

portées par Magendie dans ses *Recherches sur le liquide céphalo-rachidien*. Ce médecin a vu, en effet, des collections assez considérables de liquide se faire dans le crâne au-dessous de l'arachnoïde, par suite de la compression qu'une tumeur exerçait sur le quatrième ventricule, sur l'aqueduc de Sylvius, sur les veines de Galien, etc. Cependant, tout en admettant ces faits, nous sommes loin de croire, avec MM. Rilliet et Barthez, que le plus grand nombre des hydrocéphales soit l'effet de la compression des veines intra-crâniennes; nous pensons, au contraire, que cette cause est fort rare; du moins on ne l'a constatée qu'exceptionnellement.

Traitement. — Des remèdes très-nombreux ont été proposés contre l'hydrocéphale, et toujours sans succès: c'est ainsi qu'on a préconisé les bains et les frictions aromatiques, la térébenthine, les mercuriaux, les exutoires, les alcalins, les toniques, l'iode à l'intérieur et en frictions. Reid-Clamey prétend avoir souvent réussi avec le calomel porté jusqu'à la salivation; il a surtout employé des vésicatoires et des sinapismes; mais personne, que je sache, n'a été aussi heureux. Beaucoup ont proposé d'évacuer le liquide: les uns le font peu à peu par des ponctions successives, d'autres tout d'une fois. Cette opération, faite par les praticiens les plus habiles, tentée plusieurs fois en France par Dupuytren et par Breschet, a toujours échoué chez nous. On cite pourtant quelques cas de guérison définitive observés surtout en Angleterre et en Prusse. Quoiqu'on ne doive accepter ces faits qu'avec réserve, nous les croyons néanmoins suffisants pour autoriser un médecin à recourir à la ponction des hydrocéphales; car c'est là encore le seul traitement qui puisse laisser quelque chance de salut dans une maladie qui, abandonnée aux seules ressources de la nature, doit tôt ou tard entraîner la mort du sujet. M. Malgaigne, après avoir étudié un grand nombre d'opérations semblables, a établi que la ponction pouvait être tentée: 1° lorsque le sujet a moins de trois ou quatre mois, lors même que l'hydrocéphale paraît être stationnaire; 2° au delà de quatre mois, et sans autres limites que l'ossification du crâne, si l'hydrocéphale s'accroît sensiblement et menace la vie générale ou la vie de relation de l'individu (1).

De l'hydrorachis.

Sous le nom d'*hydrorachis* on doit comprendre toutes les accumulations de sérosité dans le canal rachidien. L'hydrorachis est donc pour celui-ci ce que l'hydrocéphale est pour le crâne. On doit distinguer deux sortes d'hydrorachis, suivant que la maladie est simple, ou qu'elle s'accompagne d'un vice de conformation par arrêt de développement, consistant dans l'écartement ou dans l'absence d'une ou plusieurs des lames vertébrales. Cette dernière forme a reçu le nom spécial de *spina-bifida*.

L'hydrorachis simple est une affection sur laquelle nous ne possédons encore aucune donnée précise. Nous savons que, sous l'influence d'une agonie longue, on peut trouver dans le canal vertébral, comme dans le crâne, une plus grande quantité de liquide céphalo-rachidien. Il est généralement reconnu que, dans certaines atrophies de la moelle, le même liquide comble le vide que laisse dans le rachis le retrait de la substance nerveuse; mais là se bornent à peu près nos connaissances. On a pourtant supposé qu'il pouvait y avoir une apoplexie séreuse pour la moelle comme il en existe une pour le cerveau. On a également

(1) *Bulletin de thérapeutique*, année 1840.

attribué à la présence d'une grande quantité de liquide dans le rachis certaines faiblesses des jambes, certaines paraplégies qui offriraient ceci de remarquable, que les accidents s'aggravaient dans la station et dans la position assise, c'est-à-dire lorsque le liquide est accumulé sur un point en couche épaisse, tandis qu'ils diminueraient dans la position horizontale, en raison de la dissémination de la sérosité sur une plus grande surface. Ce sont là certainement des idées fort rationnelles, mais je crois qu'elles ont été émises plutôt *a priori* que d'après l'observation clinique. Dans l'état actuel de la science, l'histoire de l'hydrorachis simple est encore tout entière à tracer. Nous n'avons de données positives que sur celle qui se complique de *spina-bifida*, et dont l'histoire appartient plutôt aux livres de chirurgie.

