

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 peine 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,

qu'on a rencontrée dans les épanchements péritonéaux survenant dans le cours de la maladie de Bright.

La sérosité épanchée dans le ventre produit elle-même diverses lésions. Lorsque la collection est considérable et que les parois du ventre ont été très-distendues, on trouve la plupart des muscles qui les forment, et surtout les muscles droits, pâles, amincis, comme atrophiés; il en est de même des intestins, qui sont refoulés vers la partie supérieure du ventre; enfin, le péritoine pariétal et viscéral offre souvent une couleur opaline, une teinte laiteuse qui résulte probablement de la macération que cette membrane a subie de la part du fluide épanché.

Symptômes. — Lorsque la sérosité se forme dans le péritoine, le ventre augmente peu à peu de volume, les malades se plaignent d'abord d'être serrés par leurs vêtements, et cette gêne augmente encore après les repas. Si l'on examine alors le ventre, on le trouve plus ou moins déformé. Le malade est-il debout ou assis, l'hypogastre et les régions iliaques forment une saillie plus ou moins considérable; s'il est couché horizontalement, les flancs semblent élargis; enfin, si l'on fait incliner le malade sur un des côtés, la saillie du ventre se dessine dans le point qui est devenu le plus déclive. Cependant, à mesure que l'épanchement devient plus abondant, on voit augmenter la tension du ventre, dont la circonférence peut être double ou triple de l'état normal. Il arrive assez fréquemment alors que la cicatrice ombilicale est soulevée, et forme une petite tumeur molle, fluctuante, transparente, qui se tend toutes les fois que les malades toussent ou font des efforts. La percussion du ventre fait entendre un son tout à fait mat dans tous les points que le liquide occupe; la matité est d'autant plus complète et la résistance au doigt d'autant plus forte, que la couche de liquide offre plus d'épaisseur. Ces phénomènes ont donc leur maximum d'intensité à l'hypogastre et vers les flancs: ils diminuent quand on se rapproche de la partie supérieure; enfin, on arrive à un point plus ou moins voisin de l'ombilic, où la matité est moins complète et où il existe déjà un peu d'élasticité: c'est ce qui marque la ligne de niveau du liquide. Au-dessus de ce point il y a une sonorité tympanique due aux intestins, qui, doués d'une pesanteur spécifique plus considérable, en raison des gaz qu'ils contiennent, surmontent au-dessus de l'épanchement. Pour constater ces phénomènes, il convient de percuter d'abord légèrement, afin de ne pas déplacer le liquide. Cependant, pour découvrir l'état des parties profondes, pour mesurer l'épaisseur de la couche liquide, et pour s'assurer qu'aucune anse intestinale n'est maintenue au centre de l'épanchement par quelque ancienne adhérence, on devra déprimer la paroi abdominale et percuter au fur et à mesure qu'on se rapproche de la colonne vertébrale. Dans l'ascite, on produit presque toujours le phénomène de la fluctuation: celle-ci est, en général, d'autant plus manifeste que la quantité de sérosité est plus considérable, que les parois du ventre sont plus distendues, et qu'il y a moins d'infiltration dans le tissu cellulaire sous-cutané. Pour sentir la fluctuation, il suffit de placer une main sur un côté du ventre et de frapper légèrement avec l'autre sur le côté opposé: la première reçoit aussitôt la sensation d'un choc ou d'une ondulation. Pourtant ce n'est pas toujours d'un côté à l'autre du ventre qu'il faut chercher à produire ce phénomène; on n'y réussirait pas, en effet, dans les cas surtout où l'épanchement n'est pas assez considérable pour distendre le ventre. En pareille circonstance, il vaut mieux chercher la fluctuation dans le point le plus déclive, et dans un petit espace: pour cela, on percuté avec l'indicateur d'une main à 6 ou 9 centimètres de celle qu'on tient appliquée: on obtient alors ce qu'on nomme la *fluctuation*

périphérique. Ce mode d'exploration a été parfaitement décrit par M. le docteur Tarral. Dans les cas ordinaires, il convient, en général, d'appliquer la main à la partie inférieure du ventre, là où la couche de liquide offre le plus d'épaisseur. Pour percevoir la fluctuation, il faut tantôt ne faire que poser la main, d'autres fois on doit déprimer assez fortement les parois du ventre. La fluctuation est rarement perçue dans toute l'étendue de la matité; elle n'existe parfois manifestement qu'à l'hypogastre ou vers les flancs.

Lorsque l'ascite est devenue considérable, la peau du ventre est lisse, tendue; bientôt le tissu cellulaire subjacent s'infiltré; enfin il n'est pas rare de voir le derme lui-même se pénétrer de sérosité. Dans ces cas, il suffit de promener très-légèrement l'ongle sur la surface du ventre pour tracer un sillon plus ou moins profond, qui ne tarde pas à disparaître. Enfin, l'infiltration finit par gagner le reste du corps, et tout d'abord les membres inférieurs, si toutefois ils n'avaient pas été envahis les premiers.

Les viscères abdominaux, les organes digestifs spécialement, éprouvent dans leurs fonctions un trouble plus ou moins marqué, proportionné au degré de compression que le fluide épanché exerce sur eux. Ainsi les digestions sont laborieuses, pénibles; il y a parfois des vomissements et une constipation opiniâtre; souvent le tube intestinal, et surtout l'estomac, sont le siège d'une exhalation abondante de gaz qui rend l'anxiété plus pénible; l'ingestion des aliments et des boissons augmente également la gêne et la tension du ventre. Il paraît aussi que la compression à laquelle les reins et les uretères sont soumis diminue souvent la sécrétion urinaire; celle-ci reprend communément toute son activité dès qu'on a évacué le liquide par la paracentèse. C'est en grande partie par la compression que subissent les veines abdominales qu'il faut expliquer l'œdème des membres inférieurs et le développement insolite que prennent souvent les veines sous-cutanées abdominales et même celles des parois latérales de la poitrine jusque dans le creux axillaire, vaisseaux par lesquels s'établit une circulation supplémentaire. Ce qui le prouve, c'est qu'après la paracentèse, lorsque la cause de compression a été enlevée, on voit diminuer et parfois disparaître l'œdème des membres inférieurs; les veines des parois thoraciques et abdominales reprennent aussi leur calibre, à moins pourtant qu'il n'existe un obstacle permanent dans la veine porte, ou dans la veine cave inférieure, obstacle qui aura été le point de départ de tous les accidents. Dans l'ascite nous avons vu les viscères thoraciques être plus ou moins troublés dans leurs fonctions. Le refoulement en haut du diaphragme et le rétrécissement que la cavité thoracique subit, par suite, dans son diamètre vertical, expliquent la dyspnée des malades, qui est toujours proportionnée à la distension que le ventre a subie; elle explique aussi les palpitations dont quelques-uns se plaignent, et même l'hémorrhagie, accident que Stoll paraît avoir observé quelquefois, mais qui se rattache le plus souvent peut-être à des noyaux d'apoplexie pulmonaire. Ces troubles sont surtout portés à leur summum d'intensité lorsque l'ascite existe en même temps qu'une grossesse: alors les femmes éprouvent une anxiété continuelle et sont dans un état de suffocation imminente. Ces symptômes prennent surtout un caractère effrayant à dater du sixième mois de la gestation, c'est-à-dire à l'époque où le fond de l'utérus s'élève à 6 centimètres au-dessus de l'ombilic.

Les sujets atteints d'ascite ont généralement la face pâle, altérée, bouffie, ou amaigrie; les muqueuses sont décolorées; la peau est sèche, aride, rugueuse; l'urine est rare, la soif variable; la faiblesse et l'amaigrissement vont toujours en augmentant; dans la station, comme pendant la marche, les malades sont

obligés de renverser le tronc en arrière, afin de rétablir l'équilibre. Enfin, il existe plusieurs autres symptômes généraux et locaux, variables suivant la maladie dont l'ascite est un des symptômes.

Dans les cas rares où l'ascite est sthénique et idiopathique, l'accumulation de sérosité dans le péritoine se fait plus rapidement que dans les cas précédents; mais elle est communément alors moins abondante, précédée et accompagnée d'un état subinflammatoire: ainsi la peau est chaude, halitueuse; le pouls est large, dur et plus fréquent que de coutume; enfin, quelques douleurs se font sentir dans l'abdomen.

Marche. Durée. — L'ascite a une marche qui varie suivant la cause qui la produit; suivant qu'elle est primitive, ou bien qu'elle arrive consécutivement à d'autres hydropisies. C'est ainsi que dans les maladies du cœur l'épanchement péritonéal est toujours précédé de l'œdème des extrémités inférieures, et souvent aussi d'une œdématie de la face. L'épanchement s'accroît avec plus ou moins de rapidité, il offre souvent, et sans cause appréciable, des alternatives. Sa durée est toujours longue; il est rare qu'il se termine avant un ou deux mois; souvent il persiste pendant six mois, pendant une ou plusieurs années. Graves a cité un cas de guérison après huit années. M. Canu, médecin à Yvetot, a présenté, en 1842, à l'Académie de médecine, l'observation d'une femme de trente-six ans qui, ayant été ascitique pendant seize ans, avait guéri après avoir subi huit cent quatre-vingt-six ponctions. On cite des cas plus extraordinaires encore d'ascites qui auraient persisté pendant trente ou quarante ans. Notons que ces faits en apparence merveilleux ont été presque tous observés chez des femmes, et qu'ils sont peut-être moins des exemples d'ascite que des cas d'hydropisie enkystée des ovaires. La guérison spontanée de cette dernière affection, sans être commune, est pourtant moins extraordinaire que celle d'une ascite qui aurait duré un aussi grand nombre d'années.

