

4° ICTÈRE PAR ÉMOTION MORALE. — Depuis bien longtemps on a remarqué qu'une violente émotion (frayeur, colère, etc.), pouvait provoquer l'apparition légère d'une jaunisse survenant tout d'un coup ou seulement au bout de quelques heures, de préférence chez les personnes nerveuses et impressionnables, et en particulier chez les femmes hystériques, au moment de la menstruation, chez les herpétiques, les alcooliques, etc.

Parfois, l'ictère est plus tardif et ne survient qu'au bout de quelques jours, après un trouble des fonctions digestives; il se rapproche alors, tant par sa durée que par ses caractères, de l'ictère catarrhal ordinaire.

Dans le premier cas, il s'agit d'une rétention brusque de la bile par *spasme du canal cholédoque*, comme l'ont démontré les expériences de Laborde sur l'excitabilité des canaux biliaires, et les recherches de Oddi qui a trouvé à l'entrée du canal cholédoque une couche de fibres lisses formant un véritable sphincter indépendant de la tunique musculaire de l'intestin et dont le rôle serait de régler l'écoulement périodique de la bile et de prévenir la pénétration du contenu intestinal dans les voies biliaires.

Dans le second cas, l'impression morale a produit — d'une part, des troubles et une diminution de résistance du côté du tube digestif qu'infectent des micro-organismes d'un embarras gastrique (Potain); — d'autre part, le relâchement du sphincter du canal cholédoque (Doyon, Lancereaux) favorisant la pénétration des agents infectieux du duodénum dans le canal cholédoque et la production d'un ictère catarrhal.

5° L'ICTÈRE EST FRÉQUENT CHEZ LES NOUVEAU-NÉS. — Il peut, sans nul doute, se rattacher à diverses causes, telles que: embarras gastrique et catarrhe des voies biliaires, érysipèle du cordon ombilical, etc. Mais il est un ictère qui leur est spécial, et qui tient à un arrêt de développement des voies biliaires; la mort survient en deux ou trois jours avec des hémorragies multiples et des convulsions.

L'ictère du nouveau-né peut encore dépendre d'une infection purulente, relevant elle-même d'une phlébite ombilicale.

6° ICTÈRE HÉMAPHÉIQUE. — Sous ce nom, Gubler a décrit des ictères survenant par suite de la non-transformation des pigments sanguins en pigments biliaires. Cet ictère s'observerait — 1° quand la déglobulisation est exagérée (affections bilieuses des pays chauds, empoisonnements); — 2° quand le foie a perdu son pouvoir de transformer le pigment sanguin en pigment biliaire (cancer, cirrhose, stéatose et surtout saturnisme).

C'est à l'ictère hémaphéique que l'on rattache le plus souvent l'ictère des nouveau-nés, qui se développe quelques heures ou quelques jours après la naissance et disparaît rapidement. On l'attribue à la congestion hépatique, à la ligature tardive du cordon (Porak).

L'ictère hémaphéique diffère de l'ictère ordinaire ou biliphéique par le peu d'intensité de coloration de la peau, par l'absence de troubles circulatoires ou digestifs: enfin l'urine est jaune ambré, elle tache le linge en couleur jaune et, par l'acide nitrique, elle donne une coloration acajou (et non verte).

L'hémaphéisme semble dû à la présence dans l'urine de divers pigments, et particulièrement d'une petite quantité de bilirubine, mélangée à une grande quantité d'urobiline (voy. *Urobilinurie*, p. 167).

Sémiologie. — Nous venons de voir que l'ictère est un symptôme commun à des états pathologiques très divers. Dans les uns il n'est qu'un épiphénomène sans importance: telles sont les teintes ictériques ou subictériques observées chez les gens atteints de maladies du cœur, dans le cours de la pneumonie, de l'infection purulente, des fièvres palustres, etc.: dans ces diverses circonstances, la constatation de cette teinte peut indiquer un état congestif du foie, mais elle ne fournit que bien peu d'éléments au diagnostic et au pronostic.

Cette réserve faite, examinons les cas les plus ordinaires.

