

## QUARANTIÈME LEÇON

### TUMEURS ABDOMINALES

L'abdomen est généralement volumineux chez les enfants. — Les causes de son augmentation de volume sont diverses, comme le rachitis, les troubles des fonctions digestives, la dilatation par les gaz, la distension par les liquides.

TUMEURS DISTINCTES. — Par augmentation de volume du foie, — par simple hypertrophie. — Dépôt de matière grasse. — Dépôt albumineux. — Kystes hydatiques. — Maladies infectieuses; — par augmentation du volume de la rate. — Rapports de celui-ci avec la leucémie et la disposition aux hémorrhagies. — Par augmentation de volume du rein qui est presque toujours due à une maladie maligne, — par augmentation des ganglions mésentériques, — provenant d'une maladie des intestins ou d'une affection ovarienne, — d'un abcès des parois abdominales.

Je me propose de consacrer cette leçon à de courtes observations sur quelques conditions très variables dans leur nature et leur importance, qui ont ceci de commun, qu'elles amènent une augmentation du volume du ventre; augmentation qui est le premier symptôme d'où naît l'inquiétude des parents; et qui fait qu'on vous consulte.

Avant de parler des tumeurs abdominales chez les enfants, je dois vous dire quelques mots concernant les tumeurs qui n'en sont pas, et qui n'en ont que l'apparence.

Si vous allez dans une galerie contenant des tableaux des anciens maîtres, et que vous regardiez les portraits d'anges que l'on y voit généralement en si grande abondance, vous serez probablement frappés, chez les enfants sous forme d'anges, de l'existence d'un développement de l'abdomen qui vous paraîtra disproportionné.

Vous ferez cette remarque même dans les œuvres des peintres qui, comme Raphaël, idéalisent le plus les sujets qu'ils traitent; tandis que chez d'autres qui, comme Rubens, interprètent la nature plus à la

lettre, la disproportion apparente devient grotesque, et sortie des mains plus positives de Jordaëns, est même repoussante.

Après tout, ces peintres sont les interprètes fidèles de la nature. Dans la première et la seconde enfance, le ventre est relativement beaucoup plus développé que chez l'adulte. Ceci résulte de deux causes principales: l'une est le moindre développement du bassin, l'autre le volume plus considérable du foie, que Frerichs (1) estime être par rapport au poids du corps:

comme 1 : 17 dans les 7 mois de la vie fœtale;

— 1 : 20 à la naissance et aux premiers temps de la vie;

— 1 : 40 chez l'adulte.

Cette prédominance du volume du ventre peut être beaucoup exagérée si l'enfant est petit, faible, ou né avant terme; si les poumons n'ont été qu'incomplètement distendus par l'air à la naissance; si, en conséquence, la poitrine est mal développée, et si, de plus, la puissance musculaire générale est faible, de façon à ce que la pression exercée sur les gaz par les parois intestinales soit moindre que celles qu'ils éprouveraient si l'enfant était robuste.

Dans les cas où l'enfant n'est pas seulement faible, mais est atteint de rachitis, d'autres causes sont mises en jeu, qui augmentent beaucoup le volume du ventre:

1° Non seulement la poitrine est étroite et peu distendue, mais elle est même déformée, et cette déformation s'accompagne d'un déplacement en bas des organes abdominaux.

2° Le rachitis arrête dans une très forte proportion le développement du bassin et des membres inférieurs, et tend ainsi à produire une distension de l'abdomen qu'il n'est pas rare de voir persister même dans l'âge adulte.

3° Non seulement à la maladie se joint une grande faiblesse de la force musculaire, mais aussi, une digestion imparfaite. Les intestins sont alors distendus, non pas seulement parce que les gaz manquent d'une compression suffisante, mais aussi parce qu'ils sont produits avec une abondance qui est le symptôme et la conséquence de la dyspepsie.