Terminaisons. — L'ascite peut se terminer par la guérison; celle-ci a communément lieu peu à peu par suite de la résorption lente du liquide, ou bien plus rapidement, et dans ce cas on observe ordinairement un flux par l'intestin, par l'estomac, par les voies urinaires, par la peau et, dit-on aussi, mais j'ai peine à le croire, par les glandes salivaires, par le vagin ou par une surface sécrétoire accidentelle. La quantité de liquide qui est rendue peut être alors énorme: c'est ainsi qu'on a vu une femme rendre 30 pintes d'urine en soixante-douze heures (Mondière), et Penada cite un cas où 384 livres d'urine furent excrétées en quatre-vingt-seize heures. Les faits les plus remarquables en ce genre ont été réunis par Mondière, dans un travail que ce regrettable observateur a publié dans le septième volume du journal *l'Expérience*. Dans des cas, rares encore, l'ascite a guéri après l'évacuation spontanée de la sérosité, soit à travers les parois abdominales, soit dans l'intestin. Mais l'ascite ne guérit presque jamais lorsqu'elle dépend d'une lésion matérielle des organes; si quelquefois elle cesse tout à fait, ce n'est presque toujours que d'une manière momentanée, ou elle ne tarde pas alors à se reproduire après une suspension plus ou moins courte.

Si l'on se rappelle les causes qui produisent le plus fréquemment l'ascite, on comprendra pourquoi cette maladie se termine le plus souvent d'une manière funeste. En général, alors, l'anxiété et l'oppression augmentent, l'hydropisie s'étend à tout le corps; il y a des défaillances, des syncopes, des eschares, puis la mort survient peu à peu, ou bien tout à coup.

Diagnostic. — Le diagnostic comprend trois points: 1° reconnaître l'as-

cite; 2° la distinguer des maladies qui ont quelque ressemblance avec elle; 3° déterminer la cause qui l'a produite.

La tuméfaction uniforme du ventre, la matité et la fluctuation sont les trois caractères à l'aide desquels on diagnostique la présence d'un épanchement liquide dans l'abdomen. On déterminera que le liquide est libre dans le péritoine par la facilité avec laquelle on peut le déplacer en variant les positions du tronc: c'est ainsi qu'en faisant coucher le malade sur un des côtés, le liquide, obéissant aux lois de la pesanteur, s'accumulera dans la partie déclive; la percussion pratiquée à ce niveau donnera un son complètement mat, tandis que, dans le point correspondant du côté opposé, le son sera plus ou moins tympanique. Si, enfin, on fait coucher le malade sur ce dernier côté, on obtiendra des résultats semblables aux précédents, mais en sens inverse. En variant ainsi les positions des malades, on pourra, comme M. Piorry l'a démontré le premier, arriver à reconnaître des épanchements assez peu considérables pour ne déterminer encore ni matité ni fluctuation. Comme dans ces cas le liquide s'accumule spécialement dans la cavité pelvienne, il importe, pour en révéler la présence à l'aide de nos moyens d'exploration, de soulever le bassin et d'incliner le malade sur un des côtés: en réunissant ainsi toute la sérosité dans un seul point, on pourra obtenir un son mat, et déterminer le phénomène de la fluctuation; si toutefois il n'existe pas d'anciennes adhérences qui s'opposent au déplacement de la sérosité. J'ai dit précédemment comment on pourrait produire la fluctuation; je ne reviendrai point sur ce phénomène. Mais il importe ici de prévenir nos jeunes confrères de ne pas prendre pour de la fluctuation la vibration ou le frémissement qu'éprouvent les parois abdominales distendues, lorsqu'on les percute brusquement. La sensation que l'on perçoit dans ces cas diffère pourtant de celle que donne la fluctuation; c'est l'habitude seule qui peut apprendre à distinguer les deux phénomènes. Cependant, pour éviter l'erreur, on n'a qu'à faire déprimer légèrement, avec le bord cubital de la main d'un aide, un point de la paroi abdominale intermédiaire entre l'endroit qu'on percute et celui où l'on veut sentir le flot, pour ôter toute incertitude. En effet, si du liquide est épanché dans l'abdomen, le flot continuera à être perçu distinctement; si, par contre, le frémissement est dû à la tension de la paroi, la légère pression exercée sur elle suffira pour intercepter les vibrations, et la main appliquée ne percevra plus rien.

Différentes tumeurs ou maladies du ventre peuvent simuler l'ascite, et ont, en effet, donné lieu souvent à des erreurs de diagnostic; ce sont: la tympanite, les tumeurs enkystées des ovaires, la distension de la vessie par l'urine, et toutes les tumeurs formées par le développement de l'utérus. Cependant, avec de l'attention, le diagnostic ne saurait jamais offrir d'incertitude.

Dans la tympanite, le ventre est plus ou moins distendu, comme il l'est dans l'ascite; mais il y a cette différence entre les deux affections, que dans la première le ventre offre dans toute son étendue une sonorité exagérée, tandis que dans l'ascite le son tympanique n'existe qu'à la partie supérieure, là où les intestins ont été refoulés; partout ailleurs le son est plus ou moins complètement mat.

Si la vessie distendue par l'urine fait saillir la paroi abdominale antérieure, le son est mat à son niveau, et l'on peut produire la fluctuation comme dans l'ascite; mais dans le cas de rétention d'urine la fluctuation est plus profonde, plus obscure; le palper de l'abdomen fait reconnaître une tumeur ovalaire ou piriforme située sur la ligne médiane: on peut à peine déplacer la matité par les différentes positions qu'on donne au malade, et souvent on excite des envies

d'uriner en pressant sur la tumeur. Enfin, le cathétérisme, en donnant issue à l'urine, détruit tous les doutes qu'on pouvait encore avoir.

Il est impossible de confondre l'ascite avec une grossesse avancée; car dans celle-ci le ventre est occupé inférieurement par une tumeur piriforme, dure, mate, non fluctuante, située sur la ligne médiane et un peu inclinée à droite; en appliquant l'oreille à son niveau, on entend le souffle placentaire et le double battement du cœur du fœtus; enfin le toucher fait reconnaître un raccourcissement plus ou moins considérable du col et le phénomène du ballotement. Il sera tout aussi facile de distinguer l'ascite de l'hydromètre, de la pneumatose utérine, des tumeurs enkystées des ovaires, ainsi que de l'affection vicieusement nommée hydrophisie de l'estomac: c'est ce que j'exposerai avec détail quand je traiterai de chacune de ces maladies. (Pour le diagnostic d'avec certains abcès de la rate, voyez page 344.)

L'ascite une fois reconnue, il faut déterminer la cause qui l'a produite. On y parvient le plus souvent en étudiant les antécédents des malades, la marche que l'ascite a suivie, et les phénomènes morbides qui l'accompagnent. L'épanchement péritonéal qui survient consécutivement à l'œdème des extrémités inférieures pourrait bien dépendre d'un obstacle au cours du sang dans la veine cave inférieure; mais presque toujours il est l'indice d'une affection organique du cœur. L'ascite qui se montre chez des sujets dont la face est pâle, bouffie, et qui ont eu déjà de l'œdème sur plusieurs autres points du corps, devra faire soupçonner une maladie de Bright, et portera à examiner les qualités de l'urine. Lorsque l'ascite est primitive, lorsqu'un sujet qui présente la diathèse séreuse au plus haut degré, nous apprend que l'hydrophisie a commencé par le ventre, et n'a gagné les autres parties du corps que consécutivement, il faudra rechercher dans l'abdomen lui-même la cause de la maladie. La palpation et la percussion pourront alors faire reconnaître dans cette cavité quelque tumeur plus ou moins volumineuse; si l'exploration la plus attentive n'en fait pas constater l'existence, on soupçonnera quelque obstacle dans la veine porte, et avant tout une cirrhose du foie; car cette lésion est la cause la plus fréquente des ascites primitives. Enfin l'épanchement péritonéal qui a été précédé de douleurs de ventre, de vomissements bilieux, d'un grand amaigrissement, et qui, surtout, s'accompagne de rénitence et de dureté des parois abdominales, devra être rattaché à une péritonite chronique (voyez cette maladie).

Nous ne saurions terminer ce sujet sans redire encore combien les ascites idiopathiques sont rares. On ne doit donc jamais manquer, dans les cas d'épanchements péritonéaux, d'interroger tous les organes, toutes les fonctions, et d'analyser les fluides, pour être éclairé sur la cause de la maladie. Il ne faut pas oublier surtout que des ascites en apparence spontanées, survenant rapidement et sans douleur chez des sujets jeunes, et au milieu des apparences de la santé, se lient souvent à une grave lésion du péritoine, à la présence de tubercules miliaires. Nonobstant cette altération, quelques malades se rétablissent momentanément, et sont emportés plus tard par une récidive ou par une autre affection tenant à la diathèse elle-même. Il y a une vingtaine d'années, j'envoyai dans les salles de Chomel une jeune fille, forte en apparence, qui avait été prise, sans cause connue, d'une ascite remontant alors à quelques semaines. La manière dont l'affection avait débuté, sa marche, l'état actuel de la maladie, la facilité avec laquelle la guérison s'opéra, donnaient à penser que l'ascite était essentielle. Cependant, à peine quelques semaines s'étaient écoulées, que cette jeune fille rentra de nouveau à l'Hôtel-Dieu avec une méningite granulée à laquelle elle succomba; à l'autopsie, on trouva, indépendamment

des lésions cérébrales, un grand nombre de granulations miliaires dans le péritoine, qui présentait, en outre, quelques fausses membranes et un reste d'épanchement liquide.

Pronostic. — L'ascite est une maladie toujours grave; cette gravité tient bien moins à l'épanchement lui-même qu'aux lésions dont elle est presque toujours symptomatique. La grossesse est, dans tous les cas, une circonstance très-aggravante; il faut savoir que la paracentèse, qu'on est souvent obligé de pratiquer pour remédier aux accidents, provoque en général l'expulsion du fœtus.

Traitement. — Le traitement à opposer à l'ascite est le même que celui des autres hydrophisies; on insiste spécialement sur les purgatifs hydragogues, sur les sudorifiques, sur les bains de vapeur et sur les diurétiques. (Voy. plus haut, p. 792.) Quelques médications spéciales ont, en outre, été proposées contre cette affection. Ainsi, Chrestien a publié dans le tome XXVII des *Archives de médecine* un travail pour prouver l'utilité de la diète exclusivement lactée dans les ascites simples, comme dans celles qui étaient symptomatiques d'altérations survenues dans la rate et dans le foie. Les malades dont il parle ont guéri à la suite d'une abondante diurèse. Cette supersécrétion a-t-elle été spontanée, ou bien est-elle l'effet du traitement? C'est un point qui reste à éclaircir. Quelle que soit, d'ailleurs, la méthode qu'on suive, pour bien juger de l'effet des remèdes, il importe de mesurer de temps en temps la circonférence du ventre à l'aide d'un lien. Il convient de marquer avec de l'encre ou bien avec du nitrate d'argent la hauteur de l'épanchement.

