

7° Il y a peu ou point de fièvre, et l'abdomen n'est pas sensible, sauf au niveau du foie.

8° Vous serez souvent aidés dans votre diagnostic par d'autres indices d'affection hépatique, tels qu'augmentation ou diminution de volume, présence de nodules, sensibilité au niveau du foie, ictère, flatulence, etc.; mais rappelez-vous aussi que tous ces signes peuvent manquer ou être mal définis.

9° Le liquide obtenu par la paracentèse est une sérosité claire, jaune paille, d'une densité entre 1012 et 1016, et contenant une grande quantité d'albumine, mais ni urée, ni sang, ni produits inflammatoires.

Nous avons maintenant à examiner quelles sont les affections du foie qui sont le mieux de nature à déterminer l'ascite. Et tout d'abord, il faut faire remarquer qu'il y a certains états morbides du foie qui ne donnent que rarement lieu à l'ascite. Le foie gras (v. p. 46) et l'hypertrophie simple (p. 53) ne l'occasionnent jamais quand il n'y a pas de complication, et la congestion simple, bien rarement (p. 136), à moins qu'il n'y ait obstruction mécanique de la circulation dans la poitrine. L'abcès (pp. 171, 189) et la tumeur hydatique (pp. 56, 104) n'amènent pas d'épanchement péritonéal, sauf dans les cas rares où la tumeur exerce une pression directe sur le tronc de la veine porte, où il y a rupture du kyste, ou s'il survient une péritonite.

L'ascite accompagne plutôt la dégénérescence cirreuse ou amyloïde du foie (p. 31) qu'aucune autre des affections de cet organe que je vais indiquer, mais même encore dans ces deux maladies elle est rare. Frerichs ne l'a constatée que 8 fois sur 23 cas, et dans 4 de ces 8 cas elle était due à une péritonite aiguë intercurrente (1). Quand elle n'est pas d'origine inflammatoire, elle est probablement due à l'engorgement cirieux des ganglions lymphatiques de la scissure du foie, comprimant le tronc de la veine porte, ou à une péritonite ou une cirrhose concomitante (pp. 31, 45). On comprend que la dégénérescence cirreuse du foie puisse ne pas s'accompagner d'ascite, parce que ce sont les branches de l'artère hépatique et non celles de la veine porte qui sont impliquées dans la maladie. L'épanchement péritonéal dû à une dégénérescence cirreuse du foie se reconnaîtra aux caractères suivants (v. aussi p. 29) :

1° Le foie est augmenté de volume; il est résistant, indolent, et sa surface est unie, mais nodulée dans de très-rare cas (pp. 30, 45).

2° Augmentation de volume de la rate.

3° Grande quantité d'albumine dans l'urine, avec peu ou pas d'anasarque, et ces autres caractères de l'urine que je vous ai indiqués dans ma leçon sur l'affection cirreuse du foie (pp. 32, 33). Toutefois, dans

(1) *Op. cit.*, p. 433, 2^e éd. de la traduction française.

cette maladie, l'albuminurie n'est pas constante. Depuis que je vous ai fait la leçon dont il s'agit, vous avez eu l'occasion de voir dans les salles deux cas d'engorgement cirieux considérable du foie et de la rate où les reins étaient si peu intéressés qu'il n'y avait pas d'albumine dans l'urine.

4° Anémie profonde.

5° Symptômes antérieurs ou actuels d'affection osseuse ou articulaire, d'ulcère suppurant, de phthisie ou de syphilis constitutionnelle.

Les affections du foie qui donnent le plus communément lieu à l'obstruction porte avec ascite sont :

1° La cirrhose et les autres formes de l'hépatite interstitielle;

2° Le cancer du foie;

3° La périhépatite;

4° La thrombose ou l'obstruction du tronc de la veine porte.

Dans la pratique, c'est surtout aux deux premières que vous aurez affaire; les autres se présentent beaucoup plus rarement.

1° Ascite par hépatite interstitielle.

La cirrhose et les autres formes de l'hépatite interstitielle sont de beaucoup les causes les plus ordinaires de l'obstruction porte avec ascite consécutive. Il ne faut pas oublier que dans ces cas le foie n'est pas nécessairement rétracté, et que même l'étendue de sa matité peut être considérablement augmentée. Les caractères cliniques de l'ascite par hépatite interstitielle ont été présentés ailleurs (v. pp. 143, 287).

