

sont au nombre de 34 et thoraciques; l'abdomen est distendu et extrêmement sensible, surtout dans l'aîne droite. Le testicule droit est très-gros et d'une sensibilité excessive; signes cardiaques et pulmonaires normaux. L'enfant n'entendait pas et avait les idées confuses, comme quelqu'un en proie à la fièvre. On fit appliquer sur le ventre des cataplasmes laudanisés, et dans les 24 heures qui suivirent son admission, il prit à l'intérieur trente centigrammes d'opium. Sous l'influence de ce traitement, les symptômes aigus se dissipèrent, la douleur et les vomissements diminuèrent et la diarrhée cessa, mais il n'y eut pas d'amélioration matérielle. La langue devint sèche et brune, la prostration augmenta; les joues se creusèrent, les traits devinrent pincés; parfois du délire.

Le 30 octobre, la température était normale (36°, 6), mais le pouls était à 132. L'abdomen était encore plus distendu, et en frappant légèrement dessus, on y reconnaissait la présence évidente de liquide. Constipation; les vomissements ont reparu. Le 1<sup>er</sup> novembre, la température est la même que l'avant-veille, mais l'état général n'est pas meilleur.

Le diagnostic fut qu'on avait affaire à une péritonite aiguë déterminée par un traumatisme du scrotum, l'inflammation s'étant propagée du sac herniaire au péritoine. Toutefois un médecin qui suivait ma visite émit l'idée qu'une portion d'intestin pouvait bien être le siège d'un étranglement par le collet du sac; mais, bien que cette opinion eût pour elle ce fait que l'enfant n'était pas allé à la selle depuis son admission, il faut faire remarquer que les jours précédents il y avait eu du relâchement et que la constipation s'expliquait très-bien par la dose d'opium administrée à la suite. Un chirurgien de mes collègues qui, sur ma demande, vit le malade en mon absence, pensa cependant qu'il y avait une portion d'intestin ou d'épiploon étranglée par le sac herniaire et y pratiqua une incision. Il s'échappa un peu de pus, mais on ne trouva pas d'intestin dans le sac. L'enfant s'affaissa de plus en plus et mourut le lendemain matin à 8 heures.

*Autopsie.* — La lésion la plus apparente était une péritonite récente très-étendue, toute la surface du foie et des intestins était recouverte d'une couche de lymphes jaunâtre. Le péritoine contenait 1 litre à 1 litre et demi de liquide purulent. Pas d'ulcération, de perforation, ni de gangrène en aucun point de l'estomac, de l'intestin ou de l'appendice vermiforme, pour expliquer la péritonite. Pas d'intestin ni d'épiploon dans le sac herniaire, ni même d'adhérence dans le voisinage de l'orifice interne. Injection vasculaire intense de la surface externe du testicule droit.

Dans le cas suivant, il s'est produit un épanchement dans l'abdomen par suite d'une péritonite subaiguë. Mais le principal intérêt pathologique de ce cas, c'est que les lésions trouvées au foie après la mort correspondaient tout à fait à celles qui ont été si souvent décrites dans ces derniers temps comme constituant une des lésions de la syphilis constitutionnelle (v. pp. 145, 284), et qu'il était cependant évident — autant qu'une négation peut l'être en pareille matière — que le malade n'avait jamais eu la syphilis.

OBS. CLII. — *Épanchement péritonéal par péritonite chronique. — Atrophie chronique du foie avec nodules fibroïdes (probablement syphilitiques) dans sa substance.*

P. D., âgé de soixante-sept ans, fut admis le 17 janvier 1867 à l'hôpital Middlesex. Cet homme était journalier, marié depuis vingt-trois ans et père de sept enfants, tous encore vivants et bien portants; l'aîné a vingt-deux ans. Sa femme n'a jamais fait de fausse couche. Il avait un frère qui est mort phthisique; mais le malade a toujours été bien portant. Il y a trois ou quatre ans, il a été trois mois à l'hôpital pour une fracture du bras et autres lésions. Il n'a jamais eu de rhumatisme aigu, d'hydropisie, d'ictère, de vomissements, ni d'hémorrhoides; il nie avoir jamais eu la syphilis. Habitudes de tempérance. Six semaines avant son admission, un poids lourd lui tomba sur la tête, lui fit une plaie et détermina un évanouissement de quelques secondes. Les quatre jours suivants, il cessa son travail: il se plaignait de douleur dans la région du foie. Le 5<sup>e</sup> jour, il reprit ses occupations, mais au bout de quelques heures il fut obligé de les quitter. Une semaine après l'accident, il remarqua que l'abdomen commençait à grossir, et une quinzaine après il commença à vomir ses aliments aussitôt après les voir avalés. Entre cette date et celle de son admission, il avait considérablement maigri.