DE L'ŒDÈME DES POUMONS

Je définis, avec Laënnec, l'*œdème des poumons*, une infiltration de sérosité dans le tissu pulmonaire, portée à un degré tel, que l'organe devient notablement moins perméable à l'air.

Historique. — Cette lésion, quoique très-fréquente, n'a guère fixé l'attention des médecins que vers le milieu du siècle dernier; toutefois ce fut Laënnec qui, le premier, en précisa bien les caractères anatomiques et indiqua les signes propres à la faire reconnaître.

Caractères anatomiques. — L'œdème envahit rarement tout un poumon: il est borné, le plus souvent, à son lobe inférieur; les parties de l'organe ainsi infiltrées ont à l'extérieur une teinte d'un gris pâle ou d'un jaune fauve pâle. Le poumon, plus dense, plus lourd, moins crépitant, moins élastique, ne s'affaisse pas quand on le presse; il conserve l'impression du doigt, comme cela arrive pour l'œdème sous-cutané. Lorsqu'on incise l'organe, il en ruisselle une quantité variable de sérosité, plus ou moins incolore et peu spumeuse. Cette partie du poumon paraît contenir moins de sang que de coutume; le tissu de l'organe est cohérent; cependant il paraît parfois plus friable, ce qui tient à une sorte de macération opérée par le fluide épanché. Mais il suffit le plus souvent d'exprimer le poumon de la sérosité qui le pénètre pour lui rendre à peu près sa consistance normale; on reconnaît d'ailleurs facilement encore la structure celluleuse propre à l'organe. Il est rare de rencontrer au centre des parties œdémateuses des noyaux d'apoplexie ou d'hépatisation. Dans l'œdème pulmonaire, une partie de la sérosité est épanchée dans les cellules, l'autre infiltre le tissu intravésiculaire. L'œdème des poumons gagne quelquefois aussi les anciennes adhérences de la plèvre, qui, en raison de leur laxité, offrent souvent un aspect gélatineux; cette même apparence peut se rencontrer pour le poumon lui-même, lorsque l'œdème envahit le bord tranchant de l'organe et lorsque la quantité de sérosité épanchée est très-considérable.

Symptômes. — L'œdème des poumons n'a que des signes fort équivoques. Il n'existe communément ni douleurs, ni gêne bien notable dans la respiration. Laënnec signale pourtant un peu de dyspnée, de la toux, une expectoration aqueuse, le rejet d'une pituite incolore très-aérée, et semblable à une légère solution albumineuse. Cependant ces signes n'ont aucune valeur, car ils sont communs à plusieurs autres maladies, et manquent d'ailleurs fort souvent dans l'œdème. Lorsque l'infiltration des poumons est considérable, la percussion de la poitrine faite à ce niveau peut donner un son obscur. L'auscultation fera également découvrir dans le même point une diminution dans l'intensité du

murmure respiratoire; on entendra de plus un râle sous-crépitant, dont les bulles sont humides et plus ou moins nombreuses. La plupart des médecins attribuent trop de valeur à ce râle sous-crépitant, qui existe communément à la partie postérieure et inférieure de l'un et de l'autre poumon: il n'est, en effet, jamais caractéristique de l'œdème; il ne peut signifier autre chose, si ce n'est qu'un fluide plus ou moins visqueux est épanché dans les cellules pulmonaires; mais cette exhalation peut dépendre aussi bien de l'œdème que d'une bronchite ou d'une broncho-pneumonie. Cependant, lorsque les phénomènes morbides fournis par la percussion et par l'auscultation existent simultanément dans les parties les plus déclives de l'un et de l'autre poumon, lorsqu'ils persistent pendant longtemps dans les mêmes points, il sera rationnel de supposer l'existence d'un œdème pulmonaire. Toutefois, on ne pourra avoir à ce sujet aucune certitude. On conçoit enfin que lorsque l'œdème est considérable, lorsque, par exemple, l'infiltration séreuse est telle que le poumon offre un aspect gélatiniforme, la percussion doit fournir une matité plus ou moins complète et le murmure vésiculaire doit cesser; mais il ne paraît pas qu'on entende jamais ni souffle bronchique ni bronchophonie.