Lorsque les moyens ordinaires restent sans effet, lorsque la distension du ventre est telle que les malades éprouvent beaucoup de dyspnée et d'anxiété, il faudra donner issue au liquide par la paracentèse. Dans la plupart des cas, on tarde trop à pratiquer cette petite opération, qui soulage toujours; en la différant comme on le fait, on laisse distendre outre mesure et affaiblir les parois abdominales, ce qui permet à l'épanchement de se reproduire avec beaucoup de facilité.

Pour pratiquer la paracentèse, le malade sera couché sur le bord du lit correspondant au côté sur lequel on se propose d'opérer; sa tête sera élevée par des oreillers, et le corps un peu incliné. Un aide soutient le malade. La ponction sera faite indifféremment à droite ou à gauche, à moins pourtant qu'une tumeur ne force à choisir un des côtés à l'exclusion de l'autre. Le point d'élection où l'instrument doit être enfoncé correspond au milieu d'une ligne qui de l'ombilic aboutirait à l'épine iliaque antérieure et supérieure. Cependant, si l'ascite coexistait avec une grossesse, le liquide ayant été refoulé en grande partie vers les hypochondres, comme la matité et la fluctuation le démontrent, on a conseillé de ponctionner dans ce point (Scarpa et Cruich, de Pavie); d'autres ont cru préférable, avec Ollivier (d'Angers), de donner issue au liquide à travers l'ombilic ou par un point de la ligne blanche. Quelle que soit la partie du ventre qu'on ponctionne et de quelque manière qu'on opère, il convient, avant d'enfoncer l'instrument, de percuter le ventre à ce niveau, et de s'assurer, en pratiquant la percussion superficielle et puis la percussion profonde, qu'il n'y a aucune anse intestinale adhérente dans cet endroit.

Ces précautions prises, le trocart étant suffisamment graissé, après s'être assuré aussi que le poinçon est mobile dans la canule et peut en être aisément retiré, on saisit l'instrument de la main droite, de manière que le manche appuie dans le milieu de la paume, puis on l'enfonce rapidement dans le ventre jusqu'à ce qu'on ne sente plus de résistance, en ayant soin de tendre la peau

avec le pouce et l'index de la main gauche; retirant alors le poinçon, l'eau s'écoule, et on la reçoit dans un vase. En général, il n'est pas nécessaire d'imprimer à la canule aucun mouvement; quelquefois pourtant il faut l'incliner en divers sens, et aider à la sortie du liquide par une pression exercée sur le ventre à l'aide des deux mains d'un aide.

Nous conseillons de vider le ventre en une seule fois, à moins pourtant que l'ascite ne soit trop considérable, cas dans lequel on devrait faire plusieurs ponctions successives, et ne permettre à chacune d'elles que l'écoulement d'une partie du liquide, afin de faciliter le retrait des parois sur elles-mêmes. Le liquide évacué, la canule est retirée aussitôt, pendant qu'avec deux doigts de l'autre main on soutient la peau. Après avoir essuyé le sang qui coule en petite quantité de l'ouverture, on applique un morceau de sparadrap, et l'on entoure le ventre d'un bandage de corps modérément serré.

On a vu, dans quelques cas, une hémorrhagie se faire par la piqûre; lorsque la compression ne suffit pas pour l'arrêter, on pourrait, à l'exemple de Belloc, insinuer dans le trajet de la plaie un petit cylindre de cire, ou mieux encore un petit morceau de ces bougies nommées *rats-de-cave*, et qui, en raison de la mèche, peuvent être plus facilement introduites et retirées. La syncope est encore un accident noté parmi ceux qui surviennent après la paracentèse, mais elle est si rare que je ne l'ai pas encore observée dans ce cas. La position horizontale, l'inspiration de quelque odeur pénétrante, suffisent pour ranimer les malades.

Pour prévenir ou retarder le retour de l'épanchement, il faut, s'il n'existe d'ailleurs aucune contre-indication, établir une forte révulsion sur les reins à l'aide des diurétiques, sur l'intestin à l'aide des purgatifs énergiques, sur la peau au moyen de quelques bains de vapeur. On continuera aussi de faire une compression méthodique sur tout le ventre. Ces moyens ont parfois amené la guérison de quelques ascites, ou du moins ils ont retardé leur récurrence; c'est ce qui résulte surtout d'un travail publié par Bricheteau dans le journal *les Archives* pour l'année 1832. Il a surtout démontré l'utilité de la compression dans quelques cas d'ascites simples, qui ne se lient à aucune lésion organique ni à aucun obstacle à la circulation veineuse.

On a tenté, à différentes époques, la cure radicale de l'ascite par des procédés analogues à ceux usités pour obtenir la guérison de l'hydrocèle. C'est ainsi qu'on a tour à tour proposé d'injecter dans le péritoine des vapeurs vineuses, le protoxyde d'azote, de l'eau tiède, de l'alcool, du vin, une décoction de quinquina, et dans ces derniers temps, de la teinture d'iode. Plusieurs médecins distingués n'ont pas craint d'employer et de préconiser cette méthode: MM. Leriche et Dieulafoy ont cité notamment quelques faits favorables (1), et M. Boinet, dans un travail publié par la *Gazette médicale* de 1851 et plus tard dans son ouvrage, a beaucoup exalté les vertus des injections iodées et proclamé même leur innocuité. Si la première impression de la teinture d'iode sur le péritoine produit la pâleur, le refroidissement, le ralentissement du pouls et un état syncopal, ces accidents pourtant ne seraient que momentanés, ils se dissiperaient après dix à quinze minutes; d'ailleurs, loin d'avoir une violente péritonite, les malades n'offriraient d'autres symptômes qu'un peu de tension et de sensibilité du ventre, un petit mouvement fébrile, qui se dissiperaient après un ou deux jours. En somme, M. Boinet déclare que, sur 13 injections iodées dans le péritoine, on compterait 11 succès. Quelque confiance que l'au-

(1) *Revue médico-chirurgicale* de 1846, et *Union médicale* de 1850.

teur m'inspire, je n'ai encore osé ni faire ni conseiller une opération pareille. Comment ne pas trembler, en effet, quand on injecte dans le péritoine un liquide aussi irritant que la teinture d'iode (1)? On dit bien, il est vrai, que cette substance provoque une phlegmasie spéciale, plastique, et que jamais du pus n'est produit; mais qu'importe? Ce n'en est pas moins une péritonite qui peut tuer et qui tuera, en effet, presque nécessairement, si elle envahit toute la séreuse abdominale: les expériences sur les animaux le démontrent. Il me semble d'autant plus imprudent d'exposer les malades à un péril si grand, que l'opération en principe me paraît être irrationnelle. Car si, comme la chose est presque constante, l'ascite est symptomatique d'une affection organique, l'injection iodée ne remédie, en cas de succès, qu'à un symptôme, et n'empêche pas la lésion de suivre son cours. Si, par contre, l'ascite est essentielle, elle constitue une affection très-curable par des moyens moins hasardeux. On a dit enfin que les adhérences contractées par les intestins entre eux et avec les parois du ventre pouvaient être la source de douleurs et de troubles permanents du côté des organes digestifs; mais je crois que ce résultat reproché à la méthode des injections n'est pas constant: il peut se faire, en effet, que l'iode se borne à modifier la vitalité de la séreuse et ne provoque pas la sécrétion de fausses membranes. Quoi qu'il en soit, il importe de rester dans une sage réserve, et en présence des succès qu'on cite, rappelons-nous qu'il n'est pas d'opérations irrationnelles, de procédés barbares, de médications incendiaires, dont la force médicatrice n'ait souvent triomphé.

SÉCRÉTIONS SÉREUSES DES MEMBRANES MUQUEUSES

Les membranes muqueuses sont très-rarement le siège de flux aqueux ou séreux; les seules sécrétions de ce genre qu'on observe quelquefois n'ont guère lieu que dans le tube digestif et dans les organes génitaux de la femme. On a bien décrit des flux pareils pouvant se faire par les fosses nasales, ainsi que Morgagni en cite quelques exemples; mais cette affection, que quelques auteurs ont proposé de nommer *rhinorrhée*, n'est pas encore suffisamment connue. Dans l'étude des flux séreux intestinaux nous croyons devoir admettre deux variétés, qui sont: le *choléra asiatique* et l'*hydro-entérorrhée*.

Du choléra asiatique.

Le choléra épidémique ou asiatique offre pour symptômes principaux dans sa forme grave: des vomissements et des selles de matières aqueuses blanchâtres, semblables à l'eau de riz; la suppression de la sécrétion urinaire; la fréquence, la petitesse, puis l'absence du pouls; le refroidissement presque glacial du corps; une couleur violacée des téguments, qui sont flasques et ridés; un amaigrissement rapide; des crampes très-douloureuses dans les membres; une aphonie plus ou moins complète, et un sentiment d'oppression parfois extrême.

Historique. — Je ne discuterai pas si le choléra asiatique est une affection

(1) M. Boinet conseille d'injecter dans le péritoine et d'y laisser pendant quelques minutes le liquide suivant:

Eau.....	200 grammes.
Teinture alcoolique d'iode.....	30 —
Iodure de potassium.....	4 —

nouvelle, ou si c'est d'elle qu'il est parlé dans plusieurs passages des livres sanscrits. Quoi qu'il en soit, c'est une maladie connue depuis longtemps dans les Indes orientales, où elle est endémique. Plusieurs fois on l'a vue, franchissant ses limites naturelles, aller exercer ses ravages au loin. Mais le fait le plus extraordinaire est celui de cette épidémie meurtrière qui, commençant à Jessore, près les bouches du Gange, en 1817, a successivement envahi l'Asie, l'Afrique, l'Europe et l'Amérique, est venue sévir dans notre pays, qu'elle a parcouru de 1832 à 1839. Disparu de France presque entièrement pendant treize ans, ce fléau nous a visités de nouveau en 1849, et a fait au moins autant de victimes que lors de sa première apparition; enfin, de novembre 1853 à mai 1854, nous avons eu à traverser pour la troisième fois une épidémie qui fut bénigne, si surtout on la compare aux deux qui l'ont précédée. Ces épidémies ont donné lieu à une foule de recherches et de travaux. Nous mentionnerons surtout l'excellent traité de MM. Gérardin et Gaimard, les monographies de MM. Bouillaud, Gendrin, Briquet et Mignot; les recherches de Magendie et de M. Rayer, ainsi que l'article remarquable publié dans le *Dictionnaire de médecine*, par Dalmas, praticien habile et observateur excellent dont nous regrettons la fin prématurée. Enfin, pour terminer, citons les rapports de M. Moreau de Jonnés et de la commission médicale du département de la Seine, ainsi que celui des professeurs Dubreuil et Rech.