Au moment de son entrée le malade est très-émacié; son air exprime la souffrance. La langue est humide et chargée d'un enduit jaunâtre. Pas d'appétit, mais soif vive, bien que le malade n'ose pas boire, car il rend dans l'espace d'un quart d'heure tout ce qu'il prend. Il affirme cependant qu'il n'éprouve aucune douleur entre le moment où il avale et celui où il vomit. L'abdomen est considérablement distendu, sa circonférence mesure 33 pouces et demi à l'ombilic. Signes manifestes d'épanchement péritonéal. Matité hépatique sur la ligne mammaire droite, 3 pouces seulement; pas d'ictère. La matité de la rate n'est pas augmentée; pas de développement des veines sous-cutanées de l'abdomen. Immédiatement au-dessus et au-dessous de l'ombilic, induration obscure, mal limitée, et à certains points donnant un son clair à la percussion. L'abdomen est généralement sensible, mais jamais à l'état aigu. Les muscles abdominaux agissent librement pendant la respiration. Le malade dit qu'il n'éprouve pas une grande douleur, mais il lui semble qu'il est toujours plus à l'aise quand il est couché sur le dos avec les jambes fléchies. Ventre libre. Pouls à 96 et régulier; matité cardiaque moindre qu'à l'état normal, bruits du cœur normaux, 26 respirations; gros râles crépitants à la base des deux poumons, sans matité ni souffle tubaire. Pas le moindre œdème des jambes, du tronc, ni de la face. Pas d'albumine dans l'urine.

Toutes les tentatives faites pour arrêter les vomissements ont été sans succès. Le volume de l'abdomen reste stationnaire. Le 20 janvier survient le hoquet, et malgré l'administration fréquente de lavements nutritifs, l'émaciation augmenta rapidement jusqu'au 28 janvier où le malade succomba à l'épuisement.

A l'autopsie, on trouva 4 litres et demi de liquide trouble dans la cavité

abdominale, en avant de l'intestin grêle dont les anses étaient massées les unes contre les autres, formant ainsi une masse globuleuse dirigée vers l'ombilic, et qui expliquait la sensation obscure de tumeur qu'on avait constatée pendant la vie. Le péritoine était partout recouvert d'une couche épaisse de lymphes réticulées, et le grand épiploon très-épaissi et induré; mais il n'y avait nulle part dans les intestins ni dans les glandes mésentériques un indice de dépôt cancéreux ou tuberculeux. Estomac très-contracté; sa muqueuse était rouge sur plusieurs pouces d'étendue à partir du pylore, elle était plissée et présentait au microscope un aspect villeux remarquable; l'extrémité pylorique était entourée et comprimée par l'épiploon considérablement épaissi, mais on ne put découvrir nulle part dans l'épaisseur de ses parois nul indice de cancer. Foie petit, pesant seulement un peu plus de 1100 grammes; capsule épaissie en certains endroits et adhérente aux parties environnantes; à sa surface, quelques dépressions ressemblant à des cicatrices. La substance du foie était parsemée de nombreux dépôts arrondis, jaune opaque, les plus gros du volume d'une cerise. Parmi ces dépôts, quelques-uns étaient situés immédiatement au-dessous de la capsule et ne faisaient pas saillie à la surface; d'autres se trouvaient au fond des dépressions susindiquées. A la coupe, ils présentaient une apparence ferme et comme fibreuse et ne donnaient pas de suc laiteux. Au microscope, on constata qu'ils étaient formés de tissu fibreux blanc avec des noyaux et de petites fibres-cellules, et de la matière granuleuse, mais on n'y trouva rien qui y dénotât du cancer. Rate petite; poumons congestionnés et œdémateux à la base; reins légèrement granuleux; cœur petit, mais sain. Pas de dépôts pareils à ceux du foie dans aucun autre organe, et pas de cicatrices au pénis, dans l'aîne, ni aux jambes.