L'œdème pulmonaire dont le début serait brusque, et qui acquerrait rapidement une assez grande intensité, pourrait, dit-on, amener la mort au milieu d'un état de suffocation comparable à celui que détermine l'œdème de la glotte. Dans d'autres cas, la marche de la maladie serait moins rapide, puisque l'œdème pourrait se prolonger pendant plusieurs jours; mais la mort surviendrait encore au milieu du même appareil symptomatique. Je suis bien loin de nier la possibilité de pareils accidents lorsque l'œdème se développe rapidement et qu'il envahit la plus grande partie des poumons; mais je n'ai encore observé aucun fait de ce genre, et je n'ai pu en trouver aucune relation authentique dans les auteurs: aussi l'existence d'un œdème idiopathique et aigu dans sa marche ne me paraît pas encore démontrée.

Diagnostic. — L'absence du point de côté, de la fièvre, des crachats rouillés, la persistance du râle sous-crépitant dans le même point sans qu'il y soit remplacé par le souffle tubaire, empêcheront toujours de confondre le premier degré de la pneumonie avec l'œdème. Celui-ci, au contraire, diffère à peine par ses symptômes et par sa marche de la congestion passive, avec laquelle d'ailleurs il coexiste très-souvent. Si l'œdème était assez intense pour obscurcir le son et rendre le bruit respiratoire presque nul, il serait difficile de le distinguer d'un épanchement pleurétique léger et circonscrit. Cependant l'impossibilité de faire changer par la position les résultats de percussion et d'auscultation rendra plus probable l'existence d'un œdème pulmonaire. Le râle sous-crépitant confirmera ce diagnostic; mais il faut éviter de prendre pour tels certains froissements produits par les fausses membranes pleurales qui sont récentes ou infiltrées, et qui donnent parfois un bruit très-analogue à une grosse crépitation humide. Il est vrai que, dans ce cas, le bruit sera communément perçu aux deux temps de la respiration. Mais ce caractère pourtant manque quelquefois, et c'est surtout alors que l'hésitation est permise.

Pronostic. — Si la forme aiguë de l'œdème existait, son pronostic serait très-grave. Quant à la forme chronique, il ne m'a pas paru qu'elle rapprochât notablement le terme fatal des maladies dans le cours desquelles elle survient, pourvu pourtant qu'il reste circonscrit à la base des deux poumons.

Étiologie. — L'œdème des poumons est une affection rarement primitive; elle se déclare presque toujours consécutivement à divers états morbides. Les vieillards, les sujets affaiblis, les convalescents, en sont souvent atteints.

L'infiltration séreuse des poumons reconnaît d'ailleurs les mêmes causes que les autres hydropisies, qu'elle précède souvent et qu'elle accompagne presque toujours. L'œdème des poumons est surtout une complication à peu près constante des maladies organiques du cœur. Laënnec a dit que les pneumonies en résolution, surtout après avoir atteint le deuxième degré, s'accompagnaient d'œdème pendant un temps plus ou moins long; j'ai établi dans mon *Traité de la pneumonie* que cette opinion était peut-être un peu trop absolue (2^e édition, p. 41 et 305).

Traitement. — L'œdème pulmonaire étant presque toujours symptomatique, son traitement est subordonné à l'affection qu'il vient compliquer. Existe-t-il en même temps qu'une affection organique du cœur, une saignée pratiquée peut le diminuer ou le faire cesser en atténuant la gêne de la circulation et de la respiration. Le sujet est-il faible, anémique, les ferrugineux, les toniques, les analeptiques seront indiqués. Dans tous les cas, dans ceux surtout où il n'existe aucune indication prédominante, on devra insister sur les purgatifs, sur les diurétiques et sur les révulsifs cutanés. Si les malades sont contraints de garder le lit habituellement, on variera souvent leur position, afin d'empêcher la formation de congestions passives qui auraient pour effet nécessaire de produire ou d'augmenter l'infiltration séreuse.

