

A son entrée, le malade se plaignait encore d'une douleur constante dans l'abdomen, avec de fréquentes exacerbations aiguës; le moindre mouvement l'augmentait. L'abdomen était également le siège d'une vive sensibilité, surtout marquée au niveau du cæcum. L'abdomen était distendu et tympanique, et la respiration entièrement thoracique. Vomiturition fréquente d'un peu de matière bilieuse; liséré gingival rouge foncé (pas bleu); langue humide et légèrement chargée; soif; pas de garde-robres depuis deux jours. Pouls à 84, peau fraîche, température sous la langue 36°,1. Pas d'albumine dans l'urine.

On prescrivit au malade un bain chaud, des fomentations chaudes sur le ventre, un lavement d'un litre et demi d'eau d'orge avec 16 grammes de teinture d'asa fœtida et 6 centigrammes d'opium toutes les quatre heures. Le lavement procura deux garde-robres abondantes, mais ne calma pas la douleur. Le 13 avril, on prescrivit 2 centigrammes d'extrait de belladone toutes les trois heures, mais le jour suivant, la douleur, la sensibilité et la tension abdominales avaient augmenté, bien que le pouls ne fût qu'à 72 et la température à 36°,1. On lui prescrivit de nouveau 6 centigrammes d'opium toutes les quatre heures, une potion à l'huile de ricin avec du laudanum, et de fréquents lavements. Il continua jusqu'au 17 avril à prendre 36 centigrammes d'opium par jour, et à partir de cette date, il n'en prit plus que la moitié jusqu'au 23. Sous l'influence de ce traitement, les intestins fonctionnèrent convenablement, et les paroxysmes de la douleur furent moins intenses; mais il eut encore de temps en temps des vomissements, l'abdomen devint plus gros et plus tendu, et le 19 avril il y avait des signes manifestes d'épanchement péritonéal. En frappant un petit coup sec on produisait un frémissement ondulatoire qui se propageait d'un côté à l'autre, et quand le malade était couché, on constatait dans les deux flancs de la matité qui variait suivant la position prise par le malade. Il a encore eu de temps en temps des paroxysmes de douleur, mais le ventre n'est plus sensible. Le pouls s'est maintenu à 72 et la température a rarement dépassé 36°,6. Les signes d'épanchement péritonéal avec parfois de légers paroxysmes de douleur persistent jusqu'au 4 mai. Puis le volume de l'abdomen diminua graduellement, et le 18 mai il avait repris ses dimensions normales et ne présentait pas de signe d'épanchement, et le malade quitta l'hôpital; débarrassé de sa douleur.

L'observation CLX est un bon exemple d'épanchement péritonéal par lésion rénale. Pendant la vie, on porta le diagnostic de gros rein blanc consécutif à une néphrite et passant à l'état de rein graisseux; et bien qu'on ait trouvé à l'autopsie, contrairement à ce qu'on attendait, un des deux reins très-rétracté par quelque ancienne maladie, vous remarquerez que l'autre avait trois fois le volume et le poids d'un rein normal.

OBS. CLX. — *Épanchement péritonéal par affection rénale. — Albuminurie et anasarque générale. — Péricardite et pleurésie. — Mort par urémie. — Hypertrophie considérable du rein gauche et atrophie du droit.*

James S..., âgé de 23 ans, fut admis, le 12 mars 1868, à l'hôpital Middlesex. Sauf une attaque de « fièvre gastrique », il y a deux ans et demi, sa santé a

toujours été bonne. Il n'a jamais eu la scarlatine; seulement depuis neuf ans il a l'habitude de travailler dans une pièce très-chaude et de prendre journellement du gin comme de la bière. Six semaines avant son entrée, il alla un soir du West-End dans la Cité et fut mouillé en route complètement. Trois jours après, il remarqua un soir, en ôtant ses bottes, que ses pieds étaient enflés, et le lendemain matin il y avait un peu d'enflure des jambes, des cuisses, du tronc et même de la face; il continua à aller travailler pendant deux ou trois jours, et puis se présenta à l'hôpital Saint-Barthélemy où il resta un mois, mais où il se trouva plutôt pire que mieux. Quatre ou cinq jours avant son entrée à l'hôpital, il remarqua qu'il avait la respiration courte.