Les trois cas suivants sont de bons exemples d'épanchement péritonéal par péritonite cancéreuse.

OBS. CLIII. — *Cancer primitif du péritoine déterminant un épanchement considérable.*

Jane A., âgée de cinquante et un ans, domestique, fut admise le 22 juillet 1859 à l'hôpital de King's-College, dans mon service. Son état général a toujours été bon jusqu'à la maladie pour laquelle elle a été admise. Elle n'a jamais eu d'autre maladie de quelque importance et a toujours vécu confortablement, mais avec des habitudes de tempérance. On ne peut constater de disposition héréditaire au cancer. Trois mois avant son entrée à l'hôpital, elle commença à se plaindre de douleur à la partie inférieure du ventre, au niveau de l'ovaire gauche et de la vessie et aussi dans le dos. La douleur au-dessus du pubis était toujours pire après la miction. On pensa qu'elle avait une inflammation de la vessie; on appliqua des sangsues et la douleur se calma. Elle continua de vaquer à ses occupations jusque quinze jours environ avant son admission; elle fut alors prise subitement de symptômes fébriles, de vomissements, douleur et sensibilité vives à l'abdomen, puis d'un gonflement qui augmenta rapidement.

A son entrée, la malade est émaciée; l'abdomen, considérablement distendu,

mesure 36 pouces et demi à l'ombilic et présente tous les caractères d'un épanchement péritonéal, avec en plus une grande sensibilité à la pression, surtout à gauche. Pouls à 92; langue très-rouge et nette; constipation facilement vaincue par les médicaments, parfois vomissements. Pas d'augmentation de volume du foie ni de la rate et pas d'ictère; pas d'anasarque des jambes. Bruits du cœur normaux; urine rare et foncée, mais sans albumine.

Le traitement consista en potions effervescentes avec de l'acide cyanhydrique pour dissiper les envies de vomir, une pilule diurétique contenant de la scille, de la digitale, et des pilules bleues, et des pilules de coloquinte avec de la jusquiame pour tenir le ventre libre. Tout d'abord, les diurétiques augmentèrent la quantité d'urine et le volume de l'abdomen ne continua pas à grossir; mais vers le milieu du mois d'août, ils commencèrent à perdre leur efficacité, l'abdomen devint plus volumineux, tandis que la portion tympanique, qui était toujours la plus élevée, quelle que fût la position du malade, devenait de plus en plus petite. Le 27 août, l'abdomen mesurait 40 pouces de circonférence et la malade y ressentait une constriction et une douleur intenses. Respirations 38 et thoraciques, dyspnée considérable par suite de la pression du liquide sur le diaphragme; rien d'anormal dans les signes physiques des poumons. La langue est toujours très-rouge et très-nette. Vomissements plus fréquents et urgents; pas de garde-robe sans le secours de médicaments. Depuis le début, la malade avait continué à maigrir; maintenant elle avait les traits pincés; elle dormait peu.

On pratiqua la ponction de l'abdomen et on en retira neuf litres environ d'un liquide transparent, jaune verdâtre, densité 1020 et contenant beaucoup d'albumine et aussi de nombreux flocons blancs de lymphes fibrillées. Pendant les deux jours qui suivirent, la malade éprouva un grand soulagement; les envies de vomir et la douleur cessèrent. On ne put sentir aucune tumeur dans l'abdomen après l'évacuation du liquide. Le matin du 30 août, la malade fut prise de vomissements violents, et en même temps reparurent la douleur et la sensibilité de l'abdomen, qui était très-distendu et tympanique, mais il y avait aussi des signes manifestes d'un peu de liquide dans le péritoine. Les vomissements, l'émaciation et la douleur abdominale persistèrent malgré le traitement. L'estomac de la malade ne pouvait rien garder, sauf la glace et le champagne, et pendant quatre semaines on ne put la nourrir qu'avec des lavements de thé de bœuf, d'œufs et d'eau-de-vie, additionnés de quelques gouttes de laudanum. Des aphthes parurent sur la langue. Le liquide ne se reproduisit pas en grande quantité, mais dans les premiers jours de septembre on put sentir à travers les parois abdominales quelques petits nodules. Le 18 septembre, on remarqua que la jambe et la cuisse gauche enflaient et qu'il y avait de la sensibilité le long de la veine fémorale. Après cela, la malade fut plusieurs fois à l'article de la mort, mais elle traîna jusqu'au 28 septembre dans un état d'émaciation extrême.

