve, dans le dépôt, de l'épithélium normal ou grasseux; en l'absence de complication inflammatoire, il ne renferme pas de flocons fibrineux solides, mais il y a souvent de la fibrine liquide qui se coagule tardivement, et à plusieurs reprises, sous l'action de l'air (*parafibrine, bradyfibrine* de Polli). Ce phénomène est constant lorsque du sang, même en très-petite quantité, est mêlé au liquide, et à ce titre il peut devenir un signe indirect de cancer péritonéal. Les autres caractères chimiques ne diffèrent pas de ceux qui ont été exposés précédemment (t. I); je rappelle que le sécrétum de l'ascite est, après celui de l'hydrothorax, le plus riche en albumine.

L'état des viscères est variable et en rapport avec la cause de l'ascite; lorsqu'elle ne dépend pas d'une altération du péritoine lui-même, la séreuse est blanchâtre et opalescente; elle a perdu son poli par suite de l'imbibition, et si la distension du ventre a été considérable, les muscles larges et droits sont amincis, dissociés et comme atrophiés.

## SYMPTOMES ET MARCHE.

L'effusion du liquide dans le péritoine est lente et graduelle, à moins qu'une occlusion brusque du tronc de la veine porte ne soit produite, ce qui est fort rare; le début brusque et rapide appartient aussi à l'ascite *a frigore*; mais ces faits, je l'ai dit déjà, sont exceptionnels. Les malades voient s'ajouter aux accidents de leur affection première une sensation pénible de tension et de plénitude dans le ventre; ce malaise augmente après le repas; des vêtements jusqu'alors aisés deviennent trop étroits, et la compression exercée par le liquide sur l'extrémité supérieure du rectum détermine une constipation persistante, laquelle devient une cause de flatulence intestinale qui augmente le développement du ventre. Dès ce moment on peut constater une déformation caractéristique de l'abdomen: si le malade est debout, on voit à l'hypogastre et dans les régions iliaques une saillie plus ou moins considérable et arrondie; si le malade est couché horizontalement, la saillie médiane s'affaisse, et l'on constate un élargissement des flancs qui débordent latéralement; fait-on coucher

le patient sur le côté, la saillie déclive augmente aussitôt, tandis que l'autre disparaît; tous ces phénomènes tiennent à la mobilité du liquide, qui, étant libre, obéit dans tous les mouvements du malade aux lois de la pesanteur. Avec l'accroissement de l'épanchement la circonférence du ventre se développe de plus en plus, et elle peut atteindre le double et même le triple de l'état normal; dans ces ascites considérables la cicatrice ombilicale est dépliée et soulevée en forme de tumeur molle et fluctuante qui se tend sous l'influence de la toux et des efforts.

La PERCUSSION donne un son mat qui, borné d'abord à l'hypogastre et aux flancs, gagne en hauteur à mesure que l'effusion s'accroît; la matité est complète et la résistance au doigt varie selon l'épaisseur de la couche liquide. La zone mate est séparée de la région sonore par une zone de transition sur laquelle on constate une simple diminution de sonorité, et un peu plus haut on trouve le son intestinal normal, ou exagéré par suite de l'accumulation des gaz; c'est là qu'est la ligne de niveau du liquide. Les intestins surnagent en raison de leur pesanteur spécifique moindre, et ils sont d'autant plus refoulés par en haut que l'épanchement est plus abondant. — Dans les régions où la matité est absolue, on perçoit la sensation de FLUCTUATION, et le plus souvent aussi on peut obtenir le phénomène du FLOT: tandis qu'une main est appliquée à plat sur la région iliaque, on frappe légèrement avec un doigt le point homologue du côté opposé, et la main fixe reçoit un choc dû à l'ondée liquide déplacée par la percussion. Pour éviter l'erreur qui consisterait à prendre pour le flot liquide le simple ébranlement musculaire, on peut faire placer le bord cubital de la main d'un aide longitudinalement sur la ligne blanche; la secousse musculaire produite par le doigt qui percute ne peut plus être transmise à la main exploratrice, tandis que le déplacement du liquide n'est pas entravé.