Anatomie pathologique. — Les lésions qu'on trouve à l'ouverture des cadavres diffèrent suivant que les malades ont succombé dans la seconde période dite de *cyanose*, ou bien dans la troisième dite de *réaction*. Dans le premier cas, les cadavres perdent lentement leur chaleur, la teinte cyanosée de la face et des membres est conservée; l'œil est flétri; tout le corps est amaigri; les muscles sont peu consistants ou moins violacés: cette coloration se retrouve dans la plupart des os spongieux, et jusqu'à la racine et à la moitié de la couronne des dents. La masse intestinale, rarement distendue par des gaz, offre souvent extérieurement une coloration violacée, surtout pour les anses qui plongent dans l'excavation pelvienne. Le tube digestif ouvert, on le trouve pâle, décoloré par places; mais dans la plus grande partie de son étendue, il offre diverses nuances de coloration, rouge, lie de vin, noirâtre ou violacée; ses tuniques semblent épaissies. Les vaisseaux de la partie correspondante du mésentère sont gorgés de sang. Ces diverses colorations ne peuvent être rapportées à un travail inflammatoire, mais elles tiennent à une stase sanguine. Si, en effet, à l'exemple de Magendie, on injecte de l'eau dans les artères mésentériques, on entraîne tout le sang qui engorge les parois intestinales, et l'on rend à celles-ci la couleur d'un blanc grisâtre qui leur est naturelle. La membrane muqueuse a généralement sa consistance normale; mais elle présente le plus souvent dans toute l'étendue des voies digestives, depuis l'œsophage jusqu'au rectum, spécialement à la fin de l'iléon, dans le cæcum et dans le colon, une éruption de petits corps durs et opaques, résistants à la pression du volume d'une tête d'épingle ou d'un grain de chènevis ou de mil, et qui ne sont autre chose que des follicules tuméfiés; cette lésion, bien décrite surtout par MM. Serres et Nonat, n'offre rien de caractéristique, elle n'est point spéciale au choléra. On la retrouve, en effet, dans une foule d'autres états morbides, toutes les fois que l'exhalation intestinale est augmentée; et comme, en outre, elle n'est pas constante, on ne saurait en faire le caractère anatomique de la maladie.

Les intestins et l'estomac des cholériques contiennent en plus ou moins grande quantité un liquide d'une odeur fade, blanc, floconneux, qu'on a com-

paré à du petit-lait mal clarifié ou à une décoction de riz ou de gruau. La membrane muqueuse est en outre tapissée par une matière comme crémeuse, d'un blanc grisâtre. Il est généralement admis que le liquide cholérique est identique par sa composition avec la sérosité du sang. Becquerel l'ayant soumis à quelques analyses, a trouvé qu'il était formé par une eau légèrement albumineuse, neutre ou un peu alcaline, contenant, outre l'albumine en dissolution, une quantité variable d'albumine coagulée unie à une très-petite quantité de mucus, et à une quantité relativement assez considérable de chlorure de sodium. Indépendamment de ce liquide, les intestins peuvent en outre contenir la bile jaune, verte, ou bien un liquide rougeâtre, sanguinolent. Les vaisseaux lymphatiques et biliaires sont exempts d'altération; le foie, ayant un volume ordinaire, est gorgé d'un sang noir, diffluent; il en est de même des reins, surtout dans leur couche corticale. La rate est en général petite, dure; tous les autres tissus parenchymateux sont congestionnés et d'une couleur violacée toute particulière. Enfin, sur les parois de la vessie qui est vide d'urine, on voit parfois des flocons blanchâtres semblables à ceux que nous avons déjà rencontrés dans les voies digestives. Les poumons sont le plus souvent flasques, affaîssés, à peine engoués; d'autres fois l'engouement sanguin est considérable, et l'on a même vu des noyaux apoplectiques en plus ou moins grand nombre: on a trouvé aussi quelquefois dans les bronches les corpuscules blanchâtres déjà signalés dans les intestins et dans la vessie. Le cœur est petit, flasque, friable, rempli d'un sang noir, poisseux, qu'on a justement comparé à du raisiné mou ou à de la gelée de groseille mal cuite. MM. Michel Lévy et Tholozan ont fréquemment observé, pendant l'épidémie de 1849, des ecchymoses à la face externe du cœur, ainsi qu'à la face interne du ventricule gauche. Tout le système veineux, surtout au voisinage du cœur, est gorgé d'un sang également noir et poisseux; souvent ce liquide existe en petite quantité dans le cadavre; il était en effet difficile, dans l'épidémie de 1832, de pouvoir en recueillir plus de 250 à 312 grammes. D'après une remarque de M. Rayer, si on l'expose à l'air, il s'oxygène moins facilement que celui des autres malades. Le plus grand nombre des micrographes ont vu que les globules du sang cholérique ne présentaient aucune altération appréciable; mais les chimistes ont constaté une diminution dans la quantité normale de la fibrine, de l'albumine et des sels, tandis que la matière colorante était cinq fois plus considérable. M. Andral est arrivé à des résultats un peu différents; il a établi, en effet, dans une note lue en août 1859 à l'Académie des sciences, que l'albumine se maintenait dans le sérum du sang dans sa proportion normale. Becquerel conclut à son tour de deux analyses, que dans le choléra il y a augmentation dans la proportion des globules; que le sérum, moins abondant, plus dense, contient de l'albumine, et proportionnellement plus de matière extractive, plus de sels, et surtout plus de matières grasses, dont le volume est presque triplé. La supersécrétion intestinale rend compte aussi de l'état de sécheresse plus ou moins complète dans lequel se trouvent toutes les membranes séreuses du corps, spécialement le péritoine. Leur surface, en effet, est communément poisseuse; quelquefois elle est complètement sèche, ridée, parcheminée. Le fluide céphalo-rachidien est un peu diminué; les vaisseaux cérébraux et rachidiens sont plus ou moins gorgés de sang; la pulpe est elle-même plus ou moins congestionnée. Enfin, les nerfs et leurs ganglions peuvent être injectés de sang; mais ils sont toujours exempts de toute altération de tissu, quoi qu'en ait dit Delpech.

Lorsque les cholériques succombent dans la troisième période dite de réaction, les congestions veineuses sont moins nombreuses et moins intenses; on

retrouve plutôt alors les caractères propres aux congestions actives et à l'inflammation. Ainsi le cerveau est sablé, les poumons sont parfois enflammés, hépatisés; le sang renfermé dans les vaisseaux est plus rouge, et contient d'autant plus de sérum que la mort est survenue à une époque plus éloignée du début de la réaction. Le liquide cholérique a disparu; les membranes séreuses sont humides; les corpuscules intestinaux sont peu ou point saillants, tandis que les follicules agminés sont parfois un peu boursoufflés, mais sans présenter aucune des lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde; enfin, la vessie contient plus ou moins d'urine.

Symptômes. Marche. — Le choléra asiatique débute parfois brusquement; presque toujours pourtant il y a des prodromes, tels que malaise, faiblesse, perte d'appétit, soif, douleurs de ventre, borborygmes très-bruyants, et diarrhée jaune ou blanchâtre, muqueuse, fétide; il y a en outre de l'accablement, de l'insomnie, des sueurs, des défaillances, des frissons vagues, irréguliers; le pouls est calme ou bien un peu accéléré. C'est à l'ensemble de ces symptômes prodromiques que quelques personnes ont donné le nom de *cholérine*. C'est pour ainsi dire la première période de la maladie. Ces accidents, qui se combinent entre eux de mille manières différentes, persistent plus ou moins; ils peuvent ne durer qu'un jour ou se prolonger au delà d'un septénaire: tantôt ils se terminent presque aussitôt par la guérison, ou bien ils sont remplacés par les symptômes propres au choléra. Magendie dit que quelques malades ont succombé après avoir présenté seulement les symptômes de la cholérine. La mort est arrivée alors par suite de l'anéantissement progressif des forces: toutefois les faits de ce genre ont été fort rares.

Lorsque le choléra est tout à fait déclaré, la soif est vive, les boissons froides sont prises avec avidité; le ventre est plus ou moins rétracté, il est peu sonore; il est le siège de coliques, que la pression augmente souvent. Bientôt le malade rend en vomissant ces matières blanches, floconneuses, d'une odeur fade, dont nous avons parlé précédemment; des évacuations alvines ont lieu simultanément. Les matières intestinales, d'abord jaunâtres et fétides, finissent bientôt par être identiques avec celles qui sont rejetées par la bouche. Ces évacuations sont généralement répétées à de courts intervalles. Bientôt le pouls s'accélère et s'élève rapidement à 120 ou 130 pulsations par minute; sa force diminue en proportion de sa fréquence. Les battements du cœur sont faibles et accompagnés parfois d'un bruit de souffle, dû sans doute à l'obstruction des orifices par le sang coagulé; la respiration est pénible, anxieuse, plus ou moins accélérée; les malades accusent de la dyspnée, ou plutôt un sentiment d'oppression, une sorte de constriction sous-sternale. Par la percussio et l'auscultation on ne découvre rien d'anormal dans la poitrine. La voix presque aussitôt s'affaiblit, elle est comme cassée, plus tard les malades sont tout à fait aphones; en même temps surviennent des vertiges, de la céphalalgie, des bourdonnements d'oreille; des crampes très-douloureuses se font sentir dans les bras, dans les doigts, et surtout dans les mollets, qui sont fermes et durs comme du bois. Les forces sont alors prostrées à tel point que beaucoup de malades ne peuvent se tenir debout: leur faciès exprime l'abattement et une souffrance extrême; les traits sont tirés, la figure est notablement amaigrie; les yeux sont caves, bordés de noir. Si ces accidents vont encore en s'aggravant, la peau du corps se refroidit, la face prend une teinte bleuâtre; la pulpe des doigts et des orteils devient violacée, surtout au pourtour des ongles, tandis que la peau de ces parties est ridée comme si elle avait longtemps macéré dans de l'eau tiède. Lorsqu'on pince la peau sur les autres parties du corps, elle conserve pendant longtemps

le pli qu'on lui a donné, comme si les téguments avaient perdu toute leur élasticité. Non-seulement la face, mais le corps entier est amaigri par suite de l'absorption du fluide séreux qui humecte le tissu cellulaire; toutes les sécrétions naturelles ou accidentelles sont diminuées ou tarries; la sécrétion urinaire elle-même est complètement suspendue. Au début ou bien dans les choléras moins graves, ce liquide existe seulement en quantité moins considérable; il est généralement trouble, et l'on y a souvent décelé la présence de l'albumine. C'est un fait qui, indiqué déjà en Allemagne, a été étudié avec soin en France pendant l'épidémie de 1849, d'abord par M. Rostan, puis par MM. Bouchut et Michel Lévy: ce dernier a rencontré l'albuminurie dans la plupart des cas, 614 fois sur 696.