4° Dans beaucoup de cas, l'abdomen des rachitiques doit son augmentation de volume au développement morbide produit par la dégénérescence amyloïde ou albumineuse, du foie ou de la rate. Cette cause d'augmentation de volume du ventre n'est pas constante comme les trois autres, et les cas où elle produit le développement insolite sont positivement exceptionnels.

(1) *Clinik der Leberkrankheiten*, 1853, vol. 1, p. 20.

Dans la seconde enfance, on trouve le ventre développé indépendamment de toute disposition au rachitis, et comme symptôme et résultat de mauvaises digestions.

On vous demandera souvent si vous ne pensez pas qu'un enfant a des vers, et non moins souvent si vous ne croyez pas qu'il est atteint de carreau, sans qu'un pareil soupçon soit justifié autrement que par la grosseur insolite de l'abdomen.

Maintenant, quant à ces deux points, il est bon d'avoir présent à l'esprit :

1° Qu'il n'y a point d'état de l'abdomen caractéristique par lui-même de la présence des vers intestinaux.

2° Que, aussi longtemps que le ventre trop gros n'est pas tendu, vous ne devez avoir aucune crainte de l'existence d'une maladie organique.

3° Que, dans certains cas, particulièrement dans la première enfance, vous pouvez rencontrer une tension extrême de l'abdomen, même avec dilatation des veines superficielles des parois, telle qu'on la voit d'habitude dans l'affection mésentérique, bien qu'il n'y ait en réalité qu'une simple distension flatulente de l'intestin.

Dans les cas douteux, vous éviterez l'erreur en faisant deux observations principales :

1° Que vous ne découvriez aucune hypertrophie des glandes en général, et particulièrement des ganglions inguinaux, qui ne manquent jamais de participer à toute augmentation considérable de volume qui peut affecter les ganglions mésentériques.

2° Que la résonnance à la percussion est uniforme et générale. Dans les cas de péritonite tuberculeuse ou de maladie des ganglions mésentériques un peu avancée, ce n'est point le cas; mais vers l'ombilic ou au-dessus, il y a une matité à la percussion relative ou absolue, et dans la péritonite tuberculeuse, il s'y ajoute une sensation pâteuse de l'abdomen, due à l'adhérence d'anses de l'intestin grêle les unes avec les autres et avec le péritoine.

Dans un petit nombre d'occasions, presque toujours chez de jeunes enfants entre deux et trois ans, j'ai trouvé l'abdomen extrêmement distendu, dur, tendu, même un peu douloureux au toucher, et même avec un certain degré de dilatation des veines superficielles; mais toutefois résonnant bien partout à la percussion. L'augmentation de volume était assez considérable pour me faire croire invinciblement qu'il y avait là-dessous quelque maladie profondément cachée; et pourtant cette augmentation disparaissait, comme le gonflement fugace qui se produit chez une hystérique, sous l'influence de la chloroformisation de l'enfant.

J'ai aussi observé un état à peu près semblable chez des enfants plus

âgés, qui étaient sujets à la colique, et chez lesquels on croyait quelquefois sentir les contours d'une tumeur distincte. Cette disposition était due à la contraction spasmodique des muscles de l'abdomen, et pouvait se reconnaître en ce que sa ligne de démarcation n'était jamais complète, mais, très distincte sur un point, cessait de l'être sur un autre; en même temps, parce qu'on ne la trouvait pas toujours, et aussi parce que l'emploi du chloroforme la faisait disparaître. De pareils cas sont rares, mais il est bon d'être prévenu de la possibilité où on est de les rencontrer.