*Autopsie.* — On ne trouva dans le péritoine que 850 grammes environ de liquide clair, couleur paille. La surface péritonéale de tous les intestins, du foie et de la vessie, était parsemée d'innombrables nodules de cancer, variant en volume, depuis une tête d'épingle jusqu'à une noisette. Les ganglions

mésentériques étaient aussi légèrement engorgés par un dépôt cancéreux. Les amas cancéreux exsudaient à la coupe un suc laiteux qui contenait les cellules cancéreuses caractéristiques. Les intestins se trouvaient unis çà et là par de faibles adhérences et la courbure sigmoïde était solidement fixée sur la veine iliaque par de fortes adhérences et par des nodules cancéreux. Il n'y avait pas de cancer à la muqueuse ni dans la tunique musculaire de l'estomac et des intestins pas plus que dans l'utérus, le foie, les reins, ou les poumons. Au sommet du poumon droit se trouvaient quelques nodules crétacés. Le foie et la rate avaient leur volume normal. Les veines iliaque et fémorale gauche étaient obstruées par des caillots adhérents.

OBS. CLIV. — *Péritonite cancéreuse et tumeur de l'épiploon.*

Catherine H..., âgée de trente-huit ans, femme de journée, fut admise le 16 janvier 1869 à l'hôpital Middlesex. Son père est mort de vieillesse, dit-elle, à l'âge de soixante-dix-huit ans. Sa mère est morte à quarante ans, et deux sœurs, l'une à trente-neuf et l'autre à quarante ans, toutes trois de consomption. Une troisième sœur vit encore et se porte bien. Pas d'antécédents de cancer dans la famille. Sauf un pen de toux de temps en temps, la malade a joui toujours d'une bonne santé jusqu'à la maladie actuelle. Il y a douze semaines, elle commença à se plaindre de plénitude et de tension dans l'estomac après avoir mangé, et au bout de quatre semaines elle fut prise de frissons, de douleur lancinante dans l'abdomen et dans le dos et de vomissements de temps en temps. Un mois avant son entrée, les vomissements devinrent plus pressants et l'abdomen commença à enfler, et le gonflement fit des progrès si rapides qu'on voulut avoir recours à la paracentèse pour soulager la dyspnée. Il y avait en même temps de la constipation, de l'émaciation, mais pas de sueurs nocturnes. Urine en faible quantité. On découvrit également une tumeur entre l'ombilic et le pubis.

*État à son admission.* — Émaciation, air anxieux, mais pas d'ictère ni de dilatation des capillaires de la face. Enflure et douleur violente de l'abdomen qui mesure à l'ombilic 33 pouces et demi et présente des signes distincts de fluctuation; en même temps il est extrêmement sensible, de sorte qu'en frappant dessus le plus légèrement on détermine une vive souffrance. La douleur est constante, mais sujette à des exacerbations. La matité hépatique ne monte pas trop haut; la rate n'est pas grosse et les veines abdominales ne sont pas développées. Entre l'ombilic et le pubis se trouve une tumeur dure, distincte, et le toucher vaginal permet au docteur Hall Davis de constater que le volume de l'utérus est augmenté probablement par le fait d'un cancer. Langue humide, légèrement chargée, plutôt trop rouge; fréquents efforts pour vomir; constipation. Pouls à 108, faible; pas de bruit anormal au cœur. Respirations 60, complètement thoraciques; poumons sains. Densité de l'urine 1024; pas d'albumine.

On prescrivit 6 centigrammes d'opium toutes les 8 heures et des fomentations laudanisées sur l'abdomen. Ce traitement calma pour un temps la douleur et les vomissements; mais le 21 janvier, la douleur était de nouveau si

intense qu'il fallait recourir à des injections sous-cutanées de morphine, et vers le 11 février on injectait jusqu'à 6 centigrammes de morphine trois fois par jour. Le 25 janvier, léger œdème des jambes; le 28, langue sèche, rouge et lisse, avec des plaques aphtheuses. Le 19 février, la malade est prise d'un point de côté à gauche et à ce niveau on entend du frottement pleurétique. Le volume de l'abdomen n'a pas augmenté beaucoup, mais l'épuisement et l'émaciation étaient tous les jours plus marqués. Finalement la malade succomba le 27 février.