Au moment de son admission, le facies de ce malade est extrêmement anémique, empâté et bouffi. Gonflement œdémateux considérable du tronc, des extrémités et du scrotum. Pouls à 84; matité cardiaque légèrement augmentée; bruits faibles, mais à cela près normaux. Matité sur le quart inférieur des deux poumons, avec murmure respiratoire très-faible et éloigné, et gros râles crépitants. Foie et rate de volume normal; pas d'ictère ni de sensibilité abdominale, mais épanchement péritonéal manifeste. Langue épaisse; parfois les aliments sont vomis; intestins réguliers. Urine rare et trouble, contenant beaucoup d'albumine (1/3 en volume); elle dépose un sédiment où l'on trouve de nombreux corpuscules sanguins et quelques cylindres granuleux ou graisseux, mais pas de cylindres hyalins ou épithéliaux. Un peu de douleur en pressant sur les reins.

Traitement. — Bains chauds ordinaires et bains d'air chaud, ventouses sèches, sinapismes et cataplasmes sur les lombes; drastiques, tel que la poudre de jalap composée, les sels et le séné, et plus tard l'élaterium, le perchlorure de fer avec de fortes doses de liqueur d'acétate d'ammoniaque, et plus tard les diurétiques, tels que l'acétate et le bitartrate de potasse avec la digitale.

Tout d'abord, amélioration légère, mais l'anasarque et l'hydropisie des séreuses augmentèrent graduellement. Du 1^{er} au 8 avril, double bruit de frottement péricardique, et quand il cessa on constata que la matité cardiaque mesurait 4 pouces (au lieu de 2) transversalement et que les bruits cardiaques étaient très-faibles. Le 8 avril, l'urine se prit presque en masse par l'ébullition. Le 11 avril, la matité s'étendait à toute la moitié inférieure des deux poumons et il y avait de l'orthopnée. L'ascite avait également augmenté. Le malade a l'air lourd et hébété; mémoire un peu confuse. Il n'a pas reposé de la nuit et a vomis de temps en temps. Le 13 et le 14 avril, l'urine dépose de nombreux corpuscules arrondis, distendus par de l'huile, d'environ 1/800 de pouce de diamètre et très-analogues aux corpuscules granuleux qu'on a rencontrés dans le tissu cérébral ramolli. Le 15 avril, pas de garde-robe et pas d'urine pendant 24 heures; on retire avec le cathéter environ 120 grammes d'urine qui se prend presque complètement par l'ébullition. Langue sèche et brune; haleine très-fétide et idées confuses. Le même soir, le malade eut une légère attaque de convulsions suivies de coma, qui malgré les révulsifs à l'extérieur et l'huile de croton à l'intérieur, et les bains d'air chaud, persista jusqu'à la mort le 17 au matin.