A un degré plus avancé, on dit que l'affection est arrivée à sa seconde période. Les membres et la face sont alors complètement cyanosés; la coloration cyanique peut même gagner presque toute la surface du corps. Les yeux sont secs, ternes; la cornée est flétrie par suite de l'absorption de l'humeur aqueuse; la peau est froide et couverte d'une sueur visqueuse, de sorte qu'en la palpant on a la sensation que donne le toucher du nez du chien ou de la peau d'un batracien. La langue est bleuâtre et froide; la soif est plus vive. Les vomissements sont souvent plus rares que dans la période précédente; les selles, involontaires, sont souvent formées par un liquide rougeâtre et fétide. La voix est éteinte; l'haleine des malades est froide. L'air expiré contient parfois plus d'oxygène que chez les sujets sains, ainsi que l'ont prouvé les expériences de Davy, expériences dont M. Rayer a vérifié l'exactitude pendant l'épidémie de 1832. A cette même période, la dyspnée et l'oppression augmentent; le pouls devient imperceptible, il en est parfois de même des battements du cœur; la circulation semble alors interrompue: c'est ainsi qu'on a pu couper en travers une artère volumineuse sans qu'il s'en écoulât du sang. Si l'on ouvre une veine, ce n'est que par des pressions répétées qu'on parvient à se procurer quelques cuillerées d'un sang noir, foncé, visqueux, se coagulant en masse et retenant tout ou presque tout son sérum. Le sang offre une température inférieure de 4 à 5 degrés Réaumur à celui qui est fourni par d'autres malades; aussi l'abaissement de température est-il général, affectant les parties profondes aussi bien que les parties superficielles. Cooper, à Berlin, avait vu en 1832 la température descendre à 26 degrés centigrades, et M. Roger, dans l'épidémie de 1849, a trouvé que le thermomètre s'abaissait de 5 à 6 degrés au-dessous de la moyenne physiologique. A cette période, tous les sens sont affaiblis ou éteints; l'ouïe est dure, la vue trouble, la sensibilité tactile abolie. Cependant, malgré des symptômes aussi fâcheux, les facultés intellectuelles persistent intactes, et il est rare qu'il y ait du délire. Dans cette forme grave et dans cette période extrême de la maladie, l'absorption elle-même languit et peut devenir à peu près nulle, ainsi que l'ont établi des expériences instituées par MM. Vernois et Duchaussoy. On peut donc dire sans exagération que les malades sont alors *cadavérisés*. La mort, qui est la terminaison presque constante de cet état, arrive tantôt lentement et après agonie, tantôt elle a lieu tout à coup, comme si elle était due à une syncope. Ce qu'il y a de remarquable alors, c'est que souvent la température du corps s'élève lorsque les individus sont arrivés à cette période ultime: c'est là sans doute ce qui a fait croire à quelques personnes que la température des cholériques augmentait parfois après la mort. Certains cadavres la conservent longtemps. Tels sont les accidents qui caractérisent cette seconde période du choléra grave, à laquelle on a donné les noms d'*algide*, de *bleue*, de *cyanique* ou d'*asphyxique*, en raison du refroidissement du corps, de la

couleur violacée de la peau et des phénomènes d'asphyxie qui prédominent.

Lorsque le malade ne succombe pas à la période algide, la maladie change bientôt de physionomie : le froid disparaît peu à peu ; le pouls devient perceptible, puis il reprend sa force et son volume ; la cyanose diminue, ainsi que l'amaigrissement ; la face se colore, les yeux s'injectent, la voix prend de la force ; la sécrétion urinaire se rétablit, et l'on y décèle parfois, mais d'une manière toute passagère, la présence de l'albumine ; enfin le sang reprend peu à peu ses qualités normales, et il contient d'autant plus de sérum qu'on s'éloigne davantage du début de la réaction. L'ensemble de ces phénomènes caractérise la période dite de *réaction du choléra*.

Lorsque aucun accident ne vient entraver cette période, les malades ne tardent pas à entrer en convalescence ; mais la réaction n'est pas toujours aussi franche : il est des malades, en effet, chez lesquels elle est *incomplète*, c'est-à-dire qu'après s'être établie en partie, elle est remplacée bientôt par de nouveaux symptômes algides qui emportent presque tous les sujets. Chez d'autres, la réaction se complique d'accidents typhoïdes. Chez eux la fièvre s'allume ; la langue devient sèche, rude, noire ; les dents s'encroûtent de fuliginosités ; la soif est vive ; les malades sont tourmentés par un hoquet continu ; la face est hébétée, frappée de stupeur ; les malades tombent dans le coma ou dans un état de subdelirium ; ils ont des roideurs, des contractures, des soubresauts de tendons ; enfin, au bout de cinq, six, huit ou dix jours au plus, la mort survient. Quelques-uns pourtant guérissent ; mais leur rétablissement est lent, très-difficile. Pendant la réaction, les évacuations intestinales ainsi que les vomissements ont cessé. Cependant il arrive parfois que ces derniers persistent ; alternant alors avec le hoquet, ils tourmentent beaucoup les malades ; ils s'accompagnent souvent de douleurs cardiaques, d'une grande anxiété, et ils ne finissent souvent qu'avec la vie. Enfin, c'est encore pendant la réaction que surviennent la plupart des complications, telles que des congestions ou des inflammations, spécialement du côté des méninges, du côté du cerveau et des poumons, ainsi que diverses éruptions cutanées (rougeole, scarlatine, roséole, érythème, urticaire). On a observé parfois des parotides. M. Michel Lévy a fréquemment aussi rencontré l'ictère pendant l'épidémie de 1849 ; dans tous les cas la maladie eut une heureuse issue.

Les symptômes précédents ne se succèdent pourtant pas toujours dans l'ordre que je viens d'indiquer : nous avons vu assez souvent, en 1832 comme en 1849, la maladie débiter brusquement par les phénomènes les plus graves qui caractérisent l'état algide : on disait alors que le choléra était *foudroyant* ; chez d'autres, la maladie se présentait avec ses symptômes ordinaires, à l'exception pourtant des vomissements et des selles qui manquaient, quoique du fluide cholérique eût été exhalé en abondance dans les intestins, comme l'inspection cadavérique le démontrait.

L'âge n'apporte pas de grandes modifications à la physionomie de la maladie. Il m'a paru seulement que chez les enfants les plus jeunes la cyanose était rarement portée au point où nous la trouvons chez l'adulte ; chez eux aussi l'agitation, l'inquiétude très-grande, les crampes, sont souvent excessives et la marche constamment très-aiguë.

Durée. — Le choléra a donc une marche plus ou moins rapide ; il peut parfois tuer en quelques heures ; sa durée moyenne est d'environ soixante heures ; assez souvent la vie se prolonge pendant un septénaire, mais il est rare que les malades luttent plus de douze jours. Toutes choses égales d'ailleurs, on a trouvé que la durée de la maladie était en raison directe des forces des malades.

La convalescence est plus ou moins rapide ; en général, elle est lente et exige beaucoup de soins, car des rechutes ont quelquefois lieu ; d'autres malades conservent pendant un temps plus ou moins long de la dyspepsie ; divers troubles des organes digestifs, permanents chez les uns, ne se manifestent chez d'autres qu'à des intervalles plus ou moins rapprochés.

Le choléra peut guérir ou suspendre pendant un temps plus ou moins long les maladies aiguës ou chroniques dans le cours desquelles il se déclare. C'est ainsi qu'on a vu des hydropisies, des phlégnasies, des affections rebelles de la peau disparaître, des fièvres éruptives même se suspendre, rester stationnaires, et ne reprendre leur marche que lorsque l'affection cholérique avait complètement cédé.

Diagnostic. — En ayant égard à la nature des vomissements et des selles, au refroidissement de la langue et de toute la surface du corps, à la petitesse, puis à la suppression du pouls, à la coloration bleuâtre ou cyanique de la peau et des muqueuses, aux crampes, à la suppression de l'urine, à l'aphonie, il est impossible que l'on confonde le choléra épidémique avec aucune autre affection connue ; les selles sont seules caractéristiques et empêchent de confondre la cholérine avec la diarrhée simplement catarrhale. L'empoisonnement par les substances caustiques, et surtout l'empoisonnement par l'arsenic, est la seule maladie qui pourrait simuler le choléra asiatique. Lorsque, en effet, la quantité d'acide arsénieux ingérée est considérable, on peut observer le refroidissement du corps, l'état cyanique de la face et des extrémités, l'altération de la voix, la dyspnée, la rareté et la suppression de la sécrétion urinaire ; mais les évacuations alvines, qui sont noires et sanguinolentes, et les vomissements de matières âcres, bilieuses et également sanguinolentes, mettront sur la voie pour reconnaître la cause des accidents, indépendamment des lumières qui seront fournies par les commémoratifs. D'ailleurs, en tout état de choses, s'il y a incertitude, l'analyse chimique des déjections et des matières vomies dissipera bientôt tous les doutes. (Voyez plus bas *Choléra européen*, pour le diagnostic différentiel avec cette affection.)