DE L'HYDROTHORAX, OU DE L'HYDROPIE DES PLÈVRES

L'*hydrothorax* est caractérisé par une accumulation de sérosité dans une des plèvres ou dans les deux à la fois. C'est à tort que quelques auteurs ont confondu sous cette dénomination presque tous les épanchements des plèvres, ceux qui sont séreux comme ceux qui sont purulents. Il importe bien, pour le pronostic comme pour le traitement, de ne pas commettre une pareille confusion. L'*hydrothorax*, tel que nous l'avons défini, est la maladie vulgairement appelée *hydropisie de poitrine*; elle est très-fréquente, mais elle n'est peut-être jamais primitive ou idiopathique: dans presque tous les cas, en effet, sinon dans tous, elle est symptomatique de quelque affection préexistante. Un épanchement plus ou moins considérable de sérosité, variant de 60 à 100 grammes, se rencontre dans les plèvres à l'ouverture de plus du tiers des cadavres. Ces accumulations, à peu près constantes sur les individus qui succombent à une maladie du cœur, et surtout à la maladie de Bright, manquent plus souvent chez les phthisiques. M. Louis ne les a remarquées que chez un dixième environ. Cette différence tient à ce que, chez les tuberculeux, il existe communément des adhérences plus ou moins étendues et souvent générales entre les poumons et les plèvres, disposition qui, comme on le conçoit, empêche l'épanchement de se produire. La plupart de ces collections séreuses se forment pendant l'agonie, et sont alors l'effet du trouble profond que la respiration et la circulation éprouvent dans les derniers instants de la vie: les épanchements pleuraux qui surviennent dans ces conditions dépassent rarement 120 grammes. Lorsque au contraire l'*hydrothorax* est symptomatique d'une maladie organique du cœur, d'une maladie de Bright et de toutes les lésions des solides et des liquides qui peuvent produire la diathèse séreuse, on voit l'épanchement se déclarer à une époque plus ou moins éloignée de la mort; il se révèle alors par des signes spéciaux, et constitue une complication plus ou moins grave, qui peut accélérer le terme fatal. En résumé, je crois que l'*hydrothorax* ne survient guère que comme affection secondaire ou con-

sécutive; on peut presque toujours en trouver la cause dans une gêne de la circulation cardiaque ou pulmonaire, ou dans une altération du sang. Je suis donc porté à contester l'existence de l'hydrothorax idiopathique; aucun fait authentique n'en a du moins encore démontré la possibilité; tous ceux qu'on cite comme tels ne sont autre chose que des pleurésies aiguës ou chroniques, maladies qu'il n'est plus permis aujourd'hui de confondre avec les épanchements simplement séreux.

Symptômes. Diagnostic. — L'hydrothorax ne détermine jamais ni douleur ni fièvre. S'il est considérable, ou s'il occupe les deux plèvres à la fois, il produit de la dyspnée, de l'oppression; on constate en outre tous les signes physiques caractérisant les épanchements pleurétiques. Ainsi, dans les points où la collection séreuse existe, il y a matité, faiblesse ou absence de la respiration et du mouvement vibratoire; souvent il y a de plus un souffle doux et de l'égophonie. Ce dernier phénomène éprouve les mêmes alternatives que lorsqu'il se rattache à l'existence d'un épanchement inflammatoire. Dans l'hydrothorax, il est plus facile de faire varier les phénomènes de percussion et d'auscultation, d'après les positions qu'on donne au malade, que dans les cas de pleurésie, parce que dans les premiers il ne se forme pas d'adhérences au pourtour de l'épanchement: cependant celui-ci pourrait être à la rigueur circonscrit par des brides dont la formation remonterait à une époque éloignée. Il est inutile de dire que, lorsqu'un côté de la poitrine est rempli en totalité ou presque entièrement, on ne modifie jamais, par les différentes inclinaisons du tronc, les résultats d'auscultation et de percussion. Il est rare que dans l'hydrothorax la matité occupe plus des deux tiers de la poitrine; l'épanchement est rarement assez considérable pour dilater sensiblement cette cavité. En ayant égard à toutes ces différences, et surtout aux antécédents, aux maladies concomitantes, aux symptômes généraux, à l'absence de fièvre et de douleur, on pourrait distinguer l'hydrothorax de la pleurésie, soit aiguë, soit chronique.

