

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 boudin, 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, suragent 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 percute 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 hydrophisies. 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'hydrophisie 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'hydrophisie 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 hydropsie 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'hydropsie 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 péricône, à la présence de tubercules miliaires. Nonobstant cette altération, quelques malades se rétablissent momentanément, et sont emportés plus tard par une récurrence 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 déboulé, 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 granuleuse à laquelle elle succomba; à l'autopsie, on trouva, indépendamment

des lésions cérébrales, un grand nombre de granulations miliaires dans le péricône, 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 hydropsies; 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 Cruch, 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