Voici un ictère bien prononcé qui est survenu chez une personne d'un certain âge qui, tout d'un coup, probablement deux ou trois heures après son repas, a été prise de douleurs fort vives dans l'hypochondre droit et l'épigastre, douleurs suivies de vomissements: l'ictère ne s'est manifesté que plusieurs heures après la crise; vous diagnostiquez aisément l'obstruction du canal cholédoque par un



*calcul*. Si la douleur a disparu, c'est que le calcul est arrivé dans l'intestin ; filtrez les matières, vous y trouverez le corps du délit. Si les douleurs persistent, le calcul est encore engagé.

L'ictère est survenu, sans accompagnement de fièvre (Lancereaux) chez une personne qui souffre peu, mais qui, depuis quelques jours, éprouve des symptômes d'embarras gastrique avec *tuméfaction non douloureuse du foie et de la rate* : il s'agit d'un *ictère catarrhal*.

L'ictère est survenu tout à coup chez une personne bien portante, mais nerveuse, à la suite d'une colère, d'une frayeur, d'une vive émotion : les circonstances dans lesquelles il se produit, le bon état de la santé générale, l'augmentation peu marquée ou nulle du foie, l'absence de tuméfaction de la rate, vous apprennent qu'il s'agit d'un *ictère par émotion morale*.

Voici un malade qui, depuis un ou deux semaines ou seulement depuis deux ou trois jours, présente les symptômes d'un catarrhe gastro-intestinal avec ictère, lorsque vous constatez une aggravation notable dans son état : sa température s'élève à 40°, il ne dort plus, son pouls est petit, fréquent, irrégulier, sa jaunisse se marbre de plaques bleuâtres, il survient des hémorrhagies par le nez, les muqueuses utérine, digestive, etc. ; enfin il est pris de délire, de convulsions, et il tombe dans un coma, bientôt mortel : c'est un *ictère grave*.

Quelquefois les symptômes s'amendent, puis après une apparente guérison, survient une rechute : c'est ce qu'on appelle quelquefois la *maladie de Weil*, bien que ce type évolutif ait été décrit, pour la première fois, par Lancereaux en 1882.

Rappelons encore que l'ictère grave est loin d'être toujours mortel et guérit assez souvent : dans ces cas, la convalescence est toujours lente.

— A côté de ces ictères passagers, se placent les ictères chroniques. Si le foie est gros, non déformé, la rate normale, les matières fécales décolorées, l'ictère verdâtre ou noir, on pensera à une *obstruction permanente des voies biliaires*, particulièrement par calcul.

Si la rate est volumineuse, les matières colorées, l'état général bon, ce sera la *cirrhose hypertrophique biliaire*.

Dans les cas où le foie est bosselé, irrégulier, on devra faire le diagnostic entre le *cancer du foie* (surface marronnée), la *syphilis hépatique* (foie fisselé) et le *kyste hydatique* (tumeur bien circonscrite et unique).

Il n'y a pas de traitement proprement dit pour l'ictère, car c'est la cause qui doit être combattue.

Nous avons décrit, plus haut, p. 186, l'épreuve de la glycosurie alimentaire.

#### 10. — ASCITE.

On donne le nom d'*ascite* à l'accumulation de sérosité dans le péritoine <sup>1</sup>.

**Pathogénie.** — L'ascite peut se produire sous quatre ordres d'influences <sup>2</sup> :

<sup>1°</sup> *Par obstacles à la circulation de la veine porte.* — Ces obstacles augmentent la tension du sang dans les radicules originelles de cette veine, et ce surcroît de tension produit la transsudation des parties les plus fluides du sang, c'est-à-dire de la sérosité. Or, les principales origines de la veine porte se trouvant dans l'intestin, il en résulte qu'une partie de la sérosité est évacuée sous forme de diarrhée et qu'une autre s'accumule dans le péritoine pour former l'ascite.

Les entraves à la circulation de la veine porte sont créées : soit, par les *maladies du foie* (cirrhose, cancer, kystes), par les maladies de la rate, du pancréas, des ganglions mésentériques ; soit par l'*inflammation* de la veine porte ; soit par les *maladies du cœur*. Dans ce dernier cas, la veine cave inférieure est la première atteinte et il en résulte un œdème des membres inférieurs ; mais la gêne s'étend de proche en proche jusqu'aux veines hépatiques (qui sont un affluent de la veine cave et par suite de la veine porte). Dans d'autres cas les affections cardiaques déterminent de l'ascite en produisant une véritable cirrhose hépatique.