2° Ascite déterminée par un cancer du foie.

Le cancer du foie est souvent accompagné d'épanchement dans le péritoine, mais la quantité de liquide est ordinairement petite, comparée à celle qu'on observe dans la cirrhose; d'autre part le foie est dans la plupart des cas gros et nodulé. Dans bien des cas, l'ascite a une origine inflammatoire et est accompagnée de douleur, de sensibilité et autres symptômes de péritonite pendant la vie; quant au liquide, il contient des flocons de lymphe, et même du sang par suite de la rupture de la capsule qui recouvre quelques-uns des amas cancéreux.

La présence de nodules isolés de cancer peut déterminer une augmentation considérable du volume du foie sans qu'il y ait pour cela de l'ascite, si la circulation porte se fait encore suffisamment dans les parties saines de la substance glandulaire qui entoure les points cancéreux. L'ascite ne se produit guère dans ces cas que si le tronc de la veine porte est comprimé dans la scissure porte par des ganglions lymphatiques cancéreux, par une production cancéreuse partie de la substance même du foie, ou par le tissu connectif de nouvelle formation qui

résulte de la périhépatite (V. obs. LXXXVI, p. 223). Mais dans le cancer infiltré, les divisions intrahépatiques de la veine porte sont détruites à mesure que la lésion progresse, et par suite, lorsque celle-ci s'étend partout, il y a presque toujours de l'ascite.

J'ai indiqué ailleurs (v. p. 216) les caractères cliniques de l'ascite résultant d'un cancer du foie.

3° Ascite résultant de périhépatite.

Lorsque la lymphe plastique exsudée dans la scissure porte s'organise, elle peut exercer une certaine constriction sur le tronc de la veine porte et donner lieu à tous les phénomènes de l'obstruction porte. En général cette formation de tissu connectif s'étend à toute la surface du foie et aussi dans son intérieur, et y développe une des formes de l'hépatite interstitielle que j'ai déjà signalée. Mais la périhépatite est bien plus souvent consécutive à une affection du foie telle que la cirrhose ou le cancer. Quand elle est primitive, elle est ordinairement d'origine syphilitique. D'après le docteur Fagge, on observerait à Guy's Hospital un cas mortel d'ascite par périhépatite pour cinq d'hydropisie par cirrhose, et l'urine est beaucoup plus souvent albumineuse dans le premier cas que dans l'autre (1).

4° Ascite par thrombose ou obstruction du tronc de la veine porte.

Sous l'influence de diverses causes, il peut se former dans la veine porte des caillots qui en obstruent la circulation.

a. Une lésion des tuniques de la veine peut déterminer la formation de ces caillots. On a prétendu à un moment que les caillots, dans la veine porte aussi bien que dans les autres parties du système veineux, résultaient presque toujours d'une inflammation des tuniques de la veine, c'est-à-dire d'une phlébite; mais dans l'état présent de nos connaissances, il est douteux que l'inflammation des parois de la veine (indiquée par l'épaississement, l'adhérence de son contenu, etc.) ne soit pas souvent la conséquence plutôt que la cause de la coagulation. Toutefois on a cité un nombre considérable de cas où la calcification des parois de la veine porte a transformé la veine en un tube étroit et rigide qui dès lors a été bouché subitement par un caillot. Vous trouverez un cas intéressant de ce genre rapporté par le docteur Andrew Clark dans le 18^e volume des *Pathological Transactions* (p. 61), et bon nombre d'indications de cas analogues réunis par Frerichs (2).

b. Bien des cas de thrombose du tronc de la veine porte sont consé-

(1) *Guy's Hosp. Rep.*, 1875, t. XX.