Marche. — La marche de l'hydrothorax est subordonnée à la marche même de la maladie dont il est le symptôme. Il est très-commun aussi d'observer du jour au lendemain une augmentation ou une diminution considérable de l'épanchement, quoique souvent il ne soit survenu du côté de la maladie principale aucun phénomène qui explique ces changements.

Pronostic. — L'hydrothorax est toujours une complication fâcheuse qui augmente les souffrances des malades en produisant de la gêne dans la respiration, ou en l'augmentant lorsque déjà elle existe. Enfin, si l'hydrothorax se faisait rapidement et dans les deux côtés du thorax à la fois, il pourrait ou déterminer la mort ou l'accélérer beaucoup.

Traitement. — On insistera sur l'usage des purgatifs et des diurétiques, lorsque rien ne s'oppose à leur emploi; on promènera des vésicatoires sur la poitrine; enfin, si l'épanchement était trop considérable et s'il menaçait de produire l'asphyxie, il faudrait l'évacuer à l'aide d'une simple ponction faite avec un trocart. Si l'hydrothorax n'était pas le plus souvent symptomatique d'une maladie incurable, on devrait espérer de meilleurs résultats de la thoracentèse faite pour cette maladie que dans le cas de pleurésie chronique, et cela en raison de l'intégrité de la plèvre, et parce que le poumon, n'étant point bridé par de fausses membranes, se laisse dilater plus facilement par l'air. Quoiqu'il en soit, on devra évacuer le liquide toutes les fois que, par son accumulation trop grande, il détermine des accidents de suffocation. Le plus souvent, il est vrai, ce n'est là qu'un moyen palliatif, mais cependant on ne devrait point négliger une ressource qui produit toujours du soulagement.

DE L'HYDROPÉRICARDE

Chez la plupart des individus qui succombent à une maladie aiguë ou chronique, on trouve dans le péricarde une, deux ou trois cuillerées à bouche de sérosité citrine ou légèrement sanguinolente, épanchement qui, comme celui des plèvres, paraît s'effectuer pendant l'agonie, et reconnaît les mêmes causes que ce dernier. Lorsque l'épanchement du péricarde dépasse 100 à 125 grammes, il ne nous semble plus devoir être considéré comme cadavérique: c'est donc là le terme qu'il me paraît convenable de fixer pour marquer le point où commence l'hydropéricarde.

La plupart des auteurs divisent l'hydropéricarde en idiopathique ou essentielle et en symptomatique; mais nous ne pouvons que répéter ici ce que nous disions tout à l'heure de l'hydrothorax, savoir, que ces épanchements sont toujours symptomatiques d'une des nombreuses affections qui produisent les autres espèces d'hydropisies. On retrouve l'épanchement séreux du péricarde surtout dans le cours de la maladie de Bright, puisqu'on l'observe alors dans le quart des cas; il se montre aussi presque toujours consécutivement aux épanchements séreux du péritoine, de la plèvre et du tissu cellulaire.

Il n'existe encore dans la science aucun fait authentique qui démontre qu'une hydropéricarde se soit jamais développée primitivement par suite d'une supersécrétion active de la séreuse. Dans les cas qu'on a rapportés comme tels, il a existé manifestement une péricardite plus ou moins étendue: le péricarde contenait donc alors, outre la sérosité, une plus ou moins grande quantité de flocons albumineux, tels qu'on en trouve dans l'inflammation de toutes les membranes séreuses.

Caractères anatomiques. — La sérosité, tantôt citrine, tantôt sanguinolente, varie de quantité; parfois il n'y a d'épanché que 125 à 150 grammes, tandis que dans d'autres cas on peut en trouver jusqu'à 4 kilogrammes, ainsi que Corvisart l'a observé une fois. Lorsque l'épanchement est considérable, le péricarde est nécessairement distendu, le cœur est refoulé en arrière et en haut, comme s'il surnageait: son tissu est parfois plus pâle, et le péricarde offre aussi dans quelques cas une couleur lactescente ou d'un blanc mat. Enfin, les poumons, le diaphragme, l'estomac, le foie et la rate même sont déplacés ou refoulés, comme nous l'avons vu dans certaines péricardites chroniques avec épanchement considérable.