1. Le mot *ascite* vient de *ἀσκής*, outre en raison de la ressemblance que présente avec une outre le ventre distendu par de la sérosité.

C'est à tort que l'ascite est décrite dans la plupart des livres de pathologie médicale, car elle est un symptôme et non une maladie spéciale.

2. Voyez, pour les détails, l'article consacré aux *hydropisies en général*, t. I, p. 518.



2° *Par altérations du sang.* — Dans ce cas, l'ascite coïncide avec un œdème plus ou moins généralisé et avec des hydro-pisies dans d'autres cavités séreuses ; cette ascite s'observe dans le *mal de Bright*, et dans d'autres *cachexies*, etc.

3° *Par altérations du péritoine.* — Elles produisent l'ascite de deux façons différentes : — soit par le fait d'une *inflammation* : ainsi, dans toute péritonite, il se fait une accumulation de liquide dans le péritoine, mais ce liquide est plutôt désigné sous le nom d'*épanchement* que sous celui d'ascite ; — soit par le fait de *néoplasmes* développés sur cette séreuse : ainsi les cancers, les tubercules du péritoine troublent sa circulation au point de déterminer une ascite qui n'atteint pas, il est vrai, les dimensions colossales des ascites mécaniques.

4° *L'ascite peut être idiopathique*, c'est-à-dire ne se rattacher à aucune altération saisissable des tissus ou du sang. Cette forme rare (dont l'existence est même contestée par plusieurs auteurs) a été observée à la suite d'un *refroidissement* ou de l'ingestion de *boissons glacées*, après une suppression ou un arrêt du flux menstruel. On a supposé que, le froid resserrant les capillaires sur lesquels il est appliqué, le sang est refoulé vers les vaisseaux profonds et les congestionne au point de déterminer l'ascite. Mais souvent ces prétendues ascites idiopathiques ne sont que des péritonites chroniques, pouvant d'ailleurs avoir une évolution favorable.

**Anatomie pathologique.** — L'étude anatomique de l'ascite comprend : 1° l'étude du liquide épanché ; 2° l'étude du péritoine dans lequel se trouve logé ce liquide.

1° *Liquide.* — La quantité de liquide contenu dans le péritoine est en moyenne de 8 à 10 litres, mais peut varier de 1 à 30 litres et même davantage. Ce liquide, dont la densité est très élevée (1005 à 1024) et la réaction légèrement alcaline, est transparent, jaune citrin, plus rarement opalescent et légèrement oléagineux ; il contient une assez forte proportion d'albumine pure ou à l'état d'albuminate de soude ; cependant il en contient moins que le sérum du sang dont il présente, par ailleurs, tous les autres caractères <sup>1</sup>.

1. La présence de l'albumine distingue le liquide de l'ascite de

On n'y trouve de la fibrine que dans deux circonstances : lorsque le péritoine a été enflammé ou lorsque du sang s'est mélangé à la sérosité, ce qui arrive fréquemment lorsqu'il existe un cancer.

Assez souvent, surtout dans les cas de cirrhose, on y a trouvé de la glycose ; on y trouve toujours de l'urée, et elle est même abondante dans les ascites brightiques.

Enfin, on a décrit sous le nom d'*ascite chyloforme* ou *laiteuse* des cas dans lesquels le péritoine contenait un liquide blanc, jaunâtre, d'une densité très élevée (1148 en moyenne), intermédiaire par sa composition, entre le liquide ascitique vulgaire et le pus dont il se rapproche par sa richesse en graisse et sa pauvreté en matières albuminoïdes. Cet épanchement chyloforme a été attribué par Lancereaux, et dans certains cas seulement, à l'infection du sang par la filaire ; pour Letulle et Courtois-Suffit, il serait formé par le déchet des sécrétions d'une inflammation chronique du péritoine, de nature tuberculeuse.

2° *Péritoine.* — Le péritoine est blanchâtre, opalin, dépoli : il a en quelque sorte macéré dans le liquide ascitique. Lorsque l'ascite est produite par une maladie du péritoine, cette membrane présente les traces d'une inflammation aiguë ou chronique, des granulations tuberculeuses, des plaques cancéreuses, etc.