Le choléra débutant brusquement quelque temps après un repas plus ou moins copieux, pourrait d'abord simuler une indigestion, cependant la nature des vomissements qui, après avoir été formés d'aliments, deviennent bientôt caractéristiques, la nature des évacuations alvines et cet ensemble sur lequel nous insistons naguère, ne laisseront aucun doute. Il est inutile, je pense, de dire en quoi le choléra se distingue de la péritonite, de l'iléus, de la colique de plomb ; ces affections sont si dissemblables en toutes choses, qu'il serait vraiment oiseux d'établir leur diagnostic différentiel.

Pronostic. — Le choléra asiatique est une maladie très-grave, et qui a exercé de grands ravages partout où elle a sévi, puisqu'elle a communément fait périr la moitié de ceux qu'elle a atteints. Elle a paru plus fâcheuse aux deux extrêmes de la vie et a été plus meurtrière chez l'homme que chez la femme. Les accidents ont toujours été plus graves au début de l'épidémie que vers son déclin. Lorsque les malades deviennent froids, cyanosés et sans pouls, le péril est grand. Une réaction qui n'est pas très-intense, qui est complète et qui se soutient, doit faire espérer une heureuse terminaison.

Étiologie. — Le choléra dont nous parlons est endémique dans l'Inde ; ce n'est qu'accidentellement qu'on le voit en Europe. Cependant, depuis l'épidémie de 1832, il n'est pas d'année où nous n'en ayons rencontré plusieurs cas, généralement bénins, ce qui nous porterait à penser que le choléra asiatique est désormais une affection définitivement importée dans notre continent.

Pour expliquer la marche et les progrès de cette maladie, on a invoqué toutes les causes occultes par lesquelles on a prétendu expliquer de tout temps l'apparition des maladies épidémiques : il est inutile de les énumérer. Quelques personnes ont cherché surtout à se rendre compte de la marche et de la propagation de la maladie, en invoquant un agent contagieux. Cette opinion n'avait guère trouvé de défenseurs en France pendant la première épidémie ; mais après celle qui nous a affligés en 1849, on a produit un grand nombre de faits, tous favorables à la doctrine de la contagion, et recueillis, pour la plupart, par les médecins des départements. Cependant, avant de les adopter, il est nécessaire de les soumettre à une enquête sévère, afin de bien en déterminer la valeur.

Lorsqu'il s'agit, en effet, d'une maladie épidémique qui, comme le choléra, franchit tout d'un coup les plus grandes distances, il faut apporter beaucoup de réserve, ne pas se hâter surtout de conclure, car on s'exposerait souvent à attribuer à la contagion des effets qui tiennent à la marche irrégulière et capricieuse de la maladie. D'autre part, les cas de contagion recueillis dans les foyers épidémiques ont toujours quelque chose de suspect, en raison de l'impossibilité où l'on est de faire la part qui revient à la contagion, si elle existe, et à la constitution épidémique dont l'influence est incontestable ; voilà pourquoi les faits de contagion si laborieusement recueillis par MM. Briquet et Mignot, dans leur excellent livre, et relatifs surtout à des malades de l'hôpital de la Charité, qui auraient été frappés après l'arrivée dans les salles de cholériques venus du dehors, n'ont et ne peuvent avoir aucune valeur. Les seuls faits capables de résoudre le difficile problème de la contagion du choléra sont ceux où la maladie aurait été transportée d'un foyer épidémique dans un lieu éloigné où l'affection était inconnue, et s'y serait transmise des nouveaux arrivants tombés aussitôt malades à ceux qui leur ont donné des soins. Or des faits semblables ont été produits. Un des plus remarquables que je connaisse est celui qui a été rapporté par le docteur Brochard (de Nogent-le-Rotrou) (1). Le département d'Eure-et-Loir était dans un état sanitaire satisfaisant, aucun cas de choléra ne s'y était encore montré, lorsque plusieurs nourrices, parties de Paris atteintes déjà des prodromes du choléra, arrivèrent dans l'arrondissement de Nogent-le-Rotrou. L'une d'elles va mourir dans son village, ainsi que son nourrisson ; sa sœur, qui vient d'un hameau voisin pour lui donner des soins, est frappée à son tour et meurt en quelques jours. Une autre nourrice succombe avec son enfant à Nogent-le-Rotrou, et trois des femmes qui l'assistent sont frappées, deux le sont mortellement ; dès ce moment le fléau envahit la ville et y produit de grands ravages. Ces faits sont graves ; il est difficile de croire qu'il n'y ait eu là qu'une coïncidence, et même en supposant une influence épidémique encore occulte, il n'en serait pas moins extraordinaire de voir la maladie frapper exclusivement d'abord les personnes qui ont été en rapport avec les premiers malades. Nos chirurgiens militaires, soit en Afrique, soit pendant la campagne d'Orient, ont été témoins de faits semblables. Des détachements, des corps d'armée ont propagé la maladie d'étape en étape, ou, transportés au loin sur des vaisseaux, ils ont, au lieu de débarquement, propagé la maladie inconnue jusqu'alors dans ces parages. Il est donc impossible de contester au choléra tout caractère contagieux. La doctrine de la contagion, habilement combattue par M. Jolly (2), compte encore peu de partisans à Paris. Il en

(1) *Du mode de propagation du choléra*. Paris, 1851.

(2) *Union médicale*, année 1853.

est bien qui y croient, mais ils n'osent l'avouer publiquement, par la crainte d'exciter une panique. C'est là une discrétion blâmable, car il y a toujours intérêt pour tous à connaître la vérité, quelle qu'elle soit. Dans l'espèce, il ne peut être indifférent pour nous, comme pour l'administration publique, de savoir si le choléra est ou n'est pas contagieux. Qu'on se rassure ; dans ce siècle éclairé, et dans notre pays surtout, les défaillances au moment du péril sont très-rares : ceux qui sont frappés, riches ou pauvres, ont trouvé et trouveront toujours des gens dévoués pour les soigner.

Il est inutile de discuter plus longtemps la cause première du choléra ; nous dirons pourtant qu'en considérant que la maladie a sévi dans les pays les plus divers, au milieu des conditions hygiéniques les plus opposées, il est rationnel de supposer l'existence d'une cause spécifique probablement répandue dans l'atmosphère ; mais nous ne pouvons avoir à ce sujet aucune démonstration. Il est des lieux qui de tout temps ont joui d'une immunité remarquable : je citerai Versailles, toujours respecté, et, chose plus extraordinaire encore, la ville de Lyon, où existent de si nombreuses causes d'insalubrité, où vit entassée une population misérable. Les épidémies ont présenté, de tout temps, ces anomalies encore inexplicables. L'influence épidémique peut s'exercer non-seulement sur l'homme, mais encore sur plusieurs classes d'animaux, spécialement sur les bêtes à cornes, les volailles et même les poissons.

En général, le choléra n'envahit pas brusquement un pays : mais il a été le plus souvent précédé de divers états morbides qui règnent épidémiquement, tels que fièvres intermittentes, dysenteries, diarrhées ou embarras gastriques.

Pendant le règne des deux dernières épidémies, on a noté que certaines causes prédisposaient davantage à la maladie, et que d'autres pouvaient en provoquer le développement. Parmi les premières, on a surtout cité l'encombrement et le non-renouvellement de l'air, l'habitation des lieux humides, l'âge adulte, le sexe féminin, la misère, les privations, les excès, les travaux rudes, les peines morales. Les causes occasionnelles qui ont paru agir le plus souvent sont les refroidissements, les excès, les indigestions, etc.

Traitement. — On a préconisé contre le choléra presque tous les agents dont la thérapeutique dispose. Tout le monde avait voulu d'abord trouver un spécifique : cependant l'expérience a prouvé qu'on ne pouvait opposer au choléra une méthode uniforme de traitement, et que celle-ci devait varier suivant une foule de circonstances, et surtout d'après l'état symptomatique : il faut ici obéir aux indications qui se présentent.

Dans les prodromes, lorsqu'il existe cet ensemble de symptômes auxquels on a donné le nom de cholérine, il faut prescrire le repos au lit et la diète, l'usage de lavements mucilagineux, de boissons gommées ou légèrement aromatiques, mais surtout l'emploi de l'opium, que l'on administre par la bouche ou en lavement, depuis 5 centigrammes jusqu'à 30 ou 40. Les pédiluves ou les cataplasmes sinapisés sont utiles pour diminuer la céphalalgie. Enfin, lorsque le pouls offre de la résistance, la peau une chaleur fébrile, lorsque le ventre est le siège de coliques, on doit retirer une petite quantité de sang par la saignée du bras, et mieux encore par l'application d'un certain nombre de sangsues. Si, au contraire, il y a beaucoup d'affaissement, si le pouls est faible, il faut insister davantage sur les boissons aromatiques (menthe, camomille, mélisse, arnica) ; on donnera aussi quelques antispasmodiques, spécialement le sirop d'éther. Les moyens précédents conviennent encore dans la seconde période de la maladie, pendant laquelle quelques personnes ont préconisé l'ipécacuanha et les purgatifs salins comme agents perturbateurs. Le vomitif nous avait donné d'as-

sez bons résultats dans l'épidémie de 1832; mais, en 1849, nous ne lui avons connu aucun avantage : il en est de même des purgatifs salins, à la suite desquels on voit parfois le choléra se confirmer.

Dans cette même période, lorsque les évacuations sont abondantes et les accidents nerveux prédominants, lorsque enfin le pouls devient presque imperceptible et que le sang stagne à la périphérie du corps, ainsi que dans les parenchymes, il faut se hâter de donner des boissons stimulantes, chaudes si les malades les tolèrent bien, froides et même glacées si les vomissements sont opiniâtres : on prescrit en pareil cas, outre les infusions indiquées plus haut, le café, le thé, les vins les plus alcooliques, et même l'eau-de-vie et le rhum, l'acétate et le carbonate d'ammoniaque à haute dose. On excite, en même temps, la circulation et la calorification par les frictions sèches et irritantes, et mieux encore par l'application permanente de sinapismes et d'une chaleur artificielle à l'aide de boules, de briques chaudes ou de sachets de sable; tandis que les bains chauds, les bains de vapeur et les procédés hydrothérapiques ont échoué. Dans ces cas, il m'a paru qu'un large vésicatoire à l'épigastre était souvent utile, surtout pour calmer les vomissements, qui sont parfois très-opiniâtres, qui sont excités par toutes les boissons qu'on donne, quelques malades ne tolérant alors que quelques fragments de glace qu'ils avalent avec avidité à cause de la soif excessive qu'ils éprouvent. Les émissions sanguines sont, dans cette période, toujours nuisibles. D'ailleurs, à supposer qu'elles fussent indiquées le plus souvent, il serait impossible de retirer du sang en raison de la coagulation de ce liquide dans les vaisseaux.