L'ascite abondante produit, indépendamment de la *constipation* déjà signalée, une *gêne continue de la respiration* par refoulement du diaphragme, et une *diminution notable de la sécrétion urinaire*. Ce phénomène a deux causes: d'une part, la compression exercée par le liquide sur les artères rénales et les reins; d'autre part, la déperdition considérable d'eau que l'hydropisie fait subir à l'organisme. Cette cause est, selon moi, la principale; c'est elle aussi qui explique la *diminution de la sécrétion sudorale et la sécheresse habituelle de la peau*; en outre, comme le liquide épanché n'est pas de l'eau pure, mais de l'eau chargée de matériaux organiques, cette spoliation incessante amène un *amaigrissement* plus ou moins prononcé. Enfin, dans les épanchements considérables, la peau de l'abdomen distendue au maximum est elle-même infiltrée de sérosité, ainsi que le tissu cellulaire sous-cutané, et la compression du liquide sur les veines iliaques et la cave inférieure amène l'*œdème des membres inférieurs* et du scrotum. On aura soin de ne pas confondre cet œdème consécutif

à l'ascite, et produit par elle, avec l'œdème qui la précède dans les maladies cardio-pulmonaires, et souvent aussi dans le mal de Bright. Dans certains cas, l'œdème des membres est bien positivement consécutif à l'ascite, et cependant la quantité du liquide péritonéal n'est pas assez considérable pour qu'on puisse attribuer à la compression l'infiltration des membres inférieurs; il se peut alors qu'un ganglion ou quelque autre tumeur mésentérique soit refoulée par le liquide sur la veine cave, de manière à produire une compression qui n'existait pas avant l'épanchement. J'ai appelé l'attention sur les faits de ce genre, qui ne laissent pas que de présenter une certaine obscurité (1).

Dans les cas rares où l'ascite est primitive, elle est moins abondante, mais plus rapide, et elle est parfois accompagnée à son début d'un léger mouvement fébrile et de quelques douleurs abdominales; ces symptômes ne persistent pas au delà des deux ou trois premiers jours.

La **marche** et la **durée** de l'ascite sont subordonnées à la cause, et un peu, il faut le dire, au traitement mis en usage: ainsi dans les ascites symptomatiques des maladies du foie et du cœur, si l'on fait la ponction de bonne heure et si en même temps on réussit à établir un flux intestinal ou urinaire d'une certaine durée, l'hydropisie péritonéale peut très-bien être conjurée pour un temps assez long, bien que la condition pathogénique subsiste. Le développement de l'épanchement est ordinairement lent, mais il y a à cet égard de nombreuses exceptions; si certaines ascites mettent deux ou trois mois pour atteindre leur degré maximum, d'autres y arrivent en huit ou quinze jours. La puissance variable de l'obstacle à la circulation est pour beaucoup dans ces variétés, mais il faut tenir compte en outre de l'hygiène du malade et des influences accidentelles qu'il subit. Si un individu affecté d'une ascite commençante est soumis au repos et à une médication convenable, l'épanchement peut s'accroître très-lentement ou même rétrograder; mais si ce même malade continue à vaquer à ses occupations et s'expose à l'action du froid, l'hydropisie fera soudainement des progrès très-rapides.

L'ascite primitive se termine par la guérison dans l'espace de quelques semaines; cette heureuse terminaison est extrêmement rare dans les autres formes. La guérison résulte le plus souvent de la résorption lente du liquide, plus rarement on observe un flux abondant par l'intestin, par les voies urinaires ou par la peau; enfin, dans des cas encore plus insolites, la sérosité est spontanément évacuée à travers la paroi abdominale. — L'ascite symptomatique se reproduit d'ordinaire après la ponction; mais quelquefois l'épanchement diminue de quantité à chaque effusion nouvelle, et cette diminution progressive peut aboutir à la guérison, après un nombre de ponctions plus ou moins considérable.

