

plus tard apparaissent les symptômes de compression et ce n'est qu'après plusieurs années que la maladie aboutit à la phase *cachectique*, perte de l'appétit, amaigrissement progressif, affaiblissement, perte des forces; œdèmes périphériques.

L'apparition des symptômes fébriles, fièvre et frissons, est l'indice de la purulence d'un ou de plusieurs kystes. Les sueurs et la diarrhée complètent le tableau de l'hecticité, cet état aboutit au marasme et à la mort.

La rupture d'un kyste hydatique dans le péritoine est souvent accompagnée d'*urticaire* et de symptômes de péritonite qui ne sont pas toujours mortels.

Ce qui fait l'excessive gravité des kystes hydatiques du péritoine, c'est qu'ils sont presque toujours *multiples*, et à supposer que l'un d'eux puisse guérir, soit spontanément, soit par intervention chirurgicale, les autres kystes continuent leur évolution et deviennent un jour ou l'autre la cause des accidents que nous venons de signaler.

Diagnostic. — Le diagnostic des kystes hydatiques du péritoine se heurte à des difficultés extrêmes; les indurations, les saillies, les tumeurs que forment les hydatides ressemblent aux indurations et aux tumeurs des péritonites tuberculeuse et cancéreuse. Tantôt les kystes donnent la sensation de tumeurs molles, fluctuantes, tantôt elles donnent l'impression des tumeurs indurées et adhérentes aux organes voisins. « On conçoit que la tumeur hydatique ait été prise pour la tumeur distendue par l'urine, pour l'utérus gravide, pour des tumeurs fibreuses fibro-kystiques, pour des collections péri-utérines, pour des trompes kystiques, ou des kystes de l'ovaire. » (Soupault.) La ponction aspiratrice est en somme le seul moyen d'arriver au diagnostic.

Traitement. — Le traitement est bien loin de donner ici les résultats qu'on obtient avec les kystes du foie, et la raison, c'est que les kystes du péritoine sont multiples, d'âges différents, se développant les uns après les autres, et à opposer que, par ponction aspiratrice ou par laparotomie, on

arrive à obtenir la guérison du kyste principal, ou de deux ou trois kystes principaux, il est bien à craindre que les autres kystes n'entrent à leur tour en évolution : *Uno avulso, non deficit alter.*

§ 8. ASCITE

Étiologie. — L'*ascite* est l'hydropisie du péritoine; elle est primitive ou secondaire¹. L'*ascite primitive*, celle qui surviendrait sous l'influence du *froid*, ou sans cause apparente, a été alternativement admise et rejetée par les auteurs; on a vu ce qu'il faut en penser, au chapitre de la *Péritonite tuberculeuse*. L'*ascite secondaire* est consécutive à des troubles mécaniques et à des troubles dyscrasiques. L'*ascite* s'observe à tous les âges, même chez le jeune enfant². Les troubles *mécaniques* sont ceux qui opposent un obstacle à la circulation dans les vaisseaux portes, cirrhose atrophique du foie, pyléphlébite, compression de la veine porte par tumeurs du péritoine, tumeurs du foie, de la rate, du pancréas, du mésentère³. Les troubles *dyscrasiques* sont ceux qu'on observe dans la maladie de Bright et dans les cachexies.

Anatomie pathologique. — La quantité de liquide épanché dans le péritoine peut atteindre 15 et 20 litres : on a même cité des cas de 50 litres et au delà. Le liquide a tous les caractères des liquides des hydropisies; il est transparent, fluide, légèrement citrin; il contient de l'albumine en petite quantité.

Description. — J'ai décrit les symptômes et les signes de l'*ascite*, au sujet de la cirrhose atrophique de Laënnec, et au sujet de la péritonite tuberculeuse à forme ascitique, aussi je renvoie à ces maladies, afin d'éviter les répétitions. Je dirai seulement que la *marche* et la *durée* de l'*ascite* sont