Symptômes. — Les signes locaux de l'hydropéricarde sont les mêmes que ceux de la péricardite aiguë ou chronique avec épanchement considérable. Comme pour celle-ci, il existe une voussure de la région précordiale, une matité s'étendant sur une surface plus ou moins large, et pouvant varier plus ou moins dans un sens ou dans un autre, suivant les positions qu'on donne au malade. A l'auscultation, les bruits du cœur sont obscurs, lointains, parfois même on ne les perçoit plus. Corvisart a dit qu'on pouvait d'un moment à l'autre sentir les battements de l'organe tantôt à droite, tantôt à gauche, ce qui s'expliquerait parce que le péricarde, dilaté par le liquide, permettrait au cœur de nager, pour ainsi dire, et de se déplacer de la sorte assez facilement. Ce signe, observé par Corvisart, ne paraît pas avoir été vérifié par beaucoup de médecins; cependant il est mentionné par Hope, par M. Pigeaux, et surtout par mon très-regrettable ami le professeur Requin, qui l'a constaté une fois. Enfin, dans ces hydropéricardes très-volumineux, on pourrait parfois, à l'exemple de

Sénac, voir un mouvement d'ondulation produit par le flot du liquide dans l'intervalle des troisième, quatrième et cinquième côtes. On pourrait aussi sentir manifestement dans ce point de la fluctuation, ainsi que Corvisart l'a reconnu une seule fois; mais personne, jusqu'à présent, n'a retrouvé ces mêmes phénomènes. Disons pourtant que, si jamais on les constatait de nouveau, ils seraient tout à fait caractéristiques d'un épanchement abondant dans le péricarde.

Dans l'hydropéricarde, il n'y a point de douleur, mais seulement un sentiment de pesanteur et d'oppression, et parfois de l'orthopnée; la face est violacée, le pouls est petit, fréquent, et si l'œdème des extrémités inférieures n'existe déjà par le fait d'une maladie antérieure, il peut se développer sous l'influence de l'épanchement du péricarde. Pour que ces phénomènes aient lieu, il faut pourtant que la sérosité épanchée soit très-considérable; car si elle n'était qu'en quantité médiocre, les fonctions du cœur ne seraient point ou à peines troublées, pourvu toutefois que l'épanchement se soit produit lentement. Dans les cas, au contraire, où celui-ci se fait rapidement, il peut, même étant en petite quantité, produire un grand désordre dans les contractions cardiaques. De même que nous l'avons vu pour l'hydrothorax, l'hydropéricarde peut rester quelque temps stationnaire, ou bien augmenter ou diminuer en peu de temps. Sa durée est indéterminée.

Les signes précédemment indiqués feront découvrir la présence du liquide dans le péricarde, même lorsque cet épanchement est médiocre; car nous n'admettons pas, avec Laënnec, que les moyens physiques d'exploration dont nous disposons ne nous permettent de reconnaître que les hydropéricardes très-considérables, c'est-à-dire celles dans lesquelles il y a au moins 500 grammes de sérosité.

Pour déterminer quelle est la cause de l'affection, il faudra avoir égard aux antécédents, à la marche de la maladie et aux affections concomitantes.

Pronostic. — La gravité du pronostic sera proportionnée à l'abondance de l'épanchement: cependant on ne peut encore rien établir de précis à ce sujet.

Traitement. — L'hydropéricarde sera combattue par de larges vésicatoires sur la région précordiale, par les diurétiques et les purgatifs hydragogues usités dans les autres hydropisies. Mais lorsque ces moyens sont impuissants et que l'épanchement menace par son abondance de suspendre les fonctions du cœur, il faut s'empresse d'évacuer le liquide. La paracentèse du péricarde est recommandée depuis Sénac. Les uns ont conseillé la simple ponction, d'autres l'incision dans le cinquième ou le sixième espace intercostal, à 2 ou 3 centimètres du bord gauche du sternum. D'autres, enfin, ont recommandé l'incision après avoir préalablement trépané le sternum: ce dernier procédé est vicieux; les deux autres peuvent être également recommandés. On se servira, pour l'opération, d'un trocart garni ou non d'une peau de baudruche, qu'on introduit doucement, sans secousses, de dedans en dehors. Cette opération a rarement réussi, elle n'a guère été jusqu'à présent qu'un moyen palliatif.