Est-il nécessaire d'ajouter que l'on trouve à l'autopsie les lésions viscérales qui ont engendré l'ascite (maladies du foie, du cœur, du péritoine, etc.) ?

**Symptômes.** — Sauf des cas très exceptionnels, comme l'ascite *a frigore* ou l'oblitération brusque de la veine porte par une phlébite, l'accumulation du liquide dans le péritoine s'effectue d'une façon lente et graduelle. Le malade s'en aperçoit au volume de son ventre qui augmente tous les jours.

*Inspection.* — S'il est debout, l'hypogastre et les fosses iliaques forment un relief anormal qui disparaît lorsqu'il se

celui des kystes hydatiques, qui ne donne point d'albumine à l'ébullition et qui offre toujours une transparence parfaite, comparable à celle de l'eau de roche.



couche, mais alors les flancs s'élargissent ; s'incline-t-il sur un des côtés, la saillie du ventre se dessine dans le point le plus déclive ; en somme, *le liquide se déplace suivant les lois de la pesanteur.*

Si la quantité de liquide est considérable, le ventre peut dépasser trois ou quatre fois ses dimensions normales, mais il reste étalé et ne devient pas globuleux comme cela s'observe dans la grossesse ou les kystes de l'ovaire ; de plus, on voit la cicatrice ombilicale se soulever et former une petite hernie molle, fluctuante et transparente.

La *palpation*, pendant que le malade parle, peut faire percevoir des vibrations (en tous points semblables aux vibrations thoraciques) au début des ascites, alors que les feuillets commencent à se mouiller, et avant que le liquide ne soit collecté dans les parties déclives (de Brun).

*Percussion.* — L'ascite modifie la sonorité du ventre : ainsi la percussion donne un son mat dans tous les points occupés par le liquide ; la matité est d'autant plus complète que le liquide est plus abondant <sup>1</sup>. Lorsque le malade est couché, la matité est à son maximum vers les flancs et l'hypogastre, tandis que les régions ombilicale et épigastrique sont le siège d'une sonorité tympanique due à la présence des intestins qui surnagent à la surface du liquide et viennent se placer dans les points les plus élevés. C'est par une transition graduelle que l'on passe des parties mates aux parties sonores, et en modifiant la position du malade on change la situation respective de la matité et de la sonorité.

La *fluctuation* est un des signes les plus caractéristiques de l'ascite ; elle peut même s'accompagner de la *sensation de*

1. Un épanchement très peu abondant peut échapper à la percussion, l'abdomen restant sonore dans toute son étendue ; cependant, en faisant incliner le tronc d'un côté on peut y réunir le liquide et obtenir un peu de matité. Racle conseille de placer le malade à quatre pattes, ce qui a pour résultat de collecter l'épanchement au niveau de l'ombilic. Au contraire, une collection considérable détermine une matité complète, car les intestins, entourés par le liquide, sont éloignés de la paroi abdominale.

*flot* <sup>1</sup>. Fluctuation et sensation de flot ne sont naturellement perceptibles que dans les parties mates : pour cela, une main étant appliquée à plat sur un des côtés du ventre, on frappe légèrement avec l'autre sur le côté opposé, et la première reçoit alors la sensation d'un choc ou d'une ondulation <sup>2</sup>.

Chez la femme, on peut pratiquer le toucher vaginal ; on constate alors l'abaissement de l'utérus, des culs-de-sac vaginaux, et une mobilité anormale du col.

*Symptômes de voisinage.* — La peau du ventre est lisse, distendue, parfois œdématiée. Il existe une certaine *gêne respiratoire* par le fait du refoulement du diaphragme ; de la *constipation* par compression des intestins ; une difficulté dans la digestion et quelquefois des nausées et des vomissements. Il existe aussi une *diminution de la sécrétion urinaire*, qui tient moins à la compression des vaisseaux du rein qu'à la déperdition de liquide que l'ascite fait éprouver à l'organisme. Il existe souvent de l'*œdème des membres inférieurs* ; cet œdème tient soit à la même cause que l'ascite, soit à la compression exercée sur la veine cave inférieure par le liquide épanché dans le péritoine.