(2) *Op. cit.*, p. 703.

cutifs à des affections de la substance glandulaire du foie qui amènent l'obstruction ou la destruction des divisions du vaisseau : c'est ainsi qu'agissent les diverses formes d'hépatite interstitielle et le cancer infiltré. L'obstruction dans ces cas débute par les ramifications et s'étend au tronc de la veine.

c. La thrombose de la veine porte peut être l'effet de la compression exercée sur la veine par un engorgement ganglionnaire cancéreux (pp. 216, 465), ou cirieux (pp. 443, 463), ou tuberculeux, par le tissu connectif d'une périhépatite ancienne (pp. 284, 464), des tumeurs se projetant du foie, ou des tumeurs du pancréas, de l'épiploon, etc. Si la compression est assez forte, le vaisseau peut être aplati et ses parois se trouver apposées; plus généralement la compression ne fait que retarder la circulation et favoriser la coagulation.

d. Enfin, dans certains cas, la thrombose de la veine porte paraît résulter d'un simple affaiblissement de la circulation ou d'une disposition anormale du sang à la coagulation.

Les symptômes de thrombose du tronc de la veine porte sont ceux que je vous ai déjà décrits (p. 287) comme résultant de l'obstruction ou de l'oblitération des ramifications du vaisseau dans l'atrophie chronique, mais sous une forme exagérée. Ce sont :

1° Développement rapide d'une ascite des plus intenses, nécessitant souvent la paracentèse pour parer à l'asphyxie et se reproduisant immédiatement après l'opération.

2° Développement rapide des veines superficielles de l'abdomen qui ressemblent à des cordes.

3° Vomissements et diarrhée incessants.

4° Dans bien des cas, hémorragies abondantes par l'estomac et les intestins. C'est même parfois le premier et le plus important symptôme, et le malade meurt par syncope avant que l'ascite ait eu le temps de se produire, etc.

5° Augmentation de volume de la rate.

6° L'obstruction du tronc de la veine porte est dans la plupart des cas rapidement mortelle; mais si elle ne l'est pas, elle amène l'atrophie du foie (1). Un foie atrophie peut ainsi être la cause ou l'effet de l'obstruction porte.

Je me suis efforcé, dans les considérations qui précèdent, de vous présenter succinctement, et peut-être un peu dogmatiquement, les caractères distinctifs de l'ascite suivant les différentes causes qui lui donnent naissance. Il faut vous rappeler cependant que, dans la pra-

(1) Voyez, par exemple, un cas rapporté par le docteur Dickinson dans les *Pathological Transactions*, t. XIV, p. 62.

tique, vous trouverez des cas où plusieurs causes agiront concurremment. Ainsi, je vous ai plus d'une fois fait remarquer que l'obstruction porte peut être consécutive à l'embarras de la circulation cardiaque ou pulmonaire, et je vous ai montré aussi que l'ascite peut résulter de l'une quelconque de ces causes indépendamment de l'autre. Ensuite, bien que, comme nous l'avons vu, l'albuminurie puisse être produite par l'ascite (p. 290), il est tout à fait possible, et il n'est même pas rare de rencontrer une affection rénale concurremment avec une obstruction porte. Les excès alcooliques, qui sont une cause si puissante de cirrhose hépatique, contribuent aussi dans bien des cas à produire la néphrite ou la dégénérescence graisseuse des reins. Enfin, la thrombose du tronc de la veine porte résulte souvent d'obstruction des ramifications intrahépatiques du vaisseau, et quand cela se présente, les symptômes d'obstruction porte légère peuvent être suivis subitement de ceux d'obstruction complète.

Traitement de l'épanchement péritonéal.

Etant donné un cas d'épanchement péritonéal, le traitement devra être tout à fait subordonné à la cause qui le produit : vous comprendrez donc combien il importe d'être à même de reconnaître dans chaque cas particulier la cause, ou, s'il y en a plusieurs, celle qui prédomine. Pour le moment, il serait hors de propos, désirant concentrer votre attention sur les affections du foie, d'exposer le traitement qui peut convenir aux diverses maladies susceptibles de donner lieu à l'ascite. D'autre part, je vous ai déjà décrit le traitement qui convient à l'ascite et aux autres symptômes résultant de l'obstruction porte. Il est inutile de récapituler les remarques que je vous ai présentées là-dessus quand je vous ai entretenus de l'atrophie chronique du foie (p. 295).

Toutefois, pour graver plus profondément dans votre esprit les considérations que je viens de vous exposer sur les caractères distinctifs de l'épanchement péritonéal suivant ses diverses causes et les règles que je vous ai indiquées dans mes leçons théoriques sur la Médecine pour le traitement des diverses maladies qui peuvent donner lieu à l'ascite, je vais vous rapporter les particularités de quelques cas que vous avez pu, sauf trois exceptions, suivre dans nos salles.