Il est peut-être à propos de consacrer un mot ou deux à l'augmentation de volume de l'abdomen par épanchement d'un liquide. Bien que les parents croient souvent à son existence, cette augmentation de volume par collection d'un liquide est un fait comparativement rare. On la rencontre quelquefois dans le cas d'albuminurie aiguë ou chronique, l'ascite étant en proportion de l'œdème général; elle se montre aussi, mais moins fréquemment, que chez les grandes personnes, dans les cas d'asystolie du cœur, causée par une maladie valvulaire durant depuis longtemps; et dans ces conditions, le diagnostic n'offre pas de difficulté. Il arrive aussi, quelquefois, que le même refroidissement qui, communément, donne naissance à une anasarque aiguë, occasionne l'épanchement de liquide dans la cavité de l'abdomen, accident qui est loin d'être toujours lié à l'existence d'urines albumineuses. Mais, dans ces cas, le liquide se résorbe en général promptement, si on tient le malade au lit, l'abdomen doucement entouré de flanelle, la transpiration provoquée par un bain d'air chaud, et l'action des reins sollicitée par de doux diurétiques. On voit l'ascite se produire dans les premiers temps de la vie, sous l'influence d'un état général de cachexie; le liquide dans ces cas est, toutefois, rarement abondant, et disparaît avec l'amélioration générale de la santé que produisent les toniques et les préparations chalybées.

Mais, outre ces cas, nous rencontrons quelquefois un abondant épanchement de liquide dans l'abdomen, qui s'est formé graduellement en même temps que la santé générale déclinait sans cause apparente, et qui peut être dû à la cirrhose du foie. Il est vrai que la cirrhose est rare dans l'enfance, mais pas rare à ce point que la possibilité de son existence doive être oubliée. En dehors de ces cas, j'ai observé dans quelques rares occasions des ascites par affaiblissement de la santé générale, avec un état mal défini de fièvre et d'émaciation considérable, peau sèche et rude; et des symptômes d'une maladie générale qui font penser à quelque lésion organique grave; ascite qui, en réalité, est due à l'influence de l'impaludisme, comme le prouvent le retour de la santé, la cessation de la fièvre et la disparition du liquide par l'usage persévérant de la quinine. Je confesse qu'il est très difficile de distinguer ces cas;

mais une investigation minutieuse sur la possibilité où a été l'enfant d'être exposé à l'action des miasmes, et le fait qu'une fièvre rémittente, sinon franchement intermittente, a précédé pendant quelques semaines l'épanchement dans la cavité abdominale, suffiront pour nous mettre sur nos gardes, et nous empêcher d'attribuer de prime abord, à une maladie organique qui ne laisse pas d'espoir, des symptômes qui peuvent réellement dépendre d'une cause parfaitement susceptible de disparition.

Dans quelques cas de maladie des ganglions mésentériques, il peut se faire un épanchement dans l'abdomen, rarement il est vrai en grande quantité et de façon à contribuer beaucoup à l'augmentation de volume de l'abdomen. Toutefois, quand il existe, c'est un fait d'une grande importance, attendu que, dans tous les cas de trouble persistant des fonctions digestives avec amaigrissement, augmentation de volume du ventre et hypertrophie des ganglions inguinaux, je considère la fluctuation, même peu distincte, comme ajoutant beaucoup à la gravité du pronostic.

Dans des cas peu nombreux de péritonite tuberculeuse, de petites collections de pus se forment entre les replis de l'intestin et, comme je l'ai déjà signalé, peuvent faire saillie et s'ouvrir à l'ombilic.

Ici toutefois, la gravité des autres symptômes est telle qu'elle laisse rarement de doute sur la nature de la maladie, ou sur la cause de l'augmentation de volume du ventre.

Nous avons maintenant, je pense, énuméré les états les plus importants qui peuvent dans l'enfance causer l'augmentation de volume du ventre, sauf ceux où il existe quelque tumeur bien définie, ou une collection purulente distincte.

Ces tumeurs peuvent être dues :

- 1° Au foie;
- 2° A la rate;
- 3° Aux reins;
- 4° Aux ganglions mésentériques;
- 5° A une maladie des intestins eux-mêmes : fait qui est toutefois d'une rareté extrême, ou à une maladie de l'ovaire;
- 6° A des abcès dans les parois abdominales.

1° Des tumeurs dues à une *augmentation de volume du foie.*

Nous constatons quelquefois une hypertrophie congestive du foie très apparente dans les maladies du cœur, à laquelle nous n'attachons aucune importance spéciale, mais que nous regardons seulement comme une des conséquences des difficultés de la circulation. Dans ces cas, il est vrai, le développement est rarement assez considérable pour constituer une tumeur abdominale distincte, pendant que les symptômes

qui l'accompagnent sont de nature à empêcher tout risque d'erreur.