Lorsque la tunique vaginale communique avec le péritoine il survient une hydrocèle qui se distingue de l'hydrocèle ordinaire en ce que, dans la position horizontale ou par la simple pression, le liquide reflue dans l'abdomen ; généralement, dans ce cas, les divers sacs tuniques du scrotum sont infiltrés de sérosité.

1. Il est souvent utile qu'un aide applique le long de la ligne blanche le bord cubital de la main, afin d'arrêter la transmission des ondulations musculaires que l'on pourrait confondre avec celles du liquide. Si le liquide est peu abondant, les deux mains qui cherchent la fluctuation doivent être placées à peu de distance l'une de l'autre.

2. Michel Lévy a fait connaître un autre signe qui existerait, même dans les épanchements peu abondants : c'est le *cercle ondulatoire* qui parcourt instantanément la paroi abdominale, quand elle est percutée brusquement par le doigt, cercle semblable à celui que produit un caillou jeté dans l'eau.



**Marche.** — Elle est extrêmement variable suivant les cas. L'ascite idiopathique, qui est des plus rares, peut guérir en quelques semaines par la résorption du liquide épanché. Les autres ascites suivent les destinées des maladies qui les engendrent : ainsi elles se développent lentement, mais, une fois établies, il est fort rare de les voir rétrograder. Toutefois, par le repos, par les purgatifs, par les diurétiques, on peut conjurer pendant longtemps leur grand développement, et cela malgré l'état stationnaire de la maladie qui les produit.

Lorsqu'on évacue le liquide par une *ponction*, il se reproduit à peu près constamment, mais plus ou moins vite suivant la cause qui le produit.

**Diagnostic.** — Il comprend deux points : — A. Reconnaître l'ascite ; — B. Déterminer sa cause.

A. RECONNAÎTRE L'ASCITE. — Nous avons déjà indiqué les signes auxquels on reconnaît l'ascite ; mais il est plusieurs maladies qui présentent avec elle de nombreux traits de ressemblance et dont il faut mettre en relief les caractères distinctifs. Ces maladies sont : — 1° les kystes de l'ovaire ; — 2° la grossesse ; — 3° la vessie distendue.

1° *Kystes de l'ovaire.* — Symptôme d'une affection organique (cirrhose, maladie du cœur, mal de Bright, etc.), l'ascite accompagne leurs autres manifestations ; elle est précédée ou suivie de troubles sérieux dans la santé générale, tandis que les kystes de l'ovaire s'observent chez des femmes dont la santé est souvent parfaite.

Dans l'ascite, le ventre est étalé et l'ombilic très saillant ; dans le kyste, le ventre est globuleux comme dans la grossesse, et l'ombilic normal. Dans l'ascite, la percussion donne de la matité dans la région lombaire et de la sonorité au niveau de la région ombilicale ; dans le kyste, les régions lombaire et épigastrique sont sonores, tandis que la partie antérieure de l'abdomen est mate, ce qui donne une matité à convexité supérieure. De plus, en modifiant la position du malade, on reconnaît que les parties élevées deviennent sonores, et les parties déclives mates, lorsqu'il existe une ascite (car le

liquide obéit à l'action de la pesanteur) ; tandis que ces changements ne modifient guère la situation respective de la sonorité et de la matité lorsqu'il s'agit d'un kyste. De plus, l'utérus est plutôt abaissé par l'ascite, tandis qu'il est surélevé par le kyste.

Malgré ces nombreux caractères différentiels, Cruveilhier, Boinet, West, rapportent de mémorables exemples d'erreurs de diagnostic ; il faut donc apporter dans cet examen la plus scrupuleuse attention. — Rappelons qu'une légère couche d'ascite peut compliquer les kystes.

2° *Grossesse.* — L'utérus gravide forme une tumeur dure, arrondie, globuleuse, occupant la ligne médiane ; à l'auscultation on entend les bruits du cœur du fœtus, à partir de 4 mois 1/2 ; le toucher vaginal permet de constater le ramollissement du col utérin, etc.

3° On a vu la *vessie distendue par l'urine* occuper la presque totalité de l'abdomen, et comme le malade urine par regorgement, on a cru tantôt à une ascite, tantôt à un kyste de l'ovaire ; mais il suffit de pratiquer le cathérisme pour dissiper toute erreur.