Autopsie. — Cerveau anémique, environ une once de sérosité claire, contenant beaucoup d'urée, dans les ventricules latéraux et à la base. Près d'un demi-litre de sérosité trouble dans le péricarde. Surface du cœur recouverte d'une couche rugueuse de lymphé faiblement adhérente; cœur gros, pesant 530 grammes; hypertrophie considérable du ventricule gauche, mais valvules normales. Chaque plèvre contenait environ 1/2 litre de sérosité claire et le lobe inférieur du poumon gauche était recouvert d'une couche mince de lymphé récente; poumon extrêmement œdémateux. Le péritoine contenait plusieurs pintes de sérosité claire. Foie, rate et muqueuse stomacale très-congestionnés. Rein gauche très-gros et pesant environ 425 grammes; surface unie et capsule non adhérente; substance corticale très-hypertrophiée et mesurant en certains points 2/3 de pouce entre la base de la pyramide et la surface externe; pyramides congestionnées, mais substance corticale pâle; les tubes rénaux gorgés de cellules épithéliales, la plupart très-granuleuses, et bon nombre remplies d'huile; dans l'intérieur de quelques tubes, corpuscules granuleux composés, gros, globulaires, pareils à ceux trouvés dans l'urine pendant la vie. Rein droit très-petit et ne pesant que 45 grammes environ, surface granuleuse et capsule adhérente; substance corticale dense et atrophiée, atrophie de quelques tubes rénaux; d'autres contenaient de l'épithélium granuleux ou graisseux ou des corpuscules granuleux composés. L'uretère droit n'était pas obstrué et le bassinnet n'était pas dilaté; l'artère rénale droite n'était pas non plus obstruée, mais elle était contractée brusquement et réduite à la moitié de son calibre vers le milieu de son trajet.

L'observation CLXI nous montre une ascite par hépatite interstitielle, consécutive à une affection valvulaire du cœur (voir aussi p. 152).

OBS. CLXI. — *Insuffisance mitrale. — Atrophie chronique du foie. Ascite et ictère.*

Marie T..., âgée de 61 ans, entra à l'hôpital Middlesex le 24 février 1868. Depuis 20 ans, elle a été sujette à tousser l'hiver, et depuis 15 ans elle se plaint de palpitation et de dyspnée quand elle se livre à quelque effort musculaire. Il y a trois ans, la dyspnée a augmenté, et au bout d'une année les jambes ont commencé à enfler; elle fut même obligée de garder le lit trois mois pour cela. Au bout d'une autre année, elle remarqua pour la première fois que son ventre enflait; cette tuméfaction, de même que celle des jambes, augmenta lentement. La malade assura qu'elle n'avait jamais eu de rhumatisme aigu, mais que pendant plusieurs années elle avait éprouvé des douleurs dans les membres et aussi des crises de diarrhée. Ses règles ont cessé à l'âge de 30 ans. Quelques semaines avant son admission, la peau est devenue ictérique.

Au moment de son entrée, la malade a le faciès anxieux; les lèvres et les joues sont livides. Œdème considérable des extrémités inférieures et tension des téguments. Œdème considérable aussi du bras gauche, mais pas de bouffissure de la face ni de tuméfaction du bras droit. L'abdomen est énormément distendu par du liquide péritonéal et mesure à l'ombilic 39 pouces. Pouls

à 120, petit et faible, mais régulier. La pointe du cœur bat entre la cinquième et la sixième côtes, un peu à gauche du mamelon gauche. L'étendue de la matité cardiaque est augmentée transversalement; elle mesure 3 pouces, l'augmentation portant principalement sur le côté gauche; au point où l'on sent l'impulsion cardiaque, on entend un bruit de souffle présystolique prolongé. Respirations 40 et embarrassées; toux fréquente, avec expectoration de mucus puriforme; râles bronchiques sur la plus grande partie des deux poumons, et gros râles crépitants avec respiration affaiblie sur la moitié inférieure et postérieure des deux poumons. Langue humide et chargée; soif vive, pas d'appétit; vomissements fréquents après le repas; sensibilité à l'épigastre; trois ou quatre garde-robes dans la nuit avant son admission. Étendue de la matité hépatique très-diminuée: elle ne dépasse pas 3 pouces sur la ligne mammaire droite; teinte ictérique marquée de la peau et des conjonctives et réaction nette du pigment biliaire dans l'urine, qui était rare, mais sans albumine. Intelligence nette. Sommeil très-mauvais, à cause de l'orthopnée.