Un semblable développement du foie se rencontre quelquefois, bien que rarement à un degré remarquable, chez des enfants de deux à trois ans. Il s'accompagne de symptômes dyspeptiques, avec garde-ropes blanches et dépôt abondant d'urates dans les urines; mais sans jaunisse, ou sensibilité douloureuse distincte à la pression dans la région du foie. Il s'accompagne d'un certain amaigrissement et d'une distension flatulente de l'abdomen, mais sans apparence de maladie tuberculeuse; puis les symptômes disparaissent, l'abdomen devient plus petit, le foie reprend son volume normal, sous l'influence des mercuriaux, quelquefois à doses purgatives, mais plus souvent à doses altérantes.

Je signale cet état, moins à cause de l'augmentation de volume du foie, qu'en raison des symptômes généraux qui sont assez fréquemment considérés comme ceux du carreau. L'abdomen est, toutefois, plus souple, moins douloureux, ou sans aucune douleur; la percussion ne fait pas constater la diminution de résonance que l'on trouve généralement autour et au-dessous de l'ombilic dans le cas d'une affection tuberculeuse, et il n'y a aucun symptôme distinct d'hypertrophie ganglionnaire ou de phthisie.

A un âge encore moins avancé, dans la première enfance, et au commencement de la seconde, jusqu'à l'âge de deux ans, nous constatons quelquefois une augmentation de volume du foie due à un dépôt de matière grasse. Au degré le moins accusé, c'est simplement une exagération du foie gras des premiers temps de la vie. Il est pourtant quelquefois plus considérable, s'accompagne du défaut complet de l'accomplissement des fonctions hépatiques, d'une émaciation extrême, et n'est pas nécessairement uni à un dépôt de matière tuberculeuse.

Cet état du foie se trouve aussi quelquefois dans des cas de laryngisme striduleux (*laryngismus stridulus*) et paraît être l'origine de ce défaut d'assimilation qui souvent est la cause excitante des affections convulsives du premier âge.

Le sujet est digne d'une investigation plus complète que celle dont il a été l'objet jusqu'ici. Il est, toutefois, bon d'avoir présente à l'esprit la dépendance possible des convulsions d'un état gras du foie et l'existence également possible d'une atrophie extrême et même mortelle pendant l'enfance, indépendante de tout dépôt tuberculeux. L'existence de cet état explique peut-être, jusqu'à un certain point, comment de jeunes enfants ont dépéri pendant qu'ils étaient nourris avec du lait et des matières farineuses qui habituellement conviennent à cet âge, et ont profité lorsqu'ils ont été mis aux bouillons et à la viande crue, que, dans certains cas, nous voyons être d'une si grande utilité.

J'ai toutefois signalé ces deux classes de faits, plutôt pour donner une idée des états avec lesquels vous pouvez trouver l'augmentation de

volume du foie, qu'en raison de l'existence d'un développement de l'organe capable d'attirer votre attention de prime abord. Vous découvrirez ce dernier en faisant l'examen du ventre, que vous ne devez jamais omettre quand il s'agit de petits enfants. J'ai seulement voulu vous donner une idée de sa signification.

Le foie albuminoïde, amyloïde, ou cireux (*Waxy*) est la forme hypertrophique la plus commune de l'organe, celle qui atteint à une telle dimension qu'elle force l'attention de l'observateur même inattentif.

C'est une des dépendances habituelles du rachitis, et elle est ordinairement liée à une augmentation semblable du volume de la rate. Ce dernier organe est, en effet, le premier affecté d'habitude, et son hypertrophie est comparativement plus considérable que celle du foie.

