

MALADIES DU PÉRITOINE

Par M. COURTOIS-SUFFIT

Médecin des Hôpitaux.

CHAPITRE PREMIER

ASCITE

On donne le nom *d'ascite* ou *d'hydropéritonie* à l'épanchement de liquide dans la cavité péritonéale. Symptôme commun à nombreuses maladies différentes, l'ascite emprunte à chacune d'elles des caractères symptomatiques spéciaux et une valeur seméiologique particulière.

ÉTUDE GÉNÉRALE — SYMPTOMATOLOGIE

Le début de l'ascite est, dans la très grande majorité des cas, latent et insidieux. Il est parfois très difficile de le fixer d'une manière précise lorsque l'épanchement est définitivement constitué. L'augmentation de volume du ventre se produit lentement, se complète de jour en jour et ne se traduit guère au début pour le malade que par la nécessité où il se trouve d'élargir ses vêtements au niveau de la ceinture. Il se plaint d'une gêne intra-abdominale, d'une tension pénible surtout après les repas, d'une pesanteur inaccoutumée. D'autres fois, l'ascite débute brusquement et se développe avec rapidité.

Ces différents modes de début dépendent d'ailleurs essentiellement de son origine.

Période d'état. — Symptômes physiques. — Vue. — Ce qui frappe d'abord, c'est l'augmentation de volume du ventre et par suite le changement survenu dans sa forme. Le ventre d'un ascitique est volumineux, saillant : le liquide s'accumulant progressivement dans les parties inférieures, les flancs s'étalent (ventre de batracien), et les anses intestinales distendues par les gaz sont refoulées en haut, d'où l'élévation du diaphragme, la dilatation et l'élargissement par la base de la cage thoracique.

La peau du ventre est tendue, lisse, quelquefois éraillée, vergeturée comme pendant la grossesse; elle est souvent amincie à un degré extraordinaire et luisante, ou bien épaissie et œdématisée. Des veines plus ou moins nombreuses développées pour la circulation collatérale, serpentent à sa surface. Elles sillonnent la peau, à la face profonde de laquelle elles se creusent parfois de

véritables rigoles. Le siège de ces cordons veineux diffère et peut aider à diagnostiquer la cause de l'ascite.

La cicatrice ombilicale s'étale et s'efface, disparaît complètement, « laisse passer au delà des plans aponévrotiques une certaine quantité de liquide et vient faire une véritable hernie fluctuante et translucide là où existait autrefois la dépression ombilicale » (Besnier). La déformation du ventre est symétrique.

Il y a tous les degrés dans les changements de forme de l'abdomen, depuis la simple saillie de l'hypogastre visible seulement quand le malade est debout, jusqu'à cet élargissement extrême où la peau tendue au maximum semble sur le point d'éclater; ces variations sont dues à la quantité plus ou moins considérable du liquide épanché.

Chez l'homme, quand le conduit vagino-péritonéal ne s'est pas complètement oblitéré, l'ascite peut s'accompagner d'une hydrocèle symptomatique parallèle en quelque sorte, dont le liquide, suivant la position du malade, fuse de la vaginale vers le péritoine ou du péritoine vers la vaginale.

Palpation. — Lorsque le liquide est abondant, il met par son abondance même obstacle à la palpation des parties profondes; ce n'est qu'après son évacuation que l'on peut reconnaître s'il existe dans l'abdomen quelque chose d'anormal susceptible d'expliquer l'ascite, une tumeur par exemple. Dans tout autre cas, on ne perçoit à la main qu'une surface lisse et tendue.

Percussion. — Le phénomène le plus important est celui de la *fluctuation*, mais sa perception ressortit à la fois aux deux modes d'exploration, palpation et percussion. Quand l'épanchement a atteint un certain degré, il suffit d'appliquer la main à plat sur un des flancs, tandis qu'avec l'autre main on percuté à petits coups le côté opposé, pour percevoir une sensation d'ondulation ou de choc; il se peut même faire que durant ces manœuvres on voie se dessiner sur la sphère abdominale une véritable ondulation qui, partant des points percutés, va aboutir aux points opposés. Dans les cas où l'épanchement est très peu abondant, la fluctuation devient douteuse et demande pour être perçue sûrement une main très exercée.

La percussion seule donne des renseignements très importants. Si le sujet est dans le décubitus horizontal, la matité occupe la région hypogastrique et à sa limite supérieure sur un plan horizontal, lequel se relève sur les parties latérales de façon à former une courbe à concavité supérieure plus ou moins accentuée; la sonorité se retrouve dans la région ombilicale; si l'on observe dans le décubitus latéral, la matité existe surtout dans la fosse iliaque et dans le flanc du côté déclive, tandis que la sonorité occupe la fosse iliaque et le flanc du côté opposé.

Il est des cas où le liquide ne se meut que difficilement dans la cavité abdominale et ne peut suivre exactement les règles que nous venons de signaler. Dans toutes les ascites un peu considérables, on peut constater de la matité de la région lombaire.