La malade fut traitée par les diurétiques (éther nitreux, acétate de potasse et décoction de sommités de genêt, avec une pilule composée de digitale, de pilule bleue et de squille) et les alcooliques (gin 230 grammes et eau-de-vie 115 gr.) et cataplasmes de moutarde et farine de lin sur la poitrine. Néanmoins la prostration et la dyspnée augmentèrent. Le 26 février, le pouls était à 86, extrêmement faible et irrégulier; respirations 48, mais interrompues par une toux fréquente; crachats jaunes, purulents, nummulaires; veines du cou turgescents, avec légère régurgitation d'en bas. Six ou sept selles la nuit précédente. L'hydropisie a augmenté, la main et le bras droits sont maintenant œdémateux. Ces symptômes ont persisté jusqu'à la mort de la malade, à minuit, entre le 27 et le 28 février.

Autopsie. — Le cœur pèse environ 400 grammes; l'orifice mitral est très-resserré, il admet juste l'extrémité du doigt; les valves de la valvule sont très-rigides et épaissies par un dépôt fibreux et calcaire, qu'on retrouvait dans les valvules aortiques, qui cependant étaient suffisantes; orifice tricuspide légèrement dilaté. Fortes adhérences entre les faces opposées des deux plèvres; plèvres pulmonaires épaissies et partie inférieure des deux poumons condensée par l'effet de bandes fibreuses qui la traversent et qui déterminent l'œdème et la congestion du tissu pulmonaire interposé. Ramifications bronchiques dilatées, parois épaissies et intérieur rempli de pus. Le péritoine contenait quelques litres de sérosité jaune. Foie très-petit et dense, avec abondant dépôt fibreux à sa surface et s'étendant aussi dans sa substance; surface externe en certains endroits granuleuse, les dépressions correspondant au centre des lobules; le foie ne pesait que 880 grammes. Muqueuse stomacale fortement injectée, avec quantité de mucus adhérent et de nombreuses érosions hémorragiques. Reins légèrement granuleux.

Bien que, dans le cas suivant, le malade se soit rétabli à trois reprises différentes, de sorte qu'on n'a heureusement pas eu l'occasion de vérifier le diagnostic, il y a peu de doute que l'épanchement péritonéal était dû,

comme dans d'autres cas que je vous ai rapportés (voir leçons IV et VIII), à une obstruction portée par cirrhose hépatique.

OBS. CLXII. — *Alcoolisme. — Cirrhose hépatique. — Rate grosse. — Ascite. Gastro-entérite. — Épistaxis et hématomèse. — Guérison de l'ascite à trois reprises par les diurétiques et autres médicaments.*

Étienne D..., âgé de trente-neuf ans, fabricant de pipes, fut admis le 23 avril 1868 dans mon service à l'hôpital Middlesex. Sa mère vivait encore et avait soixante-seize ans, mais son père est mort à soixante et un ans et un frère à vingt-huit ans d'excès de boissons. Le malade a depuis bien des années l'habitude de consommer largement de la bière et des spiritueux, surtout de ces derniers, et pendant ces quatre dernières années, il a fait de nombreux excès d'eau-de-vie et de rhum.

Bien qu'il n'ait jamais eu d'attaque de delirium tremens, le matin il tremble souvent beaucoup. Malgré ses habitudes d'intempérance, il a joui d'une bonne santé jusque trois ans avant son admission, où il commença à éprouver tous les huit jours des pincements douloureux dans l'abdomen suivis de diarrhée, qui fut arrêtée par une mixture de craie. Neuf mois avant son admission, il commença à avoir des vomissements le matin, trois ou quatre fois la semaine, et trois mois avant cela, il eut des hémorrhoides qui donnèrent du sang. L'année dernière, ses gencives aussi saignaient facilement; il avait de plus maigri. Cinq semaines avant son admission, les vomissements devinrent plus fréquents et il commença à éprouver des crises de douleur aiguë dans le côté droit de l'abdomen, caractérisée par une sensation de torsion. Au bout d'une quinzaine, les vomissements s'arrêtèrent, mais la diarrhée continua et il remarqua pour la première fois que l'abdomen commençait à grossir; cette enflure augmenta rapidement et pendant la dernière semaine occasionna beaucoup de dyspnée. Le malade a néanmoins continué jusqu'à son admission à faire abus de vin de Porto et d'eau-de-vie avec de l'eau.