Un petit garçon de trois ans, mais incapable de marcher, entra à l'hôpital des enfants. Les cuisses et les jambes présentaient les courbures du rachitis, la tête était volumineuse et avait la forme carrée caractéristique que l'on rencontre communément chez les enfants rachitiques. L'enfant était émacié, et on rapportait qu'il avait eu, à diverses époques, de la diarrhée pendant les quatre mois qui venaient de finir, avait subi un amaigrissement considérable, et avait eu de temps à autre des nausées et des symptômes de dyspepsie.

En examinant son ventre qui était très volumineux, on sentait le bord saillant, résistant du foie, à deux pouces au-dessous du rebord des côtes droites, sur la ligne médiane, à trois pouces au-dessous du cartilage ensiforme, et du côté gauche à trois quarts de pouce au-dessous de la dixième côte. La rate, augmentée de volume, présentait les mêmes caractères de dureté, avec un bord saillant descendant jusqu'à un demi-pouce de l'épine iliaque antérieure et supérieure, et s'avancant du côté de la partie interne de l'abdomen, jusqu'à deux pouces et demi de la ligne médiane.

Je n'ai pas à faire plus au complet l'histoire de ce cas. L'enfant, après un court séjour, quitta l'hôpital, étant un peu mieux, mais ayant le foie et la rate aussi volumineux que jamais. Ce qu'il vous importe de retenir, c'est que dans presque tous les cas où le rachitis est très marqué, et les symptômes dyspeptiques intenses, vous trouvez une augmentation de volume du foie et de la rate; que cette augmentation de volume se trouve habituellement unie à une émaciation considérable, mais qu'elle n'a pas de rapport nécessaire avec l'affection tuberculeuse, ni, chez les enfants scrofuleux, avec l'état scrofuleux de l'organisme.

Je ne sais quelles altérations se produisent dans le foie albuminoïde pendant la convalescence des rachitiques, et je ne puis dire si un degré considérable d'hypertrophie du foie produit ou implique une intensité de la cachexie rachitique capable de rendre la guérison impossible. Ces deux points demandent à être élucidés.

Cet état du foie se trouve associé à différents états cachectiques. Le professeur Gubler (1), de Paris, s'est assuré qu'il existe dans la syphilis congénitale, toutes les fois que les symptômes constitutionnels sont très marqués, bien qu'ici le degré de développement de l'organe ne soit pas aussi considérable que celui que l'on observe constamment chez les rachitiques.

Il n'est pas rare de voir l'augmentation de volume du foie coïncider avec les affections scrofuleuses des os; et le Dr Budd, qui a été le premier à attirer l'attention sur cette affection de l'organe hépatique, pense qu'on la trouve toujours, ou presque toujours, dans ces conditions. Ceci n'a toutefois rien d'invariable, car je l'ai rencontrée non seulement dans les cas de rachitis ou de syphilis, mais aussi dans des conditions où on ne pouvait lui assigner, comme cause, aucune maladie constitutionnelle.

Il y a quelques années, une petite fille, née de parents bien portants, me fut présentée à l'âge de quatorze mois. Elle était bien portante à sa naissance, et fut allaitée par une bonne nourrice jusqu'à l'âge de huit mois. A cette époque la nourrice tomba malade à Nice, où la famille résidait depuis six mois, et on éprouva des difficultés et des retards pour s'en procurer une autre. Pendant ce temps l'enfant dépérit, et on observa, dès lors, une augmentation distincte du volume du ventre. Bien qu'on l'eût confiée à une autre nourrice bien portante, l'émaciation continua et ne s'arrêta, ni par le retour en Angleterre, à neuf mois, ni par les tentatives d'alimentation artificielle faites à un an. Les essais d'alimentation artificielle n'ayant pas réussi, et les convulsions s'étant produites, on chercha une troisième nourrice, et, environ une quinzaine plus tard, je vis l'enfant.

Elle était très maigre, et son aspect général était celui d'un enfant tuberculeux, si ce n'est que la physionomie exprimait moins la souffrance, et semblait même assez gaie. La langue était nette et humide, et la bouche tout à fait exempte d'aphthes.