*Autopsie.* — On n'examina que l'abdomen. Le péritoine contenait plusieurs pintes de sérum sanguinolent. La face interne de la paroi abdominale était revêtue d'une couche rugueuse de lymphé récente; les intestins et le mésentère étaient parsemés de nombreux petits nodules cancéreux, quelques-uns plus gros qu'un pois. La tumeur qu'on avait sentie pendant la vie n'était pas l'utérus, mais une masse cancéreuse de l'épiploon.

OBS. CLV. — *Péritonite cancéreuse. — Tumeur de l'épiploon. — Pleurésie double.*

Marie Anne P..., âgée de quarante-huit ans, fut admise le 9 mars 1871 à l'hôpital Middlesex. Son père (à l'âge de quarante-sept ans), un frère, une sœur et deux de ses enfants sont morts phthisiques. Sa mère est morte à quarante-six ans; pendant les trois derniers mois de sa vie, elle avait été affectée d'ictère et avait le foie gros (cancer?). Elle s'est mariée et a eu sept enfants et une fausse couche. Les règles ont cessé il y a deux ans. Pendant plusieurs années, elle a toussé l'hiver et pendant les douze derniers mois, elle a maigri et eu souvent des sueurs profuses la nuit. Onze semaines avant son admission, elle est devenue très-faible et a perdu l'appétit, et après quatre à cinq jours elle a commencé à avoir des éructations acides après le repas aussi bien qu'à d'autres moments. Six semaines avant son entrée, elle a commencé à souffrir dans l'épigastre, dans le côté gauche de l'abdomen et au niveau de l'omoplate gauche. Deux semaines plus tard, le ventre s'est pris à grossir, et une quinzaine avant son entrée, les jambes ont enflé. Il y a eu de la constipation. Les sueurs nocturnes ont cessé quand le ventre a commencé à enfler.

Au moment de son admission, elle est très-faible et très-émaciée. Elle se plaint de douleur et de gonflement de l'abdomen qui mesure à l'ombilic 34 pouces. Elle présente tous les signes d'épanchement péritonéal. Dans le côté gauche de l'abdomen, on sent une tumeur dure qui s'étend de dessous les côtes gauches en bas et en avant jusqu'à 2 pouces au-dessous du niveau de l'ombilic; elle est unie, on n'y sent pas l'encoche de la rate, et elle n'est pas sensible. On ne peut sentir le foie. Veines abdominales développées. La douleur part de l'épigastre et s'étend en bas jusqu'au côté gauche, en haut jusqu'à l'épaule droite: elle survient souvent tout à coup et fortement, sans relation avec les repas, et dure environ 20 minutes. Pas d'ictère; langue nette; pas d'appétit; la malade vomit souvent les aliments au bout d'une demi-heure et la nourriture solide détermine de la douleur jusqu'à ce qu'elle soit rejetée. Pouls à 84; bruits du cœur normaux. Toux fréquente, avec expectoration mu-

queuse; dyspnée considérable; râles muqueux aux deux poumons, surtout à gauche. Température 38°,6. Sommeil assez bon. Urine alcaline, densité 1019, pas d'albumine, ni de pigment biliaire ni d'urates.