État du malade à son entrée. — Corps chétif, contours saillants, face blême, teinte ictérique marquée des conjonctives, mais pas d'ictère manifeste au tronc ni aux extrémités; capillaires de la face très-développés. Pas de bouffissure de la face ni d'anasarque des extrémités. Le malade se plaint surtout d'une grande faiblesse, du gonflement de son ventre et de la douleur qu'il y éprouve. L'abdomen n'est pas sensible; mais il est très-distendu et mesure 34 pouces à l'ombilic. L'augmentation de volume tient évidemment à une ascite. Les veines abdominales sont très-apparences et un peu plus grosses qu'à l'état normal, surtout au niveau du cœcum où elles forment un réseau distinct qui se lie avec les veines montant vers la poitrine. La matité hépatique sur la ligne mammaire droite ne peut être appréciée nettement; mais on sent assez bien le foie à l'épigastre à travers les parois abdominales: il est dur et résistant, sans nodules appréciables. La matité de la rate est augmentée, elle mesure 4 pouces verticalement et s'étend en avant jusqu'à 2 pouces et demi en deçà de la ligne mammaire. Langue recouverte d'un épais enduit jaune; appétit médiocre, quatre garde-robes par jour; matières aqueuses et jaunes.

Pouls à 108; signes physiques du cœur et des poumons normaux. Urine acide, densité 1017; pas d'albumine, mais une petite quantité de pigment biliaire.

Prescription: 4 doses par jour d'une potion contenant acétate de potasse 1 gr. 20, éther nitreux 2 grammes, et de la décoction de sommités de genêt 45 grammes; deux fois par jour une pilule avec scille 3 centigrammes, poudre de digitale 3 centigrammes et pilules bleues 20 centigrammes. Frictions sur le ventre avec l'onguent napolitain belladonné. Interdiction de l'alcool sous toutes ses formes, régime uniquement composé de lait, thé-de-bœuf et quelques substances amylacées. On n'essaya pas d'arrêter la diarrhée. Tout d'abord, amélioration. Fréquentes coliques dans l'abdomen; le 2, 3, 6 et 7 mai, crises de vomissements, et le 7 également épistaxis légère. La quantité d'urine augmenta tout de suite et l'ascite diminua comme le montrent les mesures suivantes:

Circonférence à l'ombilic le	Date	pouces.
—	23 avril	34
—	27 —	33,6
—	4 mai	31,75
—	6 —	30,75
—	11 —	29,25
—	22 —	28,25

Le 22 mai, le malade était considérablement mieux. L'abdomen avait son volume normal, et il n'y avait pas de signes d'ascite. La diarrhée et les vomissements avaient cessé; l'appétit était meilleur et le malade pouvait garder les aliments. La matité de la rate était réduite, et la matité hépatique mesurait 3 pouces et demi sur la ligne mammaire droite, cette augmentation apparente étant probablement due à ce que son bord inférieur n'était plus masqué par les intestins météorisés. A l'épigastre, on sentait le foie dur et vaguement nodulé.

Le 22 juin, le malade quitta l'hôpital, sans que l'hydropisie eût reparu. Il avait repris de l'embonpoint.

Il ne tarda pas à retomber dans ses abus de bière et de spiritueux. Mais sauf une épistaxis et une attaque de diarrhée pendant l'été de 1869, il jouit d'une bonne santé jusqu'aux premiers jours de mars 1870, où il eut de fortes nausées, des vomiturations le matin, de la douleur et de la sensibilité dans la région hépatique, et le ventre se remit à grossir. Vers la fin de mai, les jambes commencèrent à enfler, il y eut de la gêne dans la respiration et, un jour, le malade vomit un demi-litre de sang. Le 30 juin, il rentra dans mon service à l'hôpital de Middlesex.