Les membres étaient très émaciés, mais le ventre était très volumineux: il mesurait 0,52 centimètres  $\frac{1}{2}$  à l'ombilic, où, six semaines avant, sa circonférence n'était que 0,47 centimètres  $\frac{1}{2}$ . Les veines superficielles étaient très dilatées, le ventre ne présentait aucune bosse-lure et n'était pas douloureux au toucher.

L'augmentation de volume de l'abdomen résultait de la présence de deux tumeurs. L'une, du côté gauche, s'étendait depuis les fausses côtes jusque dans le bassin; elle avait un bord saillant qui atteignait presque jusqu'à la ligne médiane de l'abdomen. L'autre tumeur, qui

(1) *Mémoires de la Société de biologie*, Paris, 1853, in-8°, p. 25.

occupait principalement le côté droit, empiétait un peu sur le côté gauche; une dépression profonde répondant à son milieu paraissait la diviser en deux moitiés. Le bord de la moitié droite descendait considérablement au-dessous de l'ombilic; la dépression médiane était à peu près de niveau avec ce bord; la moitié gauche remontait insensiblement, et se perdait derrière les côtes.

Six semaines plus tard l'enfant mourut épuisée par la diarrhée, mais n'ayant jamais présenté la pâleur particulière des téguments qui caractérise la leucémie, et qui accompagne souvent l'augmentation de volume de la rate.

Ce n'est pas dans l'enfance seulement que se présente cet état; on peut le rencontrer à tout âge, et avec toutes sortes de complications, mais je crois le plus souvent, sinon invariablement, lorsqu'il existe une diathèse scrofuleuse chez les parents ou chez d'autres membres de la famille.

Un garçon de huit ans qui, dans sa famille, avait perdu plusieurs parents d'affections scrofuleuses, commença à voir sa santé décliner environ un an avant de venir me consulter. A cette époque, il y avait peut-être un peu de plénitude de l'abdomen, mais on ne découvrit de tumeur distincte que trois mois avant que je le visse, tumeur qui depuis ce moment avait rapidement augmenté de volume. L'augmentation de volume de l'abdomen ne s'était accompagnée d'aucune douleur, mais d'une diminution de l'appétit, de désordres intestinaux marqués par la constipation ou la diarrhée, du pyrosis, et parfois des vomissements. L'enfant était grand, mince, de complexion chétive, mais n'avait pas l'air particulièrement maladif; sa langue était nette.

L'abdomen mesurait 0,57 centimètres à l'ombilic : ce développement tenait à la présence d'une tumeur qui émergeait de dessous les côtes droites et s'étendait en bas exactement jusqu'à l'ombilic, au niveau duquel elle était particulièrement saillante; de là elle remontait graduellement vers la gauche et s'enfonçait alors derrière les côtes. Il n'y avait pas de développement de la rate.

La santé de ce garçon subit des oscillations, la tumeur augmenta d'abord de façon à ce que l'abdomen avait un pouce (0,038 millimètres) de plus après trois mois que lorsque je l'avais vu pour la première fois. Il resta ensuite stationnaire, pour augmenter encore plus tard. Il se développait surtout dans le sens où il y avait moins de résistance, comme il arrive dans le cas de toute tumeur; de sorte qu'à la fin d'une année, quand je vis l'enfant pour la dernière fois, bien que la circonférence du ventre n'eût pas augmenté, la tumeur s'étendait en bas jusqu'à la crête iliaque.

Ces tumeurs sont en général faciles à reconnaître à ce qu'elles sont unies, dures, avec un bord tranchant; sans douleur, et d'un développe-

ment lent. Elles ne sont accompagnées d'aucun symptôme pathognomonique résultant d'un trouble de la santé générale, bien qu'elles soient presque toujours associées à un trouble dyspeptique plus ou moins sérieux.

Lorsque la mort survient chez les jeunes enfants, elle paraît due au progrès général de la cachexie rachitique, ou s'il n'existe pas de rachitis, et que le foie soit très gros, la rate est presque toujours, aussi, hypertrophiée, et les symptômes au milieu desquels se produit la mort sont très analogues à ceux de la leucémie.