B. Déterminer la cause de l'ascite. — L'ascite reconnue, il faut en découvrir les causes :

1° L'ascite liée à une *maladie de foie* n'est pas ordinairement précédée de l'œdème des membres inférieurs et elle s'accompagne de la dilatation des veines sous-cutanées de l'abdomen ; le foie présente les altérations de la cirrhose atrophique, du cancer, etc.

2° L'ascite liée à une *maladie du cœur* est généralement précédée de l'œdème des membres inférieurs et du scrotum ; de plus, l'auscultation du cœur lève tous les doutes.

3° L'ascite du *mal de Bright* est le plus souvent précédée de l'œdème des paupières et d'autres régions ; les caractères de l'urine qui est albumineuse, les troubles de la vue, les douleurs lombaires éclairent le diagnostic.

4° En l'absence de toute lésion viscérale appréciable, surtout si l'ascite s'est développée brusquement à l'occasion d'un refroidissement, etc., on pourrait penser à une *ascite idio-*



*pathique*, mais en réservant le diagnostic, tant cette forme est rare.

5° L'ascite peut succéder à une inflammation du *péritoine* et, dans ce cas, elle est précédée de douleurs abdominales, de vomissements, de fièvre, et elle s'accompagne fréquemment d'un bruit de frottement (comparable aux frottements pleuraux). Cette inflammation étant bien rarement primitive, il faut rechercher si elle se rattache à la tuberculisation ou à un cancer; la tumeur cancéreuse est souvent reconnaissable à la palpation, sinon son existence ne peut qu'être soupçonnée d'après l'état cachectique du malade<sup>1</sup>.

Lorsqu'elle se rattache à la tuberculose, comme cela est fréquent chez les enfants, son début est marqué par quelques troubles digestifs plus ou moins vagues, tels que diarrhée légère, vomissements, etc., et ne va guère sans un certain amaigrissement et sans quelques poussées fébriles; puis le ventre se développe progressivement, et, au bout de quelques semaines on constate tous les signes physiques d'une ascite libre dans la grande cavité péritonéale, et présentant souvent des alternatives d'augmentation et de régression. Il est à noter qu'il ne se développe pas de circulation veineuse collatérale (tout au moins apparente), ce qui représente un signe différentiel avec les cirrhoses du foie, d'ailleurs rares chez les enfants. Lorsqu'on se donne la peine de rechercher d'autres manifestations de la tuberculose, on trouve souvent des signes de pleurésie sèche aux deux bases, mais surtout à la droite. Marfan a signalé la présence presque constante de l'indican dans les urines.

— L'étude cytologique des épanchements péritonéaux n'a pas fourni jusqu'ici de résultats bien importants, au point de vue du diagnostic. Il semble cependant que les ascites d'origine

1. L'œdème de la paroi abdominale peut donner lieu à une matité uniforme et générale, mais non susceptible de déplacements. Mais, dans ce cas, la pression du doigt produit une empreinte qui ne s'efface que lentement, l'ombilic est profondément déprimé, il n'y a pas de fluctuation; dans certains cas, et surtout dans les maladies du cœur, l'œdème de la paroi abdominale s'unit à l'ascite.

mécanique, de même que les pleurésies des cardiaques et des brightiques, contiennent surtout des placards endothéliaux. D'après Tuffier et Milian, dont les dires ont été confirmés par Grenet et Vitry, la constatation de grosses cellules vacuolaires en voie de dégénérescence permettrait de porter le diagnostic de kyste, plus facilement que les modifications des albumines et de la fibrine. D'après Grenet et Vitry, la réaction uniquement lymphocytaire de la séreuse péritonéale ne serait pas pathognomonique de la péritonite tuberculeuse, mais pourrait se retrouver dans le cancer du péritoine.

**Pronostic.** — Les maladies qui produisent l'ascite étant toutes fort graves et à peu près incurables, on conçoit combien est fâcheux le pronostic qu'entraîne la présence de ce symptôme. Il faut savoir cependant que l'ascite est une forme bénigne de la péritonite tuberculeuse, et, en tout cas, la plus curable.