On prescrit une mixture de quinine, de fer et d'éther nitreux, avec du vin. Tout d'abord il y eut amélioration; les vomissements cessèrent, la douleur fut calmée; la malade put manger de la viande et la garder; l'abdomen diminua graduellement jusqu'au 24 mars où sa circonférence n'avait plus que 29 pouces; pas de signe d'épanchement péritonéal et pas d'œdème des jambes. La matité de la rate était maintenant séparée de la tumeur par un espace de 1 pouce et demi de large, et on pouvait insinuer le doigt entre le bord supérieur de celle-ci et les dernières côtes gauches. On ne pouvait constater la présence d'une portion de l'intestin en avant de la tumeur, et en arrière la percussion donnait un son tympanique. Le toucher vaginal ne fit reconnaître aucune relation de la tumeur avec l'utérus ou les ovaires. Malgré ces signes d'amélioration, les crises de douleur devinrent plus violentes, si bien que le 31 mars on fut obligé d'avoir recours pour la première fois à la morphine et le 12 avril on frictionna l'abdomen avec de la glycérine belladonnée. Le 26 avril, il y avait de nouveau du liquide dans le péritoine, et l'abdomen mesurait 32 pouces; le 28 avril, la malade vomit pour la première fois depuis son admission. Le 1<sup>er</sup> mai, la dyspnée a augmenté, les lèvres sont livides et il y a de la matité dans le tiers inférieur des deux poumons, avec respiration faible. L'œdème des jambes a aussi reparu. Pas d'appareil fébrile. Une pilule composée de digitale, de scille, et de pilules bleues, et de la morphine deux fois par jour. Le 5 mai, l'abdomen a 33 pouces; la matité pulmonaire s'étend à la moitié inférieure des deux poumons, avec respiration faible. Les vomissements sont devenus fréquents; le 15 mai, diarrhée (4 selles par jour). Le volume de l'abdomen diminua encore jusqu'à 29 pouces, mais la malade déclina rapidement de plus en plus et succomba le 31 mai.

*Autopsie.* — Deux litres de sérosité floconneuse, trouble, dans le péritoine. Des brides fibreuses lâches rattachaient aux parois abdominales les intestins, qui étaient fixés par des adhérences et réduits en une masse arrondie. Tunique péritonéale des intestins très-congestionnée et parsemée de nombreux dépôts cancéreux blanc opaque. La tumeur qu'on avait sentie pendant la vie dans le côté gauche de l'abdomen consistait en un épaississement considérable de l'épiploon par du cancer infiltré et du tissu fibreux, situé en avant du rein gauche et du côlon descendant. Les deux ovaires avaient à peu près le volume de petites oranges et contenaient de la matière cancéreuse molle avec des kystes renfermant un liquide gélatineux. Le foie est petit, arrondi et ferme; sa capsule est considérablement épaissie, 2 à 3 lignes sur certains points. Reins sains, cœur également. La plèvre droite contenait environ 600 grammes et la plèvre gauche environ le double de sérosité trouble. Les deux poumons étaient denses et carnifiés; leur surface était recouverte d'une couche rugueuse de lymphes plastique, qui se laissait détacher aisément. Pas de dépôt dans aucun des deux organes.

Dans les deux cas suivants, il y a eu un épanchement péritonéal con-

sidérable par péritonite tuberculeuse. Le cas CLVI ressemble aux deux précédents par cette circonstance qu'il y a une tumeur de l'épiploon. Le cas CLVII a eu cela de remarquable que le liquide a disparu et que le traitement a amené la guérison.

OBS. CLVI. — *Épanchement péritonéal par péritonite tuberculeuse. — Tubercules de l'épiploon. — Paracentèse. — Mort.*

Charles A..., âgé de vingt-huit ans, travaillant dans une fabrique de caoutchouc, fut admis à l'hôpital Saint-Thomas le 25 mai 1876. Son père, sa mère, et cinq frères et sœurs sont vivants et en bonne santé; quatre frères et sœurs sont morts en bas âge. Pas de phthisie dans la famille. Sauf des « crises biliaires », le malade n'a jamais rien eu et s'est bien porté jusques il y a deux ans. Depuis lors, il a eu pas mal de bière et de spiritueux, et s'est plaint de palpitations et de dyspnée. Il y a six semaines, il a craché, en toussant, un peu de sang à plusieurs reprises. Il y a trois semaines, il a commencé à ressentir une douleur qui traversait la partie supérieure de l'abdomen, avec nausées, anorexie, et de temps en temps vomissement de mucus visqueux, surtout le matin. Il y a eu aussi un peu de relâchement des intestins, jusqu'à 6 à 8 garde-robes par jour, liquides et très-brunes. Il a travaillé jusqu'à son admission.