Chez les enfants, après la période de la dentition, la vie ne paraît pas en danger, aussi longtemps que l'affection reste limitée au foie; bien, il est vrai, qu'une affection tuberculeuse ou scrofuleuse intercurrente puisse devenir fatale. Quelquefois cependant, tandis que l'affection du foie paraît rester stationnaire ou ne progresse que lentement, la maladie peut envahir les reins. L'urine devient rare et très fortement albumineuse, trahissant l'existence d'une forme particulièrement rebelle de dégénérescence du rein, que j'ai rencontrée une ou deux fois, et que j'ai trouvée mortelle.

**Kystes hépatiques.** — Le développement du foie peut résulter du développement de kystes dans sa substance. Ces kystes, quand ils deviennent assez volumineux pour former une tumeur distincte, perceptible pendant la vie, résultent presque invariablement, sinon toujours, du développement d'hydatides.

De toutes les causes de tumeur hépatique, les kystes hydatiques sont, d'après mon expérience personnelle, de beaucoup les plus rares. Je ne les ai rencontrés que deux fois, une fois chez un malade qui mourut, et la seconde chez une petite fille chez laquelle la ponction du kyste paraît avoir été suivie de la guérison, car six années se sont maintenant écoulées sans aucun signe de la réapparition de la maladie.

Dans le cas qui fut mortel, la tumeur, qui sans doute devait exister quelque temps auparavant, fut découverte pour la première fois à l'âge de 11 ans. Elle s'était développée dans le flanc droit, sans s'accompagner d'aucun trouble général; mais quand elle fut d'un certain volume, il survenait de temps à autre de violents accès de douleur. Ces attaques dépendaient, je crois, en grande partie de la pression du kyste agrandi, contre les parois de la poitrine et en haut contre le diaphragme.

A part ces exceptions, la santé générale du malade ne fut troublée que six semaines avant sa mort, qui survint à 17 ans. Des troubles gastriques, de la diarrhée et des douleurs intenses dans l'abdomen survinrent alors; il se fit un épanchement dans le péritoine, et la mort eut lieu six semaines après le commencement de ces symptômes.

Je ne veux pas faire l'étude pathologique de ces tumeurs, ni agiter la

question de leur traitement, mais je dois vous faire observer que la question de la ponction du kyste aurait dû être examinée alors qu'il était moins avancé.

Quand la mort survint, la tumeur avait pris des dimensions telles que, d'un côté, à gauche, elle descendait plus bas que les fausses côtes, et un peu moins du côté droit; tandis qu'en haut elle avait refoulé le diaphragme un peu au-dessus du bord supérieur de la troisième côte à droite, et de la seconde à gauche.

Cette tumeur ne suivit pas la loi de développement par en bas, là où elle rencontrait le moins de résistance, loi que je vous ai signalée comme présidant au développement lent de l'hypertrophie amyloïde du foie.

Dans l'autre cas, on découvrit la tumeur dans l'hypochondre gauche d'une petite fille de six ans, pendant un accès de vomissements bilieux; trois mois plus tard, les vomissements se reproduisirent avec des douleurs vives dans la tumeur, et ensuite deux ou trois autres fois avec moins d'intensité.

Je vis cette enfant, alors qu'elle avait six ans et demi. Il y avait une saillie arrondie, dans le côté gauche et à l'épigastre, qui soulevait les côtes et allait se confondre avec le foie. Elle ressemblait au segment d'une grosse orange, et faisait à son point culminant une saillie d'environ 0,05 centimètres; elle était unie, élastique, vibrante et presque fluctuante à la percussion; pendant l'inspiration, elle s'abaissait en même temps que le foie.

On fit la ponction, qui donna issue à 790 grammes de liquide; après trois mois, le kyste parut se remplir, mais il se rétracta de nouveau dans l'espace de quelques mois, et je sais que l'enfant continue à aller parfaitement bien depuis six ans, bien que je ne l'aie pas vu depuis cinq, alors qu'on sentait encore une masse solide à la place du kyste hydatique; masse qui ne donnait aucune sensation indiquant qu'elle contient du liquide.