Le toucher vaginal ne doit jamais être omis. Il permet de distinguer d'abord l'abaissement de la matrice et des culs-de-sac vaginaux, puis la diminution de poids de l'utérus (Tripier) et la mobilité caractéristique du col (Scanzoni).

Ces trois signes permettraient de reconnaître l'existence d'un épanchement péritonéal peu considérable (200 ou 500 grammes).

Symptômes fonctionnels. — Les symptômes que présente le malade sont

de deux ordres. Les uns sont liés à l'ascite et sont d'autant plus intenses que l'épanchement est plus abondant, les autres sont sous la dépendance de la maladie causale. Nous ne signalerons que les premiers.

Ce sont des troubles de compression produits par l'accumulation du liquide et par le refoulement excentrique des viscères contenus dans sa cavité ou dans les cavités voisines. A mesure que le niveau du liquide s'élève et que la circulation des matières et des gaz devient plus difficile dans le tube digestif, la tympanite se prononce davantage et les anses intestinales refoulées et distendues compriment le foie et la rate, élargissent la base du thorax, repoussent en haut le diaphragme et diminuent ainsi le diamètre vertical de la cavité thoracique. D'où dyspnée pulmonaire et cardiaque avec toutes ses conséquences: gêne fonctionnelle des organes abdominaux, aggravation du mauvais état des voies digestives, inertie intestinale et vomissements, compression de la vessie avec troubles de la miction, gêne circulatoire dans la veine cave par pression directe ou indirecte du liquide épanché, et œdème de la paroi abdominale et des membres inférieurs....

Ces accidents, que l'accumulation progressive du liquide rend inévitables et rapidement menaçants, empêchent la station, la marche, le décubitus horizontal et la position assise. Le malade ne peut conserver que la position intermédiaire, le tronc relevé, soutenu en haut et en avant par des oreillers; il est alors en proie à une dyspnée extrême, prêt à l'asphyxie, menacé de suffocations ou de syncopes.

Marche. Durée. Terminaison. — Le symptôme ascite n'est qu'un rideau derrière lequel se cache une autre maladie. Son évolution est donc essentiellement différente et mobile; et l'on ne peut donner qu'une formule moyenne, aussi bien pour l'exposé de ses symptômes que pour l'étude de son évolution.

On peut admettre les formes indiquées par Besnier, en les considérant toutefois comme essentiellement schématiques:

1° L'ascite débute brusquement et se développe avec rapidité.

2° Elle naît sourdement et n'évolue qu'avec une extrême lenteur. Puis on peut concevoir entre ces deux groupes opposés toutes les variétés intermédiaires: début brusque et évolution lente, début trainant et évolution suraiguë. En règle générale, l'ascite est apyrétique, à évolution lente, sujette souvent à des oscillations, pouvant offrir des périodes d'augment et de déclin, mais faisant presque toujours partie du tableau d'ensemble d'une maladie chronique, elle emprunte sa gravité à la nature de sa cause.

Elle est ou mortelle ou curable. Nous aurons à fixer ultérieurement dans quelles conditions elle agit de l'une ou l'autre façon.

Anatomie pathologique. — Il faut envisager successivement deux éléments: 1° l'état du péritoine, 2° la nature du liquide qu'il renferme.

1° *Péritoine.* — A l'ouverture du ventre, on remarque tout d'abord l'amincissement considérable de la paroi abdominale, l'atrophie et la décoloration des couches musculaires sous-cutanées, la dissociation des fibres aponévrotiques. La paroi étant ouverte, on voit la masse intestinale encore soulevée et flottante au milieu du liquide accumulé dans les parties déclives, puis des désordres particuliers et variables de la séreuse; le péritoine est pâle, mince, lisse, véritable phénomène de *lavure* (Sébileau), ou bien il est rouge, vascularisé,

phénomène d'irritation; couvert de néo-membranes simples ou stratifiées, c'est l'inflammation; tapissé d'un semis cancéreux, blindé de noyaux carcinomateux.

Les viscères offrent des altérations spéciales. Ce sont surtout des changements de situation, de forme et de volume. Ils sont disloqués, d'où les erreurs fréquentes dans l'appréciation de leurs dimensions et de leur siège pendant la vie.

On a signalé, lorsque l'ascite a duré longtemps, le rétrécissement et le raccourcissement d'une partie du tube digestif, puis la déformation et l'atrophie des méésentères et des épiploons, du foie, de la rate.

2° *Liquide*. — Le liquide n'a pas, dans tous les cas d'ascite, les mêmes caractères; on peut établir deux grandes classes: les ascites simples ou vulgaires, les ascites composées ou spéciales (Sébileau).

Nous signalerons les principaux caractères de chacune d'elles:

ASCITE SIMPLE

Dans ce cas le liquide est clair, limpide, transparent, citrin, parfois plus foncé, jaune verdâtre, un peu trouble et louche.

Il est fluide, de consistance plus onctueuse que l'eau. Sa quantité est très variable, de quelques grammes à 50 litres; il est plus pesant que l'eau (1005 à 1024) et moins que les liquides pleuraux; il mousse par l'agitation. Il est faiblement alcalin dans la majeure partie des cas et quelquefois neutre.