L'observation CXLVIII a montré d'abord les points de distinction entre le liquide d'un kyste de l'ovaire et le liquide péritonéal; mais plus tard, la pénétration de l'air dans la cavité kystique a remarquablement modifié les signes physiques. Une erreur de diagnostic pouvait très-vraisemblablement être commise par un observateur peu attentif, par suite de la coïncidence de l'albuminurie et de l'hydropisie générale. Ce cas est remarquable par son mode rare de terminaison : le kyste ovarien s'est en

effet ouvert dans le rectum. Pas un semblable cas n'est rapporté dans toutes les séries des *Pathological Transactions* : dans le 14^e volume (p. 201), le Dr Bristowe a rapporté un cas où il y avait une communication entre le rectum et un kyste de l'ovaire; mais dans ce cas, il y avait une ulcération tuberculeuse étendue de l'intestin et la perforation se fit de l'intestin vers l'ovaire. Vous devez vous rappeler que dans le cas d'Élisabeth C., nous avons pu diagnostiquer non-seulement l'existence d'une tumeur de l'ovaire, mais aussi la rupture du kyste dans quelque portion de l'intestin. Après l'avoir détaché du sujet, le kyste s'affaissa et se rétracta, de sorte qu'on ne peut avoir une idée juste, d'après la préparation qui a été conservée, du volume de ce kyste avant sa rupture.

OBS. CXLVIII. — *Tumeur kystique de l'ovaire, ouverte dans le rectum. — Pénétration de l'air dans le kyste. — Atrophie du lobe droit du foie et hypertrophie complémentaire du lobe gauche.*

Élisabeth C., âgée de 37 ans, fut admise le 23 août 1866 à Middlesex Hospital. Elle a été mariée deux fois, mais n'a eu qu'un enfant en 1852; et même mort-né. Jamais de fausse couche. Menstruation régulière, la dernière époque a cessé le jour de l'entrée de la malade à l'hôpital. A seize ans, elle a eu une scarlatine qui l'a tenue six semaines couchée, mais elle ne peut dire si elle a eu un peu d'hydropisie. Depuis, elle a toujours souffert dans le dos, et pendant les huit dernières années elle a été sujette à une hydropisie générale et à des attaques d'érysipèle de la face. Dix-huit mois avant son entrée, elle a commencé à remarquer à la partie inférieure de l'abdomen une enflure qui a progressé lentement.

A son entrée, l'abdomen est considérablement distendu par une tumeur qui s'élève au-dessus du pubis et gagne jusqu'au-dessus de l'ombilic. Elle paraissait siéger dans la partie médiane de l'abdomen, mais on pouvait la rapporter plutôt au côté gauche du bassin qu'au côté droit. Matité et fluctuation distincte; au delà de la tumeur, la percussion donnait dans les deux flancs un son tympanique. Les extrémités inférieures étaient très-enflées, œdémateuses et sensibles, et la face légèrement bouffie. Signes cardiaques et pulmonaires normaux, mais l'étendue de la matité du foie et de la rate est augmentée. Beaucoup d'albumine dans l'urine, avec cylindres épithéliaux et graisseux; densité 1016. Pouls à 96 et faible. Parfois des vomissements. Le 25 août, la malade commence à avoir de la diarrhée; les garde-robes contenaient du sang et la tumeur était le siège d'une vive sensibilité.

Le 31 août, la diarrhée persistait; pas de douleur pendant la défécation; langue nette et très-rouge; haleine très-forte.

Le 10 septembre la diarrhée n'est pas arrêtée, bien qu'on ait eu largement recours aux astringents. Langue sèche et brune et haleine très-fétide. La malade était dans une prostration extrême, somnolente (peut-être à cause de l'opium); parfois du délire. Pas de frissons ni de transpirations, pas de diminution dans le volume de la tumeur, dont la circonférence est la même qu'au moment de l'admission (36 pouces).

Le 11 septembre, les garde-robes contenaient une certaine quantité de pus qui continua à être évacué pendant trois jours, et le 17 septembre tous les signes de la tumeur avaient disparu, la percussion donnait le même son tympanique au-dessus du pubis que dans les flancs.

Après cela, un peu de diarrhée. La malade continua cependant à décliner et mourut le 19 septembre.

