

douleurs plus vives, une évolution plus rapide; ni avec la *carcinose miliaire aiguë du péritoine* (voy. plus loin).

La forme chronique est difficilement confondue avec la *péritonite chronique non tuberculeuse*, type rare, associé non à une autre tuberculose viscérale, mais à une néphrite, à une cardiopathie ou à l'alcoolisme, qui, du reste, engendre souvent aussi la péritonite tuberculeuse.

La forme ascitique par contre rappelle souvent beaucoup la *cirrhose atrophique*. Quand celle-ci est typique, le foie est atrophié et la rate grosse; l'ascite, mobile et récidivante, coïncide avec un réseau veineux surtout sus-ombilical; il n'y a ni fièvre, ni tuberculose pleuro-pulmonaire. Mais, à vrai dire, la tuberculose se greffe souvent sur la cirrhose, dont le syndrome se complique alors de fièvre, de douleurs abdominales et de pleurésie des bases.

Les *hépatites tuberculeuses et alcooliques* peuvent compliquer et masquer la péritonite tuberculeuse; leur diagnostic repose sur l'atrophie ou l'hypertrophie du foie, sur le syndrome clinique et urologique de l'insuffisance hépatique.

La *syphilis du foie et du péritoine*, qui pourrait en imposer pour une péritonite tuberculeuse, sera dépistée grâce aux commémoratifs, aux stigmates cutanés ou autres, à l'apyrexie et à l'épreuve thérapeutique.

Les *grands kystes abdominaux* (hydatiques ou ovariens) simulent parfois, à s'y méprendre, une ascite cloisonnée. Ils en diffèrent par la longue intégrité de l'état général et par l'habituelle apyrexie.

L'*origine néoplasique* de l'ascite est reconnaissable à ses caractères propres (voy. *Ascite*).

Les *adénopathies tuberculeuses du mésentère (carreau)*, compliquées, en général, de péritonite, se développent chez les enfants dits lymphatiques.

L'hésitation est rarement permise entre une *grossesse* et une péritonite tuberculeuse, l'association des deux états est pourtant possible.

Le *ventre rachitique* est globuleux, mou, pâteux, contrairement à celui de la péritonite, qui est ovalaire, tendu, rénitent. La *dyspepsie gastro-intestinale chronique des nourrissons* et des jeunes enfants se traduit par un gros ventre tympanique rappelant le ventre rachitique.

Le *ventre tympanisé* est partout également sonore et élastique.

Le *péritonisme hystérique*, apyrétique, capricieux, illogique, coïncide avec les stigmates de la névrose.

Le diagnostic avec le cancer du péritoine sera étudié au chapitre suivant.

L'examen bactériologique de l'épanchement, quand il est possible; au besoin, l'épreuve de la tuberculine, donneront une plus grande rigueur au diagnostic.

V. — CANCER DU PÉRITOINE

Signes étiologiques. — Exceptionnellement primitif, le cancer du péritoine est bien plus souvent secondaire: soit à une tumeur de l'un des viscères abdominaux, par propagation; soit à un néoplasme éloigné, par géné-

ralisation. La carcinose miliaire aiguë succède probablement toujours à une inoculation brusque et massive de la séreuse.

Signes cliniques. — La péritonite cancéreuse est aiguë ou chronique. *Aiguë*, elle tue en quelques semaines avec de la fièvre et des troubles nerveux, sans signes abdominaux. *Chronique*, elle se traduit par de l'ascite et une cachexie rapide. Au début, on note: de l'anorexie, des alternatives de diarrhée et de constipation, puis des douleurs abdominales et des vomissements. Le malade maigrit, son ventre se météorise, puis est envahi par une ascite, souvent abondante, habituellement hémorragique et cloisonnée. Après la ponction, des tumeurs ou des plaques caractéristiques deviennent accessibles au palper. On peut constater: des signes de compression, de péritonite secondaire; des adénopathies cancéreuses cervicales, inguinales ou trachéo-bronchiques. En quelques semaines ou quelques mois, les progrès de la cachexie sont très rapides et entraînent finalement la mort dans le marasme.

Évolution. — La forme aiguë tue en quelques semaines, avant que le diagnostic clinique ait pu être posé.

La forme chronique, apyrétique et progressive, présente une durée qui varie de un mois à un an, abrégée quelquefois par une complication; péritonite par perforation, pneumonie, cancer pleuro-pulmonaire, embolie, etc.