A son entrée, il est pâle et maigre; pas d'ictère, ni de veinules étoilées sur les joues. Abdomen considérablement distendu, mesurant 35 pouces à l'ombilic. Météorisme très-prononcé entre l'ombilic et le cartilage xyphoïde; ascite également considérable. La matité hépatique s'élève jusqu'à 1/2 pouce du mamelon; le bord inférieur ne peut être senti. La rate n'est pas grosse. Pas de tumeur appréciable. Pas de sensibilité de l'abdomen, mais par moments douleur considérable dans la partie supérieure de cette région. La diarrhée persiste, mais les vomissements ont cessé. Pas de toux; pas de signes anormaux dans les poumons. Pouls à 108; bruits du cœur normaux. Le soir, la température s'élève jusqu'à 38°,8 et même 39°,4. Urine très-colorée, pas d'albumine, densité 1020.

On prescrit des diurétiques et une alimentation substantielle, plus tard la quinine et les acides minéraux. La diarrhée a persisté et l'épanchement abdominal a augmenté. Le 7 juin, la circonférence est de 37 pouces et demi; douleur intense dans l'abdomen et un peu de dyspnée. On retire par la paracentèse quatre litres et demi de liquide verdâtre, clair et alcalin, mais contenant des flocons de lymphes fibrillée retenant quelques corpuscules sanguins; densité 1020. A la suite de l'opération, la respiration se trouva allégée et le liquide ne se reforma plus. Mais le malade continua à maigrir, et vers le 12 juin il se plaignit beaucoup de sa toux. Râles de bronchite aux deux poumons. Dans le courant de juin, rougeur hectique des joues. La température du soir a varié entre 37°,4 et 38°,6. Pas de sueurs nocturnes marquées. Le 1<sup>er</sup> juillet, la circonférence à l'ombilic n'est que de 31 pouces; on sentait une induration obscure, paraissant siéger dans l'épiploon, et qui s'étendait de l'ombilic aux côtes gauches. Sa situation ne changeait pas pendant une inspiration profonde. Ensuite,

l'émaciation fit des progrès rapides : on sentait une masse indurée occupant la partie supérieure de l'abdomen et s'étendant jusqu'aux côtes droites. Toux plus fréquente, expectoration de mucus visqueux qui peu à peu devint puriforme. La diarrhée a persisté, les vomissements ont reparu; mais à aucun moment il n'y a eu de sueurs nocturnes. Mort par épuisement le 31 juillet.

*Autopsie.* — Dans le péritoine, trois litres de sérosité claire, jaune, dont une partie était contenue dans des cavités séparées, limitées par de la lymphe. Le grand épiploon est partout infiltré d'une masse tuberculeuse épaisse, ferme, adhérente au péritoine pariétal et aux intestins. Tunique séreuse des intestins parsemée de petits nodules de tubercule et collée aux intestins ainsi qu'aux parties voisines par de la lymphe friable; deux petits ulcères tuberculeux à l'iléon. Foie un peu gros et graisseux. Petits dépôts de tubercules, devenant caséux au centre, répandus dans les deux poumons, et, dans la partie supérieure du poumon gauche, amas plus volumineux de tubercules caséux mous, formant cavité. Sommet du poumon gauche fortement adhérent et marqué de dépressions cicatricielles. Environ 450 grammes de sérosité dans la plèvre gauche et 120 dans la droite. Cœur et autres organes sains.

OBS. CLVII. — *Épanchement péritonéal par péritonite tuberculeuse.* —  
*Traitement suivi de succès.*

Le 18 février 1876, je vis en consultation avec le docteur A. Maclaren mademoiselle M., âgée de 21 ans. Elle avait toujours été délicate, et l'automne précédent elle avait eu une pleurésie à gauche, qui l'avait tenue quatre à cinq semaines au lit. Quatre semaines environ avant ma visite, elle remarqua, pour la première fois, que son ventre devenait gros; elle y ressentait un peu de douleur, mais pas du tout intense. Depuis lors, elle a maigri, elle est devenue de plus en plus faible et a eu des sueurs nocturnes.

En l'examinant, on trouve le ventre tendu, mais pas sensible; il contient évidemment un peu de liquide. La circonférence est de 32 pouces au niveau de l'ombilic. Pas de signes de tumeur. Langue chargée; bon appétit; pas de nausées, ni d'efforts pour vomir. Constipation. Pouls à 108. Température entre 38°,3 et 39°,4. Pas de toux; mais matité, affaiblissement du murmure respiratoire et râles crépitant au-dessus de la clavicule gauche. Urine rare et foncée.