DE L'ASCITE

On désigne sous le nom d'*ascite* l'accumulation de sérosité dans la cavité du péritoine.

Historique. — L'ascite, qui est une des formes les plus communes des hy-

dropisies, a été connue dès la plus haute antiquité. Le mot qui sert à la désigner lui a été probablement donné à cause de la ressemblance qui existe effectivement entre le ventre rempli de sérosité et une outre (*ἀσπίς*) également distendue par un liquide. Les anciens, quoique considérant l'ascite comme étant presque toujours une maladie essentielle, idiopathique, ont pourtant essayé, à différentes époques, de la rattacher à l'existence de quelque lésion matérielle, spécialement à une altération du foie (Galien), ou aux diverses lésions organiques des principaux viscères de l'abdomen (F. Hoffmann). Les recherches d'anatomie pathologique, poursuivies avec tant de zèle depuis Morgagni, ont eu pour effet de restreindre de plus en plus le nombre des ascites idiopathiques, en même temps que des moyens d'exploration plus précis permettaient de ne plus confondre les hydropisies de l'abdomen avec les maladies nombreuses qui ont avec elles plusieurs points de ressemblance.

Étiologie. — Il est certain qu'il existe une ascite idiopathique; elle affecte presque toujours la forme sthénique. On l'observe à peu près uniquement chez les sujets jeunes, robustes; elle a paru parfois succéder à la suppression d'une hémorrhagie constitutionnelle, mais plus souvent elle a été causée par l'impression du froid, par la suppression brusque de la transpiration, à la suite de l'ingestion d'une boisson glacée ou après une immersion dans de l'eau froide. J'ai vu plusieurs fois aussi une ascite se déclarer à la suite de l'usage prolongé des purgatifs drastiques. Dans ce cas, comme après l'impression du froid, on ne peut saisir aucune lésion matérielle capable d'expliquer l'hydropisie; il semble que celle-ci survienne seulement alors sous l'influence d'une excitation particulière du péritoine, d'une fluxion amenant une supersécrétion de liquide.

Presque toujours l'ascite est symptomatique. Elle peut survenir sous l'influence de toutes les causes qui président au développement des autres hydropisies; il est inutile de les énumérer de nouveau. La plupart de ces causes ne déterminent l'ascite qu'après avoir déjà produit d'autres hydropisies, spécialement l'œdème de quelques parties du corps. Mais parmi ces lésions, il en est quelques-unes qui semblent être plus spécialement des causes d'ascite, puisque, lorsqu'elles amènent des hydropisies multiples, ce n'est qu'après avoir préalablement produit un épanchement péritonéal: tels sont l'hypertrophie de la rate et du foie, l'atrophie de ce dernier viscère, son altération connue sous le nom de *cirrhose*, le rétrécissement de la veine porte et la péritonite tuberculeuse. D'après la multiplicité des causes de l'ascite, on conçoit que cette affection doit être très-commune; on l'observe, en effet, à tous les âges; on l'a même vue se développer dans le cours de la vie intra-utérine; le volume que le ventre acquiert alors peut devenir une cause de dystocie.

Anatomie pathologique. — D'après ce qui précède, on conçoit combien sont nombreuses et variées les altérations qu'on trouve à l'ouverture des cadavres. Quant à l'épanchement lui-même, il est plus ou moins abondant. Il est très-rare que l'abdomen contienne moins d'un litre de liquide; assez souvent sa quantité s'élève jusqu'à 30, 40 et 50; on en a même retiré beaucoup plus. Ce liquide est parfois un peu lactescent ou rougeâtre; il peut contenir quelques rares flocons albumineux; le plus souvent il est d'un jaune citrin ou verdâtre, inodore, très-rarement il a une odeur nauséuse ou fétide; il a parfois, au toucher, une certaine consistance oléagineuse, et contient en général une plus forte proportion d'albumine que le sérum des autres hydropisies étudiées jusqu'à présent. On dit aussi qu'on pouvait y trouver de la fibrine, mais cela n'arrive que dans les cas où un point du péritoine a été phlogosé. Parmi les substances que la sérosité ascitique peut accidentellement contenir est l'urée,