Diagnostic. — L'obscurité du début, la prédominance des troubles viscéraux le rendent fréquemment hésitant. Les signes rappellent parfois ceux de la *péritonite tuberculeuse*; mais celle-ci, fébrile, frappe des sujets jeunes porteurs de foyers tuberculeux primitifs; évolue lentement, sans grande douleur, avec des rémissions. Sa forme aiguë est cependant presque inévitablement confondue avec la carcinose miliaire aiguë. Le cancer du péritoine prête encore à confusion avec les *kystes abdominaux* (ovaire, hydatides); mais l'indolence de ces derniers, la lenteur de leur marche, la longue intégrité de l'état général ne permettent pas une longue erreur.

L'ascite sanglante n'indique pas toujours un cancer du péritoine, puisqu'elle peut ressortir à la tuberculose, au mal de Bright, à une cirrhose ou à une tumeur abdominale. Cliniquement, il est impossible d'affirmer qu'un cancer du péritoine est primitif.

VI. — ASCITE

Signes cliniques. — Ascite (*ασκος*, outre) signifie épanchement de sérosité dans la cavité péritonéale. Suivant la cause de l'épanchement, le liquide présente des caractères très variables.

Signes physiques. — Le début est tantôt soudain, tantôt lent et insidieux. Le ventre est volumineux et saillant, tombant quand le malade est debout, large et étalé (*ventre de batracien*) quand il est couché. La peau en

est tendue et luisante, amincie ou œdématisée; elle laisse apercevoir un riche réseau veineux suppléant à l'insuffisance du système porte obstrué. Les fosses iliaques sont le siège de *vergetures* roses, violettes, puis blanches.

A la *palpation*, le ventre offre, surtout dans les régions déclives, une résistance élastique. Quand le péritoine communique avec la tunique vaginale, le scrotum peut être rempli de liquide (hydrocèle).

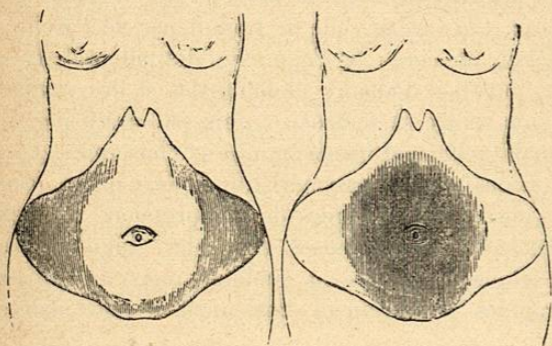


FIG. 180. — Résultats comparés de la percussion abdominale dans l'ascite et le kyste de l'ovaire (la matité est figurée par des zones sombres), d'après Spillmann et Hanshelter.

A la *percussion*, les régions déclives (hypogastre et flancs, dans le décubitus) sont mates et les régions supérieures (épigastre) sonores. La matité se déplace avec les changements d'attitude du malade, occu-

pant, par exemple, le flanc déclive, dans le décubitus latéral. De petits coups secs frappés sur l'un des flancs se transmettent à la main appliquée au flanc opposé, sous forme de chocs ondulatoires caractéristiques (*sensation de flot*); encore mieux, si on appuie sur la ligne blanche un plan résistant capable d'arrêter les vibrations pariétales.

Signes fonctionnels. — La compression du tube digestif se traduit par la dyspepsie, la constipation, le ballonnement après les repas; celle de la vessie, par la dysurie et la pollakiurie; le refoulement du diaphragme entraîne la dyspnée; la compression des veines profondes, l'œdème des membres inférieurs. D'autres signes variables sont imputables à la maladie causale (cardiopathies, cirrhoses, néphrites, etc.).

Une *ascite très minime* se trahit par des signes physiques très légers, révélée seulement parfois, chez la femme, par le toucher vaginal qui constate l'abaissement de l'utérus et la mobilité anormale du col.

Les *ascites très abondantes* (jusqu'à 15 à 30 litres) provoquent des troubles fonctionnels quelquefois menaçants. La respiration n'est plus possible que dans la posture demi-assise; la paroi est tendue au maximum et mate à peu près partout; la cicatrice ombilicale dépliée forme une saillie conique fluctuante.

Les *ascites partielles* ou *cloisonnées*, limitées par des adhérences et des néo-membranes de péritonite, déterminent peu de troubles fonctionnels, se traduisant à la percussion par des zones mates relativement fixes entremêlées de zones sonores.