A l'autopsie, couche épaisse de graisse sous-cutanée. Cœur et poumons sains. Foie pesant environ 1 500 grammes. Le lobe droit était très-atrophié, les lobules y étaient extrêmement marqués, mais le lobe gauche était très-augmenté de volume, il avait près de trois fois le volume du droit; le tissu paraissait sain. La rate pesait environ 560 grammes; elle était très-ferme et présentait les caractères typiques et la réaction de la dégénérescence cirreuse. Les deux reins pesaient ensemble environ 520 grammes; ils étaient lisses, couleur jaune pâle, la substance corticale très-hypertrophiée et les cellules glandulaires chargées d'huile. En ouvrant l'abdomen, on ne voyait pas de tumeur tout d'abord; les intestins étaient massés vers le pubis; mais en écartant quelques anses intestinales, on découvrit un kyste affaissé, à peu près gros comme une noix de coco et siégeant à la place qu'occupe normalement l'utérus. En examinant plus attentivement, on constate que c'est un kyste de l'ovaire gauche qui s'est vidé de lui-même dans l'intestin à 4 pouces de l'anus, par une ouverture grande à peu près comme une pièce de 50 centimes; ses parois étaient fibreuses et avaient près d'un demi-pouce d'épaisseur, et il renfermait un peu de pus altéré très-fétide. La courbure sigmoïde du colon passait transversalement à droite sur la partie supérieure de la tumeur à laquelle il était solidement adhérent. L'extrémité libre de l'appendice vermiforme lui était aussi adhérente. Pas d'ulcération de la muqueuse du rectum autour de l'ouverture du kyste ovarien.

Le cas suivant est très-remarquable et montre la difficulté que peut introduire dans le diagnostic une augmentation considérable de volume de la vessie. Chez une femme, les signes physiques auraient tout d'abord suggéré l'idée d'une tumeur ovarienne; mais chez un homme, ils ne semblaient explicables qu'en admettant un kyste hydatique du foie, et c'est en raison de cela que le chirurgien qui donnait des soins à ce malade pratiqua la paracentèse. Le grand volume de la tumeur, l'affirmation du malade qu'elle avait débuté au-dessus de l'ombilic, la circonstance que la plus grande circonférence de l'abdomen se trouvait à 3 pouces au-dessus de l'ombilic, et l'absence complète des symptômes urinaires éloignaient complètement de l'idée que la vessie pût être le siège primitif du mal. Un pareil cas n'aurait guère de chance de se produire chez une femme, et l'enseignement qu'on peut en tirer, c'est que toutes les fois que vous rencontrerez les signes physiques qui existaient dans ce cas, et surtout s'ils se présentent chez un homme âgé, la première chose à faire, c'est d'introduire un grand cathéter prostatique dans la vessie et de le pousser le plus loin possible. Il est bon de

faire remarquer toutefois que, dans ce cas, la ponction ne fut suivie ni d'extravasation de l'urine, ni de signes de péritonite, et que la cause immédiate de la mort parut être une hémorrhagie passive de la muqueuse vésicale par suite de la soustraction brusque de l'urine.

OBS. CXLIX. — *Augmentation de volume de l'abdomen par distension de la vessie, prise pour une tumeur hydatique du foie. — 13 litres et demi d'urine retirée par la paracentèse.*