Voici les principaux symptômes: — Face blême, vive démangeaison à la peau, mais pas d'ictère. Vomiturations fréquentes, mais la nourriture n'est pas rejetée et l'appétit est bon; langue extrêmement lisse, dépourvue de papilles et rouge; deux garde-robes molles dans la journée. Circonférence au niveau de l'ombilic 34 pouces 1/2; ascite considérable; foie gros et ferme, mais sans inégalités; la matité hépatique est de 5 pouces 3/4 sur la ligne mammaire droite et le bord inférieur dépasse les côtes de 2 pouces 1/4. Pas d'augmentation manifeste du volume de la rate. Œdème considérable des jambes. Urine claire, et contenant des traces de pigment biliaire, mais pas d'albumine. Pouls à 76;

bruits du cœur normaux. Respiration embarrassée, mais pas de signe d'œdème pulmonaire, ni d'épanchement pleural. On prescrit d'abord le bismuth et la diète lactée pour arrêter les vomissements; puis, le traitement consiste en pilules composées de pilule bleue, scille et digitale; une mixture de perchlore de fer et d'éther nitreux et de temps en temps des purgatifs salins. Le malade s'améliora de nouveau rapidement, et le 28 juin il quittait l'hôpital avec un bon appétit, plus de vomissements, plus d'ascite appréciable; la circonférence à l'ombilic était de 32 pouces, mais sans diminution dans le volume du foie.

Le 12 mars 1873, le malade fut admis une troisième fois à l'hôpital, dans le service du docteur H. Thomson, avec des symptômes semblables à ceux de ses deux premières attaques, mais, en plus, avec une bronchite généralisée et une induration fibroïde du poumon droit. Le foie s'étendait maintenant à 1 pouce au-dessous de l'ombilic et sa surface était nettement nodulée. Le malade quitta de nouveau l'hôpital le 29 mai, se trouvant beaucoup mieux. Quelques mois après avoir quitté l'hôpital, l'hydropisie reparut, avec de larges plaques de sphacèle aux jambes et le malade finit par succomber. Il n'y eut pas d'autopsie.

Dans une des premières leçons (leçon VI), j'ai attiré votre attention sur des cas d'ascite résultant d'un cancer du foie. Dans le cas suivant, l'ascite sans ictère fut produite par la compression exercée sur la veine porte par une masse de ganglions cancéreux de la scissure porte, de même que nous avons rencontré l'ictère, avec ou sans ascite, produit par une semblable cause (leçon X).

OBS. CLXIII. — *Cancer de l'estomac et de l'épiploon. — Ganglions cancéreux comprimant la veine porte et produisant de l'ascite. — Nodules cancéreux dans les parois abdominales.*

Charlotte H..., âgée de cinquante-quatre ans, fut admise le 5 mars 1869 à l'hôpital Middlesex. Son père a vécu jusqu'à quatre-vingt-quatre ans. Sa mère et deux grandes sœurs sont mortes, on ne sait pas de quoi. Sauf une toux qui est revenue tous les hivers pendant six ans, la malade a joui d'une bonne santé jusque dans les premiers jours de décembre 1868. Elle commença alors à souffrir dans la partie supérieure de l'abdomen, à vomir après le repas, à éprouver de la prostration, de l'anorexie, et à maigrir. Vers la même époque, elle remarqua que son ventre et ses jambes commençaient à enfler.

A son entrée, la malade est dans une grande prostration; elle a du vertige. Anémie marquée; œdème modéré des deux jambes. Abdomen considérablement distendu par du liquide, mais pas de sensibilité. Pas de tumeur appréciable et pas d'augmentation manifeste du volume du foie; sous la peau des parois abdominales on sent quelques nodules fermes, gros comme des pois. Langue nette, appétit médiocre, ventre libre; pas de vomissements, mais douleur intense après le repas. Pouls à 108; artères rigides; premier bruit du cœur à la base un peu prolongé. Un peu d'engourdissement dans le bras gauche; on a de la peine à distinguer ce que dit la malade.