Le diagnostic de ces tumeurs n'offre pas beaucoup de difficulté. Leur développement n'est marqué par aucun symptôme pathognomonique, pas même constamment par de la dyspepsie, des troubles des fonctions du foie, ou de la douleur; et toutes les fois que celle-ci se montre, elle dépend presque invariablement, ou même toujours, d'une pression mécanique.

La tumeur hydatique est unie, globuleuse, fluctuante, ou au moins donne la sensation d'un frémissement à la percussion. Vous vous rappellerez que les kystes peu volumineux, tendus, ne donnent pas lieu à une fluctuation distincte, mais tout au plus à une sorte d'élasticité. Les difficultés de diagnostic que vous éprouverez dans le cas de petits kystes ovariens situés dans la cavité du bassin vous convaincront de la vérité de cette observation.

Il est presque inutile de faire observer que ces tumeurs ne s'accompagnent d'aucune hypertrophie générale du foie, mais se développent dans sa substance et jusqu'à un certain point à ses dépens. Nulle part on ne sent le bord saillant qui caractérise si bien le foie albuminoïde, ni les nodosités de la surface, caractéristiques d'une tumeur maligne. Il n'est pas question d'une affection aiguë à son début, ni d'aucun symptôme de cachexie provenant de sa durée.

**Tumeur maligne du foie.** — L'augmentation de volume du foie peut dépendre d'une maladie de mauvaise nature.

Un des inconvénients de la pratique médicale dans les grandes villes, c'est que nous y voyons une phase d'un très grand nombre de faits, mais pas de faits dans leur totalité; que l'on observe le commencement d'un de ces cas, le milieu d'un second et la fin d'un troisième. C'est ainsi que, pendant que j'ai été à même de voir plusieurs faits, considérés comme des exemples d'une maladie maligne du foie, je n'en ai pu suivre qu'un depuis le commencement jusqu'à la fin.

Dans ce cas, l'affection présentait des indices vagues d'une maladie abdominale dans laquelle rien n'indiquait qu'il s'agit plutôt d'un organe que d'un autre; et la tumeur, qui avait émigré de dessous la face inférieure du lobe droit du foie, était considérée comme due à un développement morbide des ganglions mésentériques. Le malade était un petit garçon qui avait huit mois quand les premiers indices du trouble de la santé se montrèrent par de la diarrhée, de la tristesse, de l'amaigrissement et de la diminution de l'appétit; à l'âge de neuf mois, sa mère remarqua quelques masses solides dans l'abdomen, qui, dès le commencement de la maladie, avait été dur et un peu douloureux. L'enfant vécut jusqu'à l'âge d'un an, et pendant les six dernières semaines de sa vie, où j'eus la possibilité de le surveiller, il eut de la diarrhée, qui quelquefois fut très abondante. Il devint extrêmement maigre et sa peau prit une teinte jaunâtre très prononcée; les évacuations diarrhéiques étaient, sous les autres rapports, naturelles. Aucune hémorragie intestinale ne se produisit, et chaque fois qu'on examina l'urine, on la trouva parfaitement naturelle. Pendant le dernier mois, il eut un peu de toux et la respiration sifflante; mais la mort parut être le résultat de la persistance de la diarrhée et de la douleur intense qu'éprouvait l'enfant; l'épuisement provenant sans doute en grande partie de ce que le sang qui aurait dû servir à la nutrition servait à alimenter l'énorme masse fongique qui existait dans le foie.

Durant les six semaines qui s'écoulèrent pendant que je donnai des soins à cet enfant, la circonférence du ventre passa de 0,50 cent.  $\frac{1}{2}$  à 0,62  $\frac{1}{2}$ , et la tumeur, dont la surface était inégale, fut toujours beaucoup plus volumineuse du côté gauche que du côté droit. Il se trouva,