M. F., avancé en âge, de petite taille, l'air chétif et faible, consulta au commencement de juin 1866 un éminent chirurgien à l'obligeance duquel je dois les particularités de ce cas. Ce monsieur assura que jusque il y a trois ans, il avait toujours joui d'une santé parfaite et avait mené une vie active. Il remarqua alors pour la première fois, *au-dessus de l'ombilic*, une tumeur qui continua à augmenter, mais ne lui occasionna que peu de gêne jusqu'au commencement du mois de mars dernier, où sa respiration devint courte, où il se mit à maigrir, à perdre de ses forces et à devenir nerveux. Dans les premiers jours de mai, la jambe et la cuisse gauches commencèrent à enfler et à s'œdématiser; mais au bout de deux semaines, le gonflement disparut. Pendant plusieurs semaines il avait éprouvé de fréquents vomissements après le repas. Malgré tout cela, il s'était senti de force à faire tous les jours une promenade de quelques heures à cheval jusqu'au moment où il consulta. Voici dans quel état on le trouva alors. Il présentait les apparences caractéristiques d'une affection abdominale. Face amaigrie et cadavéreuse, mais non ictérique; abdomen considérablement développé, occupé par une tumeur de surface uniforme et de forme ovale dont l'extrémité étroite se trouve en haut. Le cartilage ensiforme et les côtes inférieures à droite et à gauche sont élevées; la tumeur paraît naître de derrière elles, et remplir complètement la portion antérieure de l'abdomen. La fluctuation y est distincte dans tous les points, mais est particulièrement marquée au-dessus de l'ombilic; partout on y trouve de la matité; mais dans les deux flancs, quelque position que prenne le malade, il y a un son tympanique. La plus grande largeur de l'abdomen est à 3 pouces *au-dessus* de l'ombilic où la circonférence mesure 43 pouces; la distance du pubis au cartilage xyphoïde est de 21 pouces. On voit quelques veines bleues courant sur les parois abdominales. Bruits du cœur faibles, mais normaux sous les autres rapports. Urine abondante, densité 1010, légèrement acide et contenant une trace d'albumine. Il a uriné trois ou quatre fois dans la journée et une fois dans la nuit, toujours à plein jet et avec la sensation qu'il avait complètement satisfait un besoin. Le malade a constamment insisté sur ce point qu'il n'a jamais éprouvé le moindre symptôme du côté des voies urinaires, ni gêne dans la miction; mais plus tard, quand la vessie eut été ponctionnée, il raconta que depuis quelques années il avait l'habitude de s'asseoir pour uriner, parce qu'il avait reconnu que l'urine venait plus facilement quand il prenait cette position.

Le 5 juin, on ponctionna l'abdomen avec un trocart capillaire à mi-chemin entre l'ombilic et le cartilage xyphoïde, et l'on retira ainsi 13 litres et

600 grammes d'urine; l'évacuation dura deux heures et pendant ce temps la tumeur disparaissait lentement. Le liquide avait une couleur jaune paille pâle, densité 1010, faiblement acide, légèrement albumineuse, et avait une odeur urineuse. Un échantillon qu'on m'adressa pour en faire l'analyse contenait de l'urée et quelques corpuscules sanguins.

6 juin. Le malade a passé une bonne nuit, mais il n'a pas uriné depuis l'opération. Le matin, on retire par le cathétérisme un quart de litre d'urine *très-foncée*, et le soir $\frac{3}{4}$ de litre. L'abdomen a grossi de nouveau.

7 juin. Le malade a encore passé une bonne nuit et n'éprouve aucun symptôme général. On retire dans la matinée $\frac{3}{4}$ de litre d'urine foncée, et à 3 heures de l'après-midi encore trois litres, et à mesure que l'urine coulait la tumeur s'affaissait de nouveau et le ventre devenait tout à fait plat. On essaya de fixer un cathéter à demeure, mais il ne tarda pas à s'échapper. Pendant l'heure passée à vider la vessie, le malade s'est senti très-faible et bientôt après il a eu un frisson et s'est évanoui en se levant pour essayer d'uriner: on a administré largement des stimulants, et la syncope ne reparut pas, mais il a eu une nuit agitée et il a vomi plusieurs fois.

8 juin. On a vidé la vessie deux fois, le matin et le soir, et on a remarqué qu'il y avait beaucoup de sang mélangé à l'urine. Le malade a vomi quatre fois dans la journée; prescriptions: acide gallique et glace.

9 juin. Le malade est beaucoup plus faible et l'urine retirée par le cathéter est presque noire par la quantité de sang qu'elle contient. A 8 heures du soir il tombe dans un état de collapsus qui persiste jusqu'à la mort, qui a lieu dans la nuit, à 3 heures du matin.

Autopsie. — Pas de signe de péritonite; la vessie est affaissée et est appliquée contre les intestins, remplissant presque complètement la partie antérieure de l'abdomen, et son sommet étant à 1 pouce et demi du cartilage ensiforme. Le péritoine se réfléchissait de la vessie sur la paroi abdominale à 1 pouce de l'ombilic. Petit point rouge, pareil à une piqûre de puce, près le fond de la vessie correspondant au lieu de la ponction. La vessie contenait une quantité considérable d'urine sanguinolente; sa tunique musculaire était épaissie; la muqueuse présentait des plis saillants, qui étaient très-rouges et congestionnés, les espaces compris entre eux étaient pâles. Uretères dilatés, reins sacculés; dans le rein gauche il ne restait plus que peu de tissu glandulaire. Prostate énormément hypertrophiée, remplissant presque la cavité pelvienne.