On prescrit de la quinine et du fer avec de la digitale.

Le 23 février, il y a déjà de l'amélioration : l'urine est plus abondante, l'abdomen moins tendu; la circonférence a 31 pouces; pouls à 84, température de 36°,9 à 39°; 28 février, circonférence 29 pouces et demi, pouls à 60 et irrégulier, température 37°,6 à 38°,6. La malade se sent encore mieux. On continue le fer et la quinine, et on supprime la digitale. On reprit de temps en temps la digitale et on prescrivit aussi de l'iodure de potassium et du sirop d'iodure de fer et de l'huile de foie de morue.

Le 13 mars, la circonférence a 28 pouces et demi, pouls à 64; la température n'a pas dépassé 37°,7 à aucun moment de la semaine. Le 20 mars, circonférence 27 pouces, pas de signes d'épanchement; on sent les intestins accolés les uns contre les autres. Température 37°,2. 10 avril, la température ne s'est pas élevée et l'amélioration continue. On sent encore que les intestins sont

accolés ensemble. Encore de la matité au sommet gauche, mais pas de râles humides. L'amélioration progressa encore et la malade se trouva bien tout l'été. Mais j'ai appris en octobre qu'elle avait de nouveau été prise de fièvre et que le poumon droit se trouvait attaqué.

L'observation CLVIII paraît être un exemple de ces cas signalés déjà (p. 450), où du liquide s'amasse dans le péritoine sous l'influence d'un processus inflammatoire subaigu.

OBS. CLVIII. — *Ascite.* — *Anémie (tubercule?).*

Martha W., âgée de 11 ans, fut admise à l'hôpital Middlesex le 17 juillet 1868. Son père est mort phthisique; sa mère et une sœur se portent bien; elle n'a pas de frères. Il y a quelques années, elle a eu la rougeole et la coqueluche. Au printemps dernier, elle a toussé et expectoré pendant quelques mois, mais elle n'a pas eu de sueurs nocturnes. La toux s'est améliorée, mais un mois environ avant son admission, le ventre a commencé à enfler, et trois jours après survint une diarrhée assez intense; l'enfant maigrit. Il y a huit jours, ponction à 1 pouce et demi au-dessous de l'ombilic; on retire 4 litres d'un liquide transparent. Trois ou quatre jours après la ponction, la diarrhée cessa.

A son entrée, l'enfant est fluette et anémique; l'abdomen est distendu par du liquide et mesure 24 pouces  $\frac{3}{4}$  à l'ombilic. Pas d'œdème; pas de signe d'affection du cœur ou des reins; pas d'augmentation de volume du foie ni de douleur dans cet organe. Pouls à 120. Pas de fièvre ni de sueurs nocturnes. Langue nette; appétit bon; intestins réguliers; un peu de prolapsus anal.

On prescrit un bon régime et du perchlorure de fer avec de l'éther nitreux. Sous l'influence de ce traitement, l'ascite diminua lentement, et vers le 15 août il n'en restait plus trace. La circonférence de l'ombilic n'était que de 24 pouces  $\frac{1}{4}$ , et l'état général paraissait bon.

Le cas suivant est remarquable. Malgré le degré inusité de la sensibilité, la lenteur du pouls, l'abaissement de la température et le caractère paroxystique de la douleur nous ont fait considérer tout d'abord le cas simplement comme une crise de forte colique. Sa pathogénie était cependant probablement semblable à celle du dernier cas.

OBS. CLIX. — *Symptômes de coliques suivis de signes d'ascite.*

Edward G., âgé de 21 ans, qui avait été ouvrier typographe, mais qui travaillait depuis six semaines chez un graveur et doreur, fut admis le 12 avril 1868 à l'hôpital Middlesex. Le 6 avril, il avait été pris subitement de douleur violente dans l'abdomen et d'efforts de vomissement. La douleur n'avait jamais cessé depuis et avait été sujette à de violentes exacerbations; les vomissements étaient revenus tous les jours, mais pas avec la même intensité qu'au début. L'intestin avait fonctionné le 8 et le 10 après l'emploi d'huile de ricin et de laudanum. Peu de temps avant cette crise, le malade avait eu une blennorrhagie et il assura que quelques années auparavant il avait eu une semblable crise de douleur abdominale, mais beaucoup moins forte.