Après son admission, les vomissements reparurent sous une forme pressante. Le bismuth, la créosote, l'opium et les vésicatoires morphinés ne purent en avoir raison. Les matières vomies étaient vert foncé. La douleur à l'épigastre persistait. On donna des lavements d'eau-de-vie et de thé-de-bœuf; mais la malade déclina rapidement et succomba le 14 mars.

Autopsie. — Trois litres de sérosité dans le péritoine. Au pylore se trouvait une tumeur cancéreuse molle, s'étendant à 4 pouces dans l'estomac, sa surface interne profondément excavée par une ulcération, de façon à former une cavité communiquant au-dessus avec l'estomac et au-dessous avec le duodénum. Dépôts cancéreux étendus dans les ganglions du petit épiploon, amas aussi gros qu'un œuf de poule comprimant la veine porte. Ganglions rétro-péritonéaux situés en avant de la colonne également cancéreux et formant une masse qui pressait sur la veine cave. Face inférieure du diaphragme parsemée de petites masses cancéreuses; les petits nodules sentis durant la vie dans la paroi abdominale étaient de même nature. Rigidité très-marquée au bord fixe des valvules aortiques, qui étaient cependant suffisantes.

Dans le cas suivant, il y a eu un épanchement péritonéal considérable dû à la compression de la veine porte par une tumeur colloïde. Le liquide retiré par la paracentèse contenait du sang et des cellules de matière colloïde.

OBS. CLXIV. — *Ascite. — Tumeur colloïde de l'estomac et du péritoine.*

Daniel B..., ébéniste, âgé de quarante-quatre ans, fut admis à l'hôpital Middlesex, le 1^{er} décembre 1868. Pas d'antécédent de tumeur maligne dans la famille. A l'âge de vingt-quatre ans, il a eu des accidents syphilitiques primitifs, suivis dix ans plus tard d'exostoses au tibia. Il a fait parfois des excès alcooliques, mais ce n'est pas un buveur de profession. Huit mois avant son admission, il commença à se plaindre de faiblesse, perte de l'appétit et de constipation; quatre mois plus tard, survint un ictère qui persista un mois. Il continua à se sentir faible jusque près d'un mois avant son admission, où il remarqua que son ventre enflait, et au bout de quelques jours, il eut dans l'abdomen une crise de douleur aiguë qui dura quelques heures. Le gonflement augmenta rapidement et une semaine environ avant son admission, on retira par la paracentèse environ neuf litres de sérosité claire, couleur paille. Il en résulta un soulagement temporaire; mais le liquide ne tarda pas à se reproduire. Depuis que le gonflement a commencé, le malade a pris force purgatifs et a rapidement maigri.

A son entrée, il n'y a pas trace d'ictère ni d'œdème des téguments, mais le ventre est énormément gros, comparé au corps très-émacié; il est distendu par du liquide péritonéal. La circonférence à l'ombilic est de 35 pouces et demi. Veines des parois abdominales dilatées. La pression sur l'abdomen ne détermine ni douleur, ni sensibilité. Pas de tumeur appréciable, mais la matité de la rate est augmentée et la matité hépatique, sur la ligne mammaire droite, monte jusqu'à la sixième côte, bien qu'on ne puisse sentir le bord inférieur du foie au-dessous des côtes. La langue est extraordinairement rouge et fissurée

au milieu; les gencives sont sensibles et enflées; vomissements fréquents, qui font rendre et les aliments et les médicaments; intestins très-relâchés, environ douze garde-robes par jour. Pouls à 96, régulier et faible; respiration thoracique; poumons et cœur normaux. Température 36°8. L'urine contient des urates en abondance, mais pas d'albumine, ni de pigment biliaire.