(1) Jaccoud, *Clinique médicale*. Paris, 1867-1869.

Toute ascite abondante peut causer directement la mort par *insuffisance respiratoire*; ce cas réservé, la gravité du **pronostic** dépend de la maladie hydropigène et non de l'épanchement lui-même.

## DIAGNOSTIC.

LES KYSTES DE L'OVAIRE sont caractérisés par l'absence des causes ordinaires de l'ascite; — par l'intégrité de la santé générale; — par la présence d'une tumeur ovoïde à contour net, à surface lisse ou inégale, qui n'a d'abord occupé qu'un des côtés du ventre; — par la fixité de la matité, qui n'est pas influencée par les changements de position du malade; — par la situation des intestins, dont la sonorité est retrouvée sur les parties latéro-postérieures de la tuméfaction, et non au-dessus d'elle (Rostan). — Lorsque l'ascite coïncide avec un kyste ovarique, ce qui n'est pas très-rare, on observe une fluctuation superficielle étrangère aux tumeurs de l'ovaire, et si l'on déprime brusquement la paroi abdominale avec la main, on chasse la couche du liquide libre, et l'on arrive sur un plan résistant et fixe qui est le kyste.

La GROSSESSE est caractérisée par une tumeur pyriforme, dure, non fluctuante, qui occupe la ligne médiane avec légère inclinaison à droite; l'auscultation de cette tumeur fait percevoir le souffle placentaire et les bruits du cœur fœtal; le toucher vaginal révèle un raccourcissement et un ramollissement plus ou moins notables du col utérin, et permet de constater le phénomène du ballotement.

La VESSIE, distendue par l'urine, forme dans la région sous-ombilicale une tumeur ovoïde à grosse extrémité supérieure, qui donne lieu à une fluctuation obscure et profonde; cette tumeur disparaît par le cathétérisme.

La PÉRITONITE CHRONIQUE ne peut être confondue avec l'ascite que lorsqu'elle produit un épanchement abondant, et que l'absence d'adhérences pariétales laisse au liquide toute sa mobilité; ce concours de circonstances est rare, pourtant Bennett en a vu un très-bel exemple. Dans cette situation, les nodosités, les inégalités, l'empatement diffus de la péritonite, sont masqués par l'épanchement, et l'on n'a pour se guider que les symptômes propres à la phlegmasie, douleurs, alternatives de constipation et de diarrhée, vomissements bilieux, et l'absence des causes communes de l'ascite. Si l'individu est tuberculeux, ce dernier élément de jugement fait défaut, parce que la tuberculose péritonéale produit tantôt la péritonite chronique, tantôt l'ascite simple, par compression des radicules originelles de la veine porte.

La CAUSE de l'ascite est révélée par les antécédents et par un examen organique complet. Quand l'épanchement est considérable, cet examen

ne peut être fructueux qu'après l'évacuation du liquide. En toute condition, on ne doit admettre qu'avec une extrême réserve l'ascite primitive ou essentielle; l'absence bien constatée des causes ordinaires de cette hydropisie ne suffit même pas pour lever tous les doutes, vu la possibilité d'une tuberculose miliaire péritonéale qui échappe à toutes les investigations.

## TRAITEMENT.

Les drastiques à hautes doses d'abord, puis à petites doses journalières, constituent la médication la plus efficace dans l'ASCITE MÉCANIQUE DIRECTE. Les diurétiques sont moins utiles, parce que l'épanchement dépend entièrement de la veine porte. — Dans l'ASCITE MÉCANIQUE INDIRECTE, la thérapeutique doit être celle des maladies cardio-pulmonaires qui ont amené l'hydropisie; ici les diurétiques peuvent être avantageux, puisque la circulation porte n'est entravée que par l'intermédiaire de la circulation veineuse générale. — Dans l'ASCITE DYSCRASIQUE par hydrémie, il faut administrer les toniques et les reconstituants, et provoquer l'élimination du liquide par la voie la moins coûteuse pour l'organisme; les diurétiques, le régime lacté, les bains de vapeur sont particulièrement indiqués. — L'ASCITE ESSENTIELLE sera combattue par une émission sanguine s'il y a des phénomènes aigus bien marqués, et en tout cas par la médication lactée, dont j'ai plusieurs fois constaté l'efficacité. Le tartre stibié à hautes doses serait aussi très-utile.