Les moyens précédemment énumérés nous ont beaucoup mieux réussi à produire la réaction qu'une foule de médicaments qui ont été tour à tour préconisés pendant les dernières épidémies : tels sont notamment le stachys anatolica, le hachisch, le chloroforme, le sel marin, les mercuriaux, et la strychnine, proposée par M. Abeille. Quelques personnes ont pensé aussi à modifier la surface intestinale, et par conséquent à tarir la sécrétion morbide dont elle est le siège, à l'aide du nitrate d'argent en lavement, à la dose de 25 centigrammes, et en potion à la dose de 5 centigrammes. M. Barth à Paris, et en Allemagne M. Im. Lévy, paraissent en avoir obtenu quelque avantage : c'est donc un moyen qui mérite d'être expérimenté encore.

L'énergie des divers moyens employés devra diminuer au fur et à mesure que la réaction surviendra. Lorsque celle-ci est complète et modérée, on doit se borner à prescrire au malade des boissons douces, acidulées, tempérantes; si la réaction est incomplète, si un peu de cyanose persiste, on insistera sur le traitement stimulant et tonique; lorsque, au contraire, la réaction est trop vive, il faut la modérer par l'emploi des antiphlogistiques, par la saignée générale et locale; mais on doit n'employer ces moyens qu'avec la plus grande prudence et avec beaucoup de réserve. Le régime antiphlogistique, combiné avec les révulsifs et les vésicants, convient encore dans la première période de la réaction typhoïde; mais lorsque les symptômes adynamiques prédominent, il faut revenir de nouveau à l'emploi des toniques, et surtout du quinquina.

Il est un symptôme toujours très-pénible pour les malades; ce sont les crampes; on les modère souvent par des frictions sèches, par des applications narcotiques, par les plaques aimantées, et surtout par le chloroforme mis sur la peau recouvrant les muscles endoloris.

L'absorption étant languissante et peut-être nulle dans quelques cas de choléra algide, on a eu la pensée d'injecter les médicaments dans les veines : c'est ainsi que l'on a introduit directement dans le sang, à l'aide de la seringue

d'Anel, de l'eau pure ou salée, de l'opium, de la belladone, du sulfate de quinine. Cette méthode hardie, qu'une gravité excessive de la maladie pourrait seule justifier, n'a pas encore donné de résultats satisfaisants, et il serait au moins prématuré de formuler sur sa valeur une opinion un peu précise.

Prophylaxie. — Il n'existe aucun moyen prophylactique contre le choléra; les lazarets et les quarantaines ont été aussi inutiles que les fumigations de chlore, et que l'emploi du camphre, des aromatiques, des désinfectants, etc.; mais il est utile que les malades ne soient pas réunis en trop grand nombre, que les salles soient bien ventilées, que ceux que leur devoir retient près des cholériques observent les règles d'une bonne hygiène.

Nature. — Il est inutile de discuter ici la valeur de toutes les opinions qu'on a émises sur la nature du choléra asiatique. On l'a considéré comme une irritation ou une inflammation gastro-intestinale, assertion que l'ouverture des cadavres ne confirme pas. D'autres y ont vu une asphyxie, une fièvre algide, une altération de l'innervation générale ou du grand sympathique, enfin un empoisonnement. Cette dernière opinion est la plus soutenable, si l'on a égard à la cause probable de la maladie, aux symptômes qui la caractérisent et qui établissent entre elle et certains empoisonnements une similitude parfaite. Quoi qu'il en soit, ce sont là tout autant d'hypothèses, et dans l'impossibilité où nous sommes de pénétrer la nature de la maladie, nous devons, pour la classer convenablement dans le cadre nosologique, avoir surtout égard au symptôme prédominant, c'est-à-dire à l'exhalation intestinale : voilà pourquoi nous avons encore rangé le choléra asiatique dans la classe des sécrétions morbides.

De l'hydro-entérorrhée.

Un flux de liquide transparent, complètement aqueux et sans mélange de bile ou de mucosités, peut se faire par l'anus. Morgagni, voyageant en poste pour aller visiter un cardinal malade, eut des déjections formées par un liquide presque limpide. Des faits semblables ont été rapportés par Marc. Donatus, Car. Piso, Potérius, etc. Un de mes anciens maîtres, Caillard, médecin de l'Hôtel-Dieu de Paris, subit un jour, à la suite d'une commotion violente occasionnée par une chute, l'accident que Morgagni avait observé sur lui-même, et l'on sait que le grand Haller perdait souvent, sous l'impression des premiers froids, 1200 grammes d'un fluide aqueux.

La maladie a presque toujours une courte durée; cependant Caillard eut l'évacuation séreuse dont je parle à diverses reprises et pendant plusieurs mois consécutifs.

La quantité de liquide évacué a été plus ou moins considérable : Morgagni en rejeta 8 kilogrammes en douze heures, et chez le malade de Potérius, elle se serait, dit-on, élevée à 20 kilogrammes dans l'espace seulement de vingt-quatre heures.

Cette excrétion ne s'accompagne presque d'aucune douleur de ventre; parfois même, comme je l'ai vu chez le médecin de l'Hôtel-Dieu, il n'y a eu aucune espèce de souffrance; mais les malades ont été très-affaiblis : Morgagni rapporte qu'il devint aussi maigre qu'il l'eût été après une longue et grave maladie; chez tous cette faiblesse persista pendant un temps assez long.

Il est impossible de déterminer quel est l'organe qui a sécrété le liquide. Quelques personnes ont cru que c'était le pancréas; rien jusqu'à présent ne peut justifier cette opinion, et il n'est aucune raison plausible qui puisse faire

attribuer le flux séreux plutôt au pancréas qu'à l'appareil folliculaire du canal intestinal.

On peut rapprocher des cas précédents certains flux séreux des organes digestifs, qui ont jugé plusieurs hydropisies. On a vu des individus débarrassés d'anasarque après des vomissements abondants et des déjections d'une sérosité claire, citrine, onctueuse; évidemment il y a eu ici une métastase, et tout porte à penser que le fluide résorbé a été exhalé par la muqueuse gastro-intestinale. Les auteurs parlent encore de quelques autres flux séreux sur la nature desquels nous ne possédons aucun renseignement précis, et dont l'existence est tout au moins problématique. Telles sont, par exemple, ces diarrhées que l'on a dit être produites par l'urine, par le lait, ou par une matière grasseuse.

On n'est pas encore fixé sur le mode de traitement qu'il convient d'adopter contre les flux séreux des organes digestifs. Il en est qu'il faut respecter : tels sont ceux qui jugent une maladie grave, comme une hydropisie. Quant au flux séreux comme celui dont Morgagni fut lui-même affecté, nous croyons que lorsqu'il a lieu exclusivement par l'anus, l'ipécacuanha peut le diminuer ou le suspendre; dans les cas où il n'y a que des vomissements, un purgatif serait préférable. Lorsque les flux se sont effectués à la fois par haut et par bas, les évacuants sont nuisibles : il paraît que, dans ce cas, on a retiré de bons effets des cordiaux et de l'opium à l'intérieur, en même temps que des révulsifs étaient promenés à la surface du corps.

Les organes génitaux de la femme sont parfois le siège d'une exhalation séreuse qui peut s'effectuer pendant l'état de vacuité de l'utérus ou pendant la grossesse; dans l'un et l'autre cas, on voit tantôt le fluide séreux évacué au dehors, tantôt retenu dans la cavité utérine. Les exemples de flux aqueux par les organes sexuels de la femme sont excessivement rares. Fernel, Baudelocque et plusieurs autres auteurs ont cité néanmoins des faits prouvant que les femmes ont pu, pendant plusieurs années consécutives, rendre, vers chaque époque menstruelle, quelques litres d'un fluide aqueux, sans qu'il en résultât aucun dérangement grave de la santé : c'est tout au plus si les malades accusaient alors un léger malaise et un sentiment de chaleur ou de cuisson vers les parties sexuelles, sans changement notable dans la forme et dans le volume de l'utérus. Ceci exclut l'idée qu'avait Desormeaux, que les liquides étaient accumulés et retenus quelque temps dans l'utérus avant d'être excrétés, comme cela arrive dans la maladie que nous décrivons bientôt sous le nom d'*hydromètre*.

EXHALATIONS SÉREUSES DES ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME

Il faut rapprocher de la maladie précédente le flux aqueux qu'on observe chez quelques femmes grosses, surtout dans les derniers temps de la gestation : c'est ce que les accoucheurs désignent sous les noms d'*hydrorrhée* ou de *fausses eaux*. Le fluide s'échappe goutte à goutte ou par flots, sans souffrance pour les malades, et indépendamment de toute contraction utérine. L'écoulement se fait souvent pendant le repos de la nuit : cependant, règle générale, les mouvements du corps et les émotions le provoquent ou l'excitent. Le plus souvent ce flux n'exerce aucune influence fâcheuse sur la grossesse. Les auteurs ont fait beaucoup de suppositions pour expliquer l'origine des fausses eaux : les uns ont cru qu'elles provenaient d'une hydatide rompue ou de l'allantoïde; les autres les font venir de l'amnios, soit que les membranes se soient déchirées, soit que

le liquide ait filtré à travers elles. Cependant Nægele a émis une opinion qui nous paraît devoir être adoptée : cet illustre accoucheur pense que le liquide est exhalé par la face interne de l'utérus, et qu'il s'accumule pendant quelque temps entre elle et les membranes décollées; puis la quantité de l'épanchement augmentant, les membranes sont décollées jusqu'au col utérin, à travers lequel le liquide s'écoule. Lorsque cet accident a lieu, on devra conseiller le repos dans la position horizontale.