Étude du liquide. — La couleur du liquide varie du jaune clair à un jaune presque bilieux; il est alcalin, très fluide et ne se prend pas en gelée par le refroidissement. Les réactifs usuels y décèlent de l'*albumine* (absente

dans le liquide hydatique), d'autant plus que le liquide est plus dense (0,03 à 0,06 pour 1000).

Histologiquement, les liquides ascitiques contiennent des hématies et des granulations graisseuses; la centrifugation permet parfois d'y déceler des cellules épithéliales vacuolaires, plus ou moins volumineuses et dégénérées, caractérisant une tumeur abdominale, cause de l'ascite.

L'*ascite d'origine mécanique* est limpide, peu dense, peu colorée, sans dépôt, très pauvre en albumine (0,03 à 0,041 pour 1000), en fibrine (presque nulle) et en éléments figurés.

Le liquide des *ascites liées à la cirrhose*, clair, citrin, à reflets verdâtres, contient 0,37 à 2,68 pour 1000 d'albumine.

Le liquide de la *péritonite chronique*, filant, un peu trouble, dégageant une odeur de fromage rance, renferme 5,36 à 4,25 pour 1000 d'albumine, des hématies et des leucocytes en grand nombre. L'examen bactériologique sur lamelle, après l'emploi des procédés inoscopiques, ne donne guère de résultat; l'inoculation au cobaye (sous la peau ou dans le péritoine) peut être instructive.

Quand l'*ascite complique une tumeur abdominale*, le liquide, très coloré, comme mêlé de bile, contient de 5,36 à 5,71 pour 1000 d'albumine et dépose beaucoup d'éléments figurés, leucocytes infiltrés de graisse et cellules irrégulières à noyau entouré de nombreuses granulations.

Liquides hémorragiques. — Reconnaisables à l'œil nu, ces liquides indiquent, en général, une infiltration cancéreuse ou tuberculeuse du péritoine.

Liquides chyliformes. — Leur aspect rappelle celui du lait étendu ou très condensé. Fluides, un peu visqueux, d'une densité de 1005 à 1148, ces liquides se divisent, par le repos (en quelques jours), en une couche inférieure claire et une supérieure crémeuse, ils résistent longtemps à la putréfaction.

L'aspect lactescent reconnaît des *origines variables*:

1° Très grande *richesse en leucocytes* (rare);

2° *Richesse en graisse* (habituel), démontrée par l'éclaircissement du liquide sous l'influence de l'éther et par la présence, sous le microscope, de grosses granulations réfringentes que l'acide osmique colore en noir et que dissout une goutte d'éther déposée sur les côtés de la lamelle. On attribue ces épanchements soit à une rupture du canal thoracique, soit à une phlegmasie péritonéale, avec dégénérescence graisseuse des cellules;

3° *Présence de granulations très fines*, animées de mouvements browniens, de nature probablement albuminoïde;

4° *Présence de filaires* dans le sang (voy. *Filariose*).

La *valeur clinique* des épanchements chyliformes est encore incertaine. Ils indiquent seulement soit une rupture du canal thoracique, soit une péritonite chronique.

Liquides gélatineux. — Le liquide extrait par ponction est parfois ambré, colloïde et très filant; on doit soupçonner alors une tumeur abdominale ou un kyste de l'ovaire.

Liquides purulents. — Louches, blanchâtres, parfois franchement purulents ou teintés de sang, ces liquides, dégageant en d'autres cas une odeur

fétide ou gangreneuse, sont l'indice d'une infection péritonéale aiguë ou subaiguë. Leur examen bactériologique se pratique, comme celui des épanchements pleuraux (voy. *Pleurésies*), sur lamelles (généralement positif), par cultures et par inoculations. Les espèces habituellement décelées sont : le *streptocoque*, le *staphylocoque* (associé), le *pneumocoque* et le *coli-bacille*. La recherche du *bacille de Koch* est faite par *inoscopie* (voy. p. 448), comme dans les liquides pleuraux.

Causes. — On divise les ascites, suivant leurs causes, en trois grandes classes :

1° Les *ascites veineuses d'origine mécanique*, par obstruction de la *veine porte* (pyléphlébites; tumeurs du foie, des ganglions, du hile, de la rate, du pancréas; cirrhoses; cancer, kyste du foie) ou de la veine cave (cardiopathies, grossesse, tumeurs abdominales, pneumopathies);

2° Les *ascites par inflammation ou irritation du péritoine*; celles des péritonites chroniques, tuberculeuses, cancéreuses ou non;

3° Les *ascites dyscrasiques* associées à d'autres hydropisies (anasarque des néphrites et des cachexies).