Le cas suivant s'est présenté dans ma pratique privée. Il est semblable au dernier, sauf que le malade était plus jeune et qu'il se rétablit très-bien, résultat que je considère comme assez exceptionnel dans de pareilles circonstances.

OBS. CL. — *Distension de la vessie prise pour une ascite.*

Le 3 mars 1876, M. Samuel L., âgé de 46 ans, fut amené à ma consultation. Il était en proie à de vives souffrances. Il m'apprit que deux médecins homœopathes, dont un consultant d'une certaine renommée, avaient diagnostiqué

une affection du foie avec hydropisie, et avaient dit que le cas était sans espoir. En examinant, je trouvai l'abdomen considérablement distendu, la circonférence à l'ombilic étant de 38 pouces et demi; il y avait 9 pouces du cartilage xyphoïde à l'ombilic et 5 $\frac{1}{2}$ de ce dernier au pubis. La tumeur était évidemment due à du liquide qui s'était enkysté, qui se trouvait en avant des intestins et s'élevait du bassin jusqu'à un pouce du sternum. Le kyste occupait le milieu de l'espace compris entre les deux flancs, qui étaient sonores à la percussion. Le malade me dit que depuis nombre d'années il avait un rétrécissement qui ne l'avait gêné en rien et qu'il avait joui d'une bonne santé jusques il y a douze mois, où le ventre se mit à grossir lentement. Trois semaines avant, il avait pris un bain froid, et depuis lors il avait été obligé de lâcher de l'eau toutes les heures, et ce n'était pas sans quelque difficulté. Il évacuait cependant chaque fois une quantité très-convenable et l'urine était normale. On n'avait fait aucune tentative pour le sonder. Il n'y avait aucun symptôme d'affection du foie.

Je conseillai au malade de voir un chirurgien et de se faire sonder. Il n'en fit rien, et dans la nuit du 4 mars je fus mandé en toute hâte pour le voir, parce qu'il croyait qu'il allait mourir. Sur mon invitation, il envoya chercher M. Berkeley Hill, qui arriva avec un cathéter approprié. L'instrument fut un peu arrêté au col de la vessie, mais néanmoins il pénétra et l'on put retirer un peu plus de 4 litres d'urine claire et normale. Immédiatement la tumeur abdominale s'affaissa. On pensa qu'il valait mieux ne pas vider complètement la vessie, mais on appliqua un bandage autour de l'abdomen, et le lendemain matin on retira encore deux litres et demi d'urine.

Il n'y eut pas d'accidents consécutifs. On passa le cathéter régulièrement deux fois par jour. Le 15 mars, le malade était très-bien et retournait à ses occupations. En octobre, sa santé continuait à être excellente et la tumeur n'avait pas reparu.

Dans le cas suivant, il y eut un épanchement péritonéal par suite de péritonite aiguë.

OBS. CLI. — *Épanchement péritonéal par péritonite aiguë due à un coup de pied sur une hernie congénitale.*

Herbert R., âgé de 12 ans, fut admis à l'hôpital Middlesex le 28 octobre 1866. Il avait depuis quatre ans une hernie inguinale à droite, mais elle ne lui avait jamais causé grande gêne, et en dehors des maladies infectieuses de l'enfance, il avait joui d'une bonne santé jusque deux jours avant son admission. Le matin du 26 octobre, il reçut un coup de pied dans le testicule droit. Il en résulta une douleur très-intense dans cet organe; néanmoins l'enfant put se rendre à l'école. Dans l'après-midi, il eut un frisson qui dura une demi-heure, fut suivi de diarrhée, et plus tard dans la soirée de vomissements et de douleur à l'épigastre, s'étendant de là à tout l'abdomen. Durant toute la journée du 27 et la nuit suivante, il eut de fréquents frissons et des vomissements et une diarrhée intense avec garde-ropes couleur claire.

A son admission, le pouls est à 144, la température à 40°, les respirations