Prescription: glace, fer et digitale, charbon végétal et stimulants. La diarrhée s'est calmée, mais l'enflure a rapidement augmenté, et le 4 septembre, on retire près de quatre litres de liquide trouble et brun rougeâtre, densité 1017; ce liquide ne contenait pas de flocons de lymphe, mais de nombreux corpuscules sanguins et quelques grosses cellules à contenu granuleux, exactement semblables à celles trouvées dans la matière colloïde après la mort. Après que le liquide eût été retiré, on ne put encore pas sentir la tumeur, et le foie ne parut pas grossi. L'opération fut suivie d'un soulagement considérable, mais temporaire. Le liquide se reproduisit, les vomissements persistèrent et la prostration augmenta jusqu'à la mort, le 8 décembre.

Autopsie. — Plusieurs pintes de sérum sanguinolent dans l'abdomen. Dépôt énorme de matière colloïde dans le grand épiploon, formant une large masse qui couvrait les intestins. Dépôts semblables à la surface interne des parois abdominales apposés contre la masse morbide de l'épiploon, à la face inférieure du diaphragme et sur le foie. Une large masse, s'étendant le long du petit épiploon dans la scissure porte, entourait et comprimait la veine porte, mais l'intérieur du vaisseau ne renfermait pas de coagulum. La production morbide ne pénétrait nulle part dans la substance du foie. A l'œil nu, elle paraissait consister en une agglomération de petits nodules de matière gélatineuse translucide et elle avait la structure habituelle du cancer colloïde. A l'extrémité pylorique de l'estomac, et s'étendant jusqu'à 5 pouces de la valvule, se trouvait un vaste dépôt colloïde englobant toutes les tuniques. Au-dessus de lui, la muqueuse avait complètement disparu, laissant le tissu morbide à nu. La rate était recouverte par le dépôt colloïde, mais elle était normale et ne pesait que 150 grammes environ.

TREIZIÈME LEÇON

A. HÉPATALGIE. — B. CALCULS BILIAIRES.

C. AUGMENTATION DE VOLUME DE LA VÉSICULE BILIAIRE.

A. Hépatalgie simulée par : 1° la pleurodynie. — 2° la névralgie intercostale. — 3° la pleurésie. — 4° la dyspepsie gastrique. — 5° la colique intestinale. — 6° la colique néphrétique. — Variétés et causes de l'hépatalgie vraie.

B. Calculs biliaires : leurs diverses conséquences et leurs symptômes.

C. Augmentation de volume de la vésicule biliaire : ses causes, ses caractères cliniques et son traitement.

A. — HÉPATALGIE.

MESSIEURS,

La douleur est quelquefois le symptôme le plus saillant dans une affection hépatique, et souvent c'est un aide précieux pour le diagnostic. Prenez garde cependant d'être induits en erreur par des malades qui rapportent constamment au foie une douleur qui n'a rien de commun avec lui. Quand vous avez à faire un diagnostic à ce sujet, ne perdez pas de vue les diverses conditions qui peuvent simuler une douleur hépatique. Ce sont principalement :

- 1° La *pleurodynie*,
 - 2° La *névralgie intercostale*,
 - 3° La *pleurésie*,
 - 4° La *dyspepsie gastrique*,
 - 5° La *colique intestinale*,
 - 6° La *colique néphrétique*.
- 1° La **pleurodynie**, ou rhumatisme des muscles intercostaux, peut siéger dans l'hypochondre droit et dès lors cette douleur aiguë, augmentée par la pression, par le mouvement, par une profonde inspiration ou par la toux, et accompagnée de respirations courtes et saccadées, peut être prise pour la douleur observée dans la péri-hépatite; mais elle en diffère :
- a. En ce que la douleur est plus localisée : elle est souvent limitée à un point entre deux côtes et il n'y a pas de sensibilité à la pression sur l'épigastre ou ailleurs dans la région hépatique, sauf le point que le malade indique comme siège de la douleur.