1. Jaccoud. *Klin. méd.*, Paris, 1887.

2. Barès. *Ascite chez l'enfant*, Th. de Paris, 1887.

3. Augagneur. *Tumeurs du mésentère*, Th. d'agrég. Paris, 1886.

subordonnées à sa cause. Dans quelques cas (tuberculose, cirrhose alcoolique hypertrophique), l'ascite peut guérir sans intervention chirurgicale; mais le plus souvent elle est persistante, et le liquide est soumis à des oscillations qui se terminent rarement par la guérison. Le *diagnostic* de l'ascite comprend le diagnostic du symptôme et de la cause. On ne confondra pas l'ascite avec un *kyste de l'ovaire*, avec la *distension de la vessie* par l'urine, avec la *péritonite chronique*. Le diagnostic de la *cause* n'est souvent possible qu'après l'évacuation du liquide. Le traitement de l'ascite a été exposé au chapitre de la cirrhose atrophique. On n'oubliera pas de pratiquer le *cyto-diagnostic*, bien que les résultats soient moins précis quand il s'agit d'ascite que quand il s'agit de pleurésie.

§ 9. ASCITE CHYLEUSE, CHYLIFORME, LACTESCENTE

L'étude clinique et histologique des épanchements lactescents du péritoine a fait connaître des variétés intéressantes. Contrairement à l'opinion des anciens auteurs, on ne peut pas toujours invoquer le passage direct du chyle dans la cavité péritonéale pour expliquer cette ascite. Outre l'ascite chyleuse proprement dite, il y a une ascite chyliforme, d'apparence laiteuse. Dissemblables dans leur nature intime, ces diverses formes d'ascite sont à peu près identiques comme évolution; c'est pourquoi la distinction doit rester purement histo-chimique; elle n'a guère d'importance sur le terrain de la clinique et de l'anatomie pathologique. Aussi croyons-nous utile d'adopter une dénomination unique, celle d'*ascite lactescence*, employée par Vidal.

Historique. — C'est en 1700 que nous trouvons les premières observations d'ascite lactescence. Vernage¹ fait une communication à l'Académie royale des sciences sur un cas

1. Vernage. *Mémoires de l'Académie royale*, 1700.

d'hydropisie singulière. On venait de découvrir les vaisseaux chylifères et on fut vite porté à considérer l'épanchement chyleux péritonéal comme provenant de la rupture d'un chylifère. Depuis, plusieurs observations furent publiées; mais ces faits étaient restés isolés; on ne les avait ni réunis ni comparés, on n'en avait tiré aucune déduction relative à leur pathogénie. En 1874, Guéneau de Mussy¹, à propos de deux cas d'épanchement pleural analogue à une émulsion grasseuse, attribue l'aspect du liquide à la transformation grasseuse des leucocytes et des exsudats fibrineux. A cette opinion se rallient Veil² et Letulle³. En 1880, Debove⁴ conclut à l'existence d'une variété spéciale d'épanchement formé de graisses émulsionnées et tout à fait distinct des épanchements séreux, séro-fibrineux et purulents. Cette théorie est soutenue dans la thèse de Mad. Perrée⁵. En 1896, Strauss⁶ donne une observation typique d'ascite chyleuse due à la communication des chylifères avec la cavité péritonéale, communication qui avait été reconnue pendant la vie au moyen d'une expérience ingénieuse, reproduite par Depoix⁷. Lion⁸ décrit une nouvelle variété d'ascite qui n'a de commun avec le chyle que l'aspect laiteux, rien dans sa composition ne rappelant ce liquide organique; la coloration est due à la présence d'une albumine spéciale voisine de la caséine. D'autres observations viennent à l'appui de

1. Guéneau de Mussy. *Leçons cliniques*, t. I, p. 658.

2. Veil. *Étude sur la pathogénie des ascites chyliformes*. Th. de Paris, 1882, n° 21.

3. Letulle. Note sur un cas d'épanchement chyliforme du péritoine chez un enfant. *Revue de médecine*, 1884, p. 722.

4. Debove. *Bull. de la soc. méd. des hôp.*, 1881, p. 49.

5. Mad. Perrée. *Étude sur les épanchements chyliformes du péritoine*. Th. de Paris, 1881, n° 582.

6. Strauss. Sur un cas d'ascite chyleuse. *Arch. de physiol.*, t. VII, 1886, p. 567.

7. Depoix. *Étude des épanchements chyliformes du péritoine*. Th. de Paris, 1889, n° 119.

8. Lion. Note sur un cas d'ascite laiteuse non chyleuse. *Arch. de méd. expér.*, 1893, p. 627.