Le plus fréquemment, le fluide séreux exhalé dans l'utérus, surtout pendant l'état de vacuité, est retenu plus ou moins longtemps dans l'intérieur de l'organe avant d'être évacué au dehors; l'utérus augmente alors de volume et se distend. C'est à cette accumulation de sérosité qu'on a donné les noms d'*hydromètre*, d'*hydrométrie*, d'*ascite* ou d'*hydropisie de l'utérus*, maladie excessivement rare, niée même par quelques-uns, mais dont l'existence néanmoins nous paraît établie par des faits incontestables. Nous ne distinguerons que deux espèces d'hydrométrie, suivant que l'accumulation de sérosité s'opère dans un utérus vide ou dans l'organe distendu par le produit de la conception. Nous ne parlerons donc point ici de l'*hydromètre hydatique* d'Astruc et de Sauvages, car c'est une maladie essentiellement distincte de celle dont il s'agit ici, puisqu'elle est constituée par la présence d'une ou de plusieurs hydatides dans la cavité de l'organe (voyez dans le tome II l'histoire des hydatides). Enfin, à l'exemple de M. P. Dubois, nous n'admettons pas l'*hydromètre celluleuse* de J. P. Frank, dans laquelle le fluide serait épanché dans les parois utérines, opinion que cet illustre médecin n'a appuyée que sur un fait incomplet, lequel nous paraît être d'ailleurs un cas de kyste hydatique développé dans l'épaisseur des parois ou dans la cavité même de l'utérus.

1° Hydromètre hors de l'état de grossesse. — Symptômes. Marche. — Pour que la sérosité s'accumule dans la cavité de l'utérus hors l'état de grossesse, il faut le concours de deux circonstances, savoir : l'occlusion de l'orifice utérin et une augmentation de la sécrétion utérine. Le col de l'utérus peut cesser d'être perméable par suite d'une inflammation adhésive ou de l'engorgement et de la dégénérescence squirrheuse de ses parois, de leur compression par une tumeur extérieure; ou bien encore l'orifice peut être bouché par une membrane, par un polype, par un caillot fibrineux, par du mucus épais, tenace, etc. On a aussi admis qu'un resserrement spasmodique du col pouvait produire le même effet; mais rien ne justifie cette opinion, qui, d'ailleurs, est très-peu probable. Quoi qu'il en soit, lorsque les conditions organiques que je viens d'indiquer existent, si la face interne de l'utérus devient le siège d'une exhalation séreuse ou séro-muqueuse, une sorte d'hydropisie a lieu. Jusqu'à présent, il a été impossible de découvrir quelles sont les causes qui favorisent ou déterminent cette supersécrétion.

Symptômes. — Lorsqu'une certaine quantité de fluide s'accumule dans l'utérus, celui-ci offre un volume proportionné à l'abondance de l'épanchement; l'hypogastre est saillant; de la pesanteur et des tiraillements se font sentir aux aînes et vers les reins. En palpant l'abdomen, on sent une tumeur plus ou moins volumineuse située sur la ligne médiane; elle est entièrement mate et fluctuante; le doigt introduit dans le vagin, et porté jusque sur le museau de tanche, imprime des mouvements à cette tumeur, et il est facile de s'assurer qu'elle est constituée par le corps même de l'utérus. Les règles sont généralement supprimées, surtout si la maladie est ancienne. Lorsque celle-ci ne se rattache à aucune lésion organique grave, les femmes peuvent conserver leur embonpoint et leurs forces; elles n'éprouvent d'autres inconvénients que

celles qui résultent d'une augmentation dans le volume du ventre produite par une tumeur qui, en comprimant les vaisseaux du bassin, peut finir par amener l'infiltration séreuse des membres inférieurs. Après un temps plus ou moins long, le liquide peut s'écouler au dehors, tantôt peu à peu, d'autres fois brusquement. Il est rare qu'il soit complètement séreux : le plus souvent, en effet, il est mêlé à des mucosités et à des caillots fibrineux, ou du moins il est plus ou moins coloré par du sang. Cependant nous n'avons encore, à ce sujet, que des renseignements peu précis. Le liquide une fois évacué, l'utérus revient peu à peu à son volume normal. Une guérison radicale peut alors avoir lieu, à moins que la cause première ne persiste : dans ce cas, la maladie récidive.

Suivant M. Jobert, l'hydrométrie pourrait être bornée au col utérin. Cette partie serait alors tuméfiée, son orifice serait oblitéré, et il s'en écoulerait de temps en temps un liquide séreux plus ou moins abondant. C'est là un point de pathologie encore peu connu et qui attend de nouvelles recherches.

Diagnostic. — L'hydromètre pourrait être confondue avec la grossesse, avec les tumeurs solides de l'utérus, avec la physométrie, les kystes des ovaires, avec l'ascite et la distension de la vessie. L'ampliation de l'utérus par de la sérosité peut s'accompagner de la suppression des règles, d'un bruit de souffle abdominal à cause de la compression exercée sur les vaisseaux, d'une augmentation dans le volume des seins, et de quelques phénomènes sympathiques qui pourraient simuler la grossesse. Cependant on ne distingue pas, comme dans celle-ci, le ballottement, ou les battements du cœur du fœtus; enfin, on perçoit de la fluctuation, ce qui n'a pas lieu dans l'état de grossesse simple. Les tumeurs squirrheuse ou fibreuse, étant dures, bosselées et très-pesantes, ne pourront jamais être prises pour une hydromètre. Nous verrons plus tard qu'il est facile de distinguer la maladie de la physométrie et des kystes de l'ovaire. Le diagnostic différentiel de l'ascite et de l'hydromètre ne présente aucune difficulté; car, dans la première, la fluctuation est superficielle, tandis qu'elle est profonde dans l'autre. On peut déplacer la matité de l'ascite, tandis qu'il est impossible de le faire pour l'hydrométrie de l'utérus; la forme de la tumeur, sa situation près de la ligne médiane, et les résultats du toucher par le vagin et par le rectum, permettront d'établir le siège véritable de la maladie. Enfin, c'est par les mêmes éléments de diagnostic, et en s'aidant du cathétérisme, qu'on distinguera l'hydromètre d'une tumeur formée par la vessie. Le diagnostic de l'affection une fois établi, il faut rechercher par l'étude des antécédents, et surtout à l'aide du toucher et du spéculum, si l'hydromètre se lie à quelque lésion organique. Cette connaissance importe beaucoup pour le pronostic et pour la thérapeutique.

Pronostic. — Le pronostic est favorable si l'utérus est sain. Il est grave si l'hydromètre est symptomatique d'une lésion organique.

Traitement. — Tout le traitement consiste à évacuer directement le liquide. On conseillera d'abord les injections et les bains pour ramollir le col; puis on introduira dans celui-ci un morceau d'éponge sèche qui, en s'imbibant, dilatera l'orifice. Il suffit aussi parfois d'une forte pression sur l'utérus ou d'une secousse violente, telle que celle que des vomissements produisent, pour amener l'écoulement rapide du liquide épanché. On a encore conseillé d'introduire sans effort une sonde, un stylet, pour déplacer une tumeur ou vaincre un obstacle peu résistant. Enfin, dans les cas extrêmes, on a dit d'inciser ou de ponctionner le col; mais l'expérience n'a pas encore prononcé sur l'utilité de ce moyen. Quoi qu'il en soit, le liquide étant évacué, on cherchera à empê-

cher une nouvelle exhalation, en comprimant le ventre et en excitant d'autres sécrétions.

2° Hydromètre pendant la grossesse. — Cette espèce d'hydromètre est constituée par une augmentation plus considérable que de coutume du fluide amniotique. On ignore absolument les causes qui produisent cette supersécrétion; toutefois, dans quelques cas, elle a paru être le résultat de la pléthore sanguine, et elle a présenté dans son développement le caractère d'une hydrométrie active. Rare avant le cinquième mois, on l'a surtout observée dans les grossesses doubles. Certaines maladies du placenta peuvent la produire : c'est ainsi que, dans un cas d'hydromètre que j'ai vu en 1849, une moitié du placenta était indurée et ressemblait beaucoup, par son aspect extérieur, et surtout à la coupe, à la carnification du poumon.

Dans l'hydromètre, le ventre acquiert rapidement un volume considérable, et souvent au cinquième ou sixième mois de la grossesse, l'utérus est plus distendu qu'il ne l'est communément à la fin du neuvième; il remplit toute la cavité du ventre et refoule le diaphragme. Cette distension amène souvent un état de malaise et produit même des douleurs plus ou moins vives. Les parois utérines doivent alors être réduites souvent à une ténuité excessive, à en juger par la facilité avec laquelle on perçoit la fluctuation. Je l'ai vue une fois aussi superficielle et aussi manifeste que si le liquide avait été épanché dans le péritoine; mais, en pareil cas, la forme du ventre, qui dessine exactement la tumeur utérine, le refoulement des intestins en arrière et latéralement, l'impossibilité de déplacer le liquide, et par conséquent la matité, empêcheront, indépendamment des lumières que fournira le toucher vaginal, de prendre pour une ascite l'hydromètre survenue dans le cours de la gestation.

La distension extrême que l'utérus subit a souvent pour effet de provoquer l'avortement; d'autres fois la grossesse arrive à terme, mais le fœtus naît faible et chétif; enfin beaucoup d'enfants meurent dans l'utérus à une époque plus ou moins avancée de la gestation, et sont expulsés plus ou moins longtemps après. L'hydrométrie de l'amnios a surtout des effets fâcheux pour le fœtus. On conçoit qu'elle expose la femme aux ruptures utérines, et après l'accouchement aux hémorrhagies passives par inertie; cependant rien n'est encore démontré à cet égard.

L'art est à peu près impuissant contre cette maladie; une fois déclarée, rien ne peut guère en entraver la marche. Lorsque, la distension de l'utérus étant considérable, les femmes éprouvent une grande anxiété, lorsque les digestions et l'hématose sont troublées ou empêchées par la compression et le refoulement, vers la poitrine, de l'estomac et du diaphragme, il devient urgent d'évacuer les eaux de l'amnios. Pour cela, on ponctionnera la poche amniotique par le vagin et à travers le col, ce qui est, sans contredit, préférable à la ponction faite entre l'ombilic et le pubis, conseillée par Camper et par Scarpa.