En réalité, toute ascite reconnaît des causes complexes. A l'origine mécanique des ascites cirrhotiques, se joint l'irritation toxique du péritoine. L'état du foie influe sur les ascites cardiaques et aussi sur celles de la péritonite tuberculeuse. On ignore encore les causes des ascites dyscrasiques.

Les ascites inflammatoires traduisent la réaction défensive de la séreuse contre l'infection. L'ascite des tumeurs abdominales tient soit à l'irritation du péritoine, soit à la rupture ou à la transsudation séreuse (kystes de l'ovaire).

Diagnostic. — On se gardera de confondre l'ascite avec : la *surcharge graisseuse* ou l'*œdème* de la paroi abdominale; la *rétenion d'urine* avec distension (cathétérisme), les *kystes abdominaux*. Le *kyste ovarique*, révélé par un ventre globuleux et asymétrique, attire l'utérus en haut et altère peu l'état général; il est cependant l'objet de fréquentes erreurs. Les grandes hydropisies de la vésicule biliaire ou du rein (hydronéphrose) ne prêtent qu'exceptionnellement à confusion.

Tumeurs et kystes pouvant se compliquer d'ascite, l'examen clinique et l'analyse du liquide devront apprécier la part des uns et de l'autre.

Sémiologie. — Quand l'ascite est un élément secondaire, sa cause est souvent évidente (asystolie, anasarque, cachexie, péritonite tuberculeuse). Lorsqu'elle est isolée ou au premier plan, son origine est moins claire.

Dans les *cirrhoses du foie*, l'ascite, indolente, à début insidieux, à progression lente, reparaît vite après ponction; comporte un réseau veineux collatéral sus-ombilical, un foie petit et une rate généralement grosse.

Dans les *pyléphlébites* (adhésives surtout), l'ascite, très rapide, reparaissant aussitôt après ponction, correspond à un énorme réseau collatéral, à une rate considérable et à d'autres signes de thrombose porte (gastrorragies, entérorragies, diarrhée).

Dans les *cardiopathies*, l'ascite, succédant à l'œdème des membres infé-

rieurs, coïncide avec des signes de stase hépatique et pulmonaire, et d'hyposystolie.

Les *compressions de la veine cave inférieure* déterminent une ascite très analogue à la précédente.

Au cours du *mal de Bright*, l'ascite, modérée et tardive, coïncide avec des œdèmes typiques, des signes d'urémie et de l'albuminurie.

Peu considérables, les *ascites dyscrasiques*, associées à d'autres œdèmes, compliquent principalement les *cachexies* : cancer, syphilis, paludisme, leucémie, dysenterie chronique, suppurations prolongées, mal de Bright.

Les *ascites péritonitiques* sont l'objet de fréquentes erreurs de diagnostic.

La *tuberculose péritonéale* se reconnaît aux conditions suivantes : jeunesse relative du malade; tuberculose concomitante des plèvres, des poumons ou des ganglions du mésentère ou du médiastin; marche aiguë fébrile (granulie; forme pleuro-péritonéale subaiguë) ou marche lente et guérison, tantôt graduelle, spontanée, tantôt rapide, après ponction; constatation d'un réseau veineux collatéral sous-ombilical, et, après ponction, de gâteaux péritonéaux; cloisonnement fréquent de l'épanchement. L'examen inoscopique ou l'inoculation du liquide au cobaye vérifient le diagnostic.

La nature de l'*ascite cancéreuse* est rarement reconnue avant la ponction qui extrait un liquide hémorragique contenant parfois des éléments cancéreux (isolables par centrifugation), et, à la suite de laquelle on sent souvent soit la tumeur, soit des ganglions infiltrés.

L'*ascite des tumeurs abdominales* donne souvent la sensation du *ballotement*, ou, si la tumeur est liquide, de *double fluctuation*, c'est-à-dire d'une fluctuation d'abord superficielle, puis profonde, par pression profonde; le liquide, souvent hémorragique, contient des éléments néoplasiques. On pratiquera une laparotomie exploratrice que les circonstances pourront rendre curatrice.

La cause de l'*ascite liée à la péritonite non tuberculeuse* sera soupçonnée grâce aux signes de la maladie primitive (alcoolisme, néphrite ou cardiopathie).

Le diagnostic sera complété par l'*étude du liquide* (voy. plus haut).