Il contient de l'eau, des substances minérales, des matières albuminoïdes, de la fibrine et des éléments figurés: le plasma sanguin et les liquides pleurétiques sont plus riches que lui en albumine et en fibrine; généralement la fibrine est en petite quantité; parmi les albumines ce sont surtout la sérine et l'hydropisine que l'on rencontre. Quelques auteurs prétendent que l'on n'y trouve jamais de paralbumine, ce qui serait important pour le diagnostic avec les kystes de l'ovaire. Les sels les plus importants sont le chlorure de sodium et les sels solubles de soude.

Les matières fixes existent dans le liquide péritonéal en quantité très variable, et ces différences pourraient avoir une grande importance clinique.

Voici un tableau (thèse de Willemin, d'après Frerichs et Letulle) qui montre ces variations et leur valeur séméiologique.

Analyse de l'ascite (p. 1000).

MALADIES	MATÉRIAUX SOLIDES	MATIÈRES ALBUMINOÏDES	SELS MINÉRAUX	FIBRINE
Cardiopathie.	17,60	41,80	7 à 9	0,10 à 0,15
Cirrhose.	20,40 à 24,80	10,10 à 15,40		
Péritonite chronique simple.	55	58,6	?	?
Cirrhose compliquée de péritonite légère.	55 à 55	42	?	?
Cirrhose: poussée péritonéale aiguë; ascite curable (Letulle).	51	60	5,25	0,25

Des flocons de fibrine coagulée sont l'indice d'une péritonite générale ou partielle; la péritonite est assurée si l'analyse chimique décèle une proportion élevée de fibrine, de matériaux solides, de substances albuminoïdes.

Il est rare que les liquides ascitiques ne contiennent pas quelques éléments figurés, leucocytes, globules rouges, cellules endothéliales, mais généralement ces éléments sont en trop petite quantité pour modifier l'état général du liquide.

ASCITES SPÉCIALES OU COMPOSÉES

1° *Ascite chyliforme*. — Liquide opaque, blanc ou blanc jaunâtre. Il ressemble à du lait, à du chyle; on l'a comparé à un looch (Debove) ou à une émulsion d'amandes (Lancereaux). Il est fluide, peu visqueux, homogène. Exposé à l'air pendant quelques jours, il perd son homogénéité, et, à la surface, s'étale comme une crème plus ou moins épaisse. Cet aspect est dû à la présence de graisse émulsionnée; celle-ci se montre sous la forme de gros globules, ou de fines granulations.

Le liquide est presque toujours alcalin, quelquefois neutre. Sa densité varie. La moyenne serait de 1005 à 1055 (Sébileau). Depoix (thèse, Paris, 1889) donne le chiffre moyen de 1148 (sur 18 examens).

D'après les analyses pratiquées sur de semblables liquides, M. Letulle est arrivé à cette conclusion: qu'en fait de matières grasses, de tous les liquides épanchés dans les séreuses, c'est l'épanchement chyliforme qui se rapproche le plus de la composition du pus, c'est lui qui est le moins riche en matières albuminoïdes. Donc, l'hydropisie laiteuse tient le milieu entre le liquide ascitique vulgaire et le pus; pauvre en sels comme le premier, pauvre en matières albuminoïdes et riche en graisse comme le second.

La pathogénie des ascites chyliformes n'est pas encore connue. Des opinions nombreuses ont été émises tour à tour; aucune n'est tout à fait satisfaisante. Guéneau de Mussy pensait que l'hydropisie laiteuse n'était que du pus modifié et lentement transformé, par liquéfaction des leucocytes, en une émulsion grasseuse. M. Debove, sans en chercher quand même l'explication théorique, constate ce fait que dans les grandes séreuses un épanchement peut se produire *d'emblée*, sans transformation des globules de pus, ni épanchement du chyle. Pour Klebs et M. Duplay, les graisses que contient le liquide viennent de la dégénération des cellules endothéliales de la séreuse ou de celles d'une tumeur contenue dans sa cavité. Pour M. Lancereaux, qui a soutenu cette opinion dans son Traité d'anatomie pathologique et dans un récent travail lu à l'Académie des sciences, l'ascite chyliforme aurait une origine parasitaire; elle serait due, non pas toujours, mais dans certains cas, à la présence dans l'économie de la filaire du sang. Pour M. Letulle, l'ascite chyleuse est d'origine phlegmasique, et suppose toujours une inflammation chronique du péritoine. C'est l'opinion que nous croyons la plus vraisemblable; nous pensons que l'on peut assimiler les ascites grasseuses aux empyèmes grasseux et les expliquer de la même façon. Cette transformation des épanchements paraît être une loi pour les lésions tuberculeuses, où qu'elles siègent, qu'il s'agisse d'abcès froids, d'abcès ossifluents, de pleurésie tuberculeuse.... Dans tous ces cas l'aspect grasseux de l'épanchement est très fréquent; et l'on peut admettre avec