**Traitement.** — Les diurétiques et les purgatifs drastiques constituent le fond de la médication dirigée contre l'ascite; on remarquera que dans les ascites par gêne dans la circulation de la veine porte (maladies du foie), les diurétiques sont sans utilité.

Les *diurétiques* les plus usités sont les sels de potasse et surtout le nitrate de potasse à la dose de 1 à 5 grammes dans la tisane de chiendent; la scille en poudre (0,10 à 0,40), en teinture (1 à 4 gr.), en oxymel (8 à 30 gr.), etc.; la digitale en poudre (0,05 à 0,50), en infusion, en teinture, en sirop; la théobromine; la lactose, etc.<sup>1</sup>.

Les *purgatifs* les plus employés sont la scammonée, le jalap, l'aloès, le sirop de nerprun, la gomme-gutte, etc. On les emploie surtout dans les ascites dépendant d'une affection cardio-pulmonaire.

Les *sudorifiques* ont été également employés (jaborandi, pilocarpine, bain d'air sec, acétate d'ammoniaque, etc.).

Le régime lacté aide puissamment l'action des purgatifs et des

1. Si les voies digestives ne permettent pas l'usage interne de la scille ou de la digitale, on pourrait les employer en applications topiques sur l'abdomen, car elles conservent encore ainsi leur action diurétique.



diurétiques, surtout en raison de sa pauvreté en chlorures, d'après Vidal et Lemierre.

En tout cas, convient-il de faire usage d'aliments non salés.

Il peut être utile, dans certains cas, de recourir à un régime tonique, capable de soutenir les forces épuisées par la transsudation séreuse (fer, quinquina, sulfate de quinine, arsenic).

On a usé aussi de la compression abdominale.

Quelle que soit la cause de l'ascite, *si l'asphyxie est imminente, il faut pratiquer une ponction* vers le milieu de la ligne qui s'étend de l'ombilic à l'épine iliaque gauche, après s'être assuré que cette région est mate et qu'il ne s'y trouve pas de veines volumineuses. Après la ponction et l'évacuation du liquide, la petite ouverture ayant été recouverte de nuages superposés de coton hydrophile arrosés de collodion ou de stérésol, on enlace l'abdomen d'un bandage médiocrement serré.

## LIVRE X

(FORMANT ANNEXE AUX LIVRES VII ET IX).

### CHAPITRE PREMIER

#### Sémiologie de l'abdomen dans son ensemble.

Pour la facilité de l'étude, l'abdomen a été artificiellement divisé en *neuf régions secondaires* par deux lignes verticales, montant des épines iliaques antérieures et inférieures vers le thorax, et par deux lignes horizontales passant, la supérieure au niveau des dernières côtes, et l'inférieure au niveau des crêtes iliaques. Il en résulte donc neuf espaces divisés en *trois étages*.

L'ÉTAGE SUPÉRIEUR comprend : au milieu, l'*épigastre* placé au-dessous de l'appendice xiphoïde et correspondant à l'estomac ; sur les côtés, les *hypochondres* presque cachés par le rebord inférieur de la cage thoracique et recouvrant la rate à gauche, le foie à droite.

L'ÉTAGE MOYEN comprend, au milieu : la *région ombilicale* qui répond à l'intestin grêle ; et, sur les côtés, le *flanc* ou *région lombaire* occupé en grande partie par les côlons ascendant et descendant.

L'ÉTAGE INFÉRIEUR présente : au milieu, la *région hypogastrique* ou *hypogastre*, occupée par l'intestin grêle et par la vessie ou la matrice, lorsque ces organes sont distendus par l'urine ou par la grossesse ; sur les côtés, les régions ou *fosses iliaques* renfermant le cæcum et l'appendice à droite, l'S iliaque à gauche.

La PEAU de l'abdomen est mince, souple, mobile, sauf au niveau de l'ombilic ; chez les gens bien musclés et peu chargés d'embonpoint, on voit s'y dessiner les muscles droits. Lorsque la peau de l'abdomen a été distendue par la grossesse ou par quelque affection abdominale, elle présente des *éraillures* dites *vergetures*, provenant de la déchirure des fibres élastiques du derme.

L'abdomen est gros et globuleux chez les jeunes enfants ; dans