Quelle que soit l'origine de l'ascite, la ponction de l'abdomen ou paracentèse doit être pratiquée lorsque l'abondance de l'épanchement produit une gêne respiratoire grave ou menace les téguments de mortification; il convient même de ne pas attendre trop longtemps, parce que la distension excessive des parois du ventre les relâche d'une manière définitive et favorise la reproduction du liquide. La ponction est pratiquée au milieu de la ligne qui s'étend de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche; en cas de grossesse, il faudrait préférer la région ombilicale (Sabatier). On aura toujours soin de s'assurer, par un examen attentif, de la situation des anses intestinales, et l'on évitera non moins soigneusement les grosses veines qui sillonnent souvent la paroi abdominale, par suite du développement d'une circulation complémentaire. C'est principalement après les ponctions répétées de l'ascite qu'on observe la péritonite membraneuse à marche lente et à hémorrhagies secondaires. — Les tentatives de la cure radicale au moyen des injections irritantes sont condamnées par la genèse et la signification pathologique de l'ascite.

## SIXIÈME LIVRE

## MALADIES DU FOIE ET DES VOIES BILIAIRES.

## CHAPITRE PREMIER.

## CONGESTION DU FOIE.

## GENÈSE ET ÉTIOLOGIE.

Par les conditions spéciales de son appareil vasculaire, par ses rapports anatomiques, le foie est exposé plus qu'aucun autre organe aux hyperémies de toute sorte. Son double système de capillaires converge dans des troncs efférents dépourvus de valvules, et tandis qu'il subit par les veines sus-hépatiques et la veine cave inférieure l'influence immédiate des désordres du cœur et des poumons, il ressent par la veine porte l'insuffisance motrice du diaphragme et des muscles abdominaux, dont les contractions sont à l'état normal un auxiliaire puissant pour le cours du sang porto-hépatique. Ces conditions constituent pour le foie une prédisposition constante aux congestions passives ou par stase; il est même très-vraisemblable que l'action des muscles intestinaux et spléniques, que la contractilité de la veine porte, de l'artère et des veines hépatiques sont nécessaires à la circulation régulière de l'organe, et que le trouble de ces mouvements peut concourir à la formation des stases: ce côté de la question est peu connu, mais il ne doit pas être passé sous silence. D'une autre part, les rapports incessants du foie avec les éléments puisés dans l'intestin par les radicules portes l'exposent à des influences irritantes qui sont une source féconde de congestions actives. — La genèse de cette hyperémie hépatique (1) ne diffère pas de celle que j'ai assignée à la congestion en général (voy. tome I).

(1) ANDRAL, *Clinique médicale*, t. II. — BONNET, *Traité des maladies du foie*. Paris, 1828. — BUDD, *On Diseases of the liver*. London, 1845. — CAMEY, *Traité des maladies des pays chauds*. Paris, 1847. — HASPEL, *Maladies de l'Algérie*. Paris, 1852. — HENOCH, *Klinik der Unterleibskrankheiten*. Berlin, 1852. — FLEURY, *Monit. des hôpit.*, 1855. — FRERICHS, *Klinik der Leberkrankheiten*. Braunschweig, 1858, 2<sup>e</sup> édit., 1861. — MONNET, *Sur la congestion non inflammatoire du foie* (*Arch. gén. de méd.*, 1861). — BAMBERGER, *LEBERT*, loc. cit. — DAVIDSON, *Obs. quædam novæ ad physiologiam et pathologiam hepatis secretionum pertinentes*. Berolini, 1862. — DUHAMEL, *Gaz. hôp.*, 1866. —