

Si la lésion est localisée dans un seul point du côlon, cet endroit seul est saillant et résistant.

Dans l'**entérite aiguë simple** il est rare qu'il y ait de la tuméfaction et de la douleur, mais on sent un empâtement marqué au niveau de l'ombilic et dans l'hypogastre; une sensation de brûlure, la diarrhée ou la suppression complète des évacuations aident au diagnostic.

La tension, le ballonnement de l'abdomen, sont des signes importants et fort ordinaires de la **fièvre typhoïde**, et l'on doit toujours en étudier avec soin les variations. Au début, il y a une rénitence et une élévation assez fortes dans la région sous-ombilicale; à mesure que la maladie marche, le ballonnement augmente et devient général; si les malades tombent dans l'adynamie, il devient énorme (voyez *Tympanite*). La diminution du volume du ventre commence avec la convalescence. Néanmoins, pendant plus ou moins longtemps, il y a moins de souplesse que de coutume, tout le côté droit de l'abdomen principalement est empâté; cet accident augmente par les écarts de régime, et, très-souvent, la palpation de l'abdomen apprend au médecin si le malade a mangé plus qu'il ne lui a été permis.

Dans le cours de la fièvre typhoïde, la production et la rétention des gaz et des liquides est la cause de cette résistance. Dans la convalescence il semble, au toucher et à la percussion, qu'il y ait plutôt gonflement, tuméfaction congestive de l'intestin lui-même. Les autopsies montrent, en effet, qu'alors les parois intestinales sont épaisses, gorgées de sang et de fluide blanc; cette lésion occupe souvent la région des plaques de Peyer, mais quelquefois aussi toute la longueur du gros intestin.

En définitive, on tiendra toujours compte de l'état de souplesse ou d'empâtement du ventre dans la fièvre typhoïde, et l'on réglera d'après cela le régime des malades.

Dans la **péritonite simple** il y a, par suite de la paralysie intestinale, rétention des gaz et tension plus ou moins forte de l'abdomen; mais il y a aussi douleur plus ou moins forte, contraction des muscles, etc. La tension va jusqu'à la tympanite dans la **péritonite chronique**.

Un fait remarquable c'est le relâchement considérable de l'abdomen dans la **péritonite puerpérale**; ici l'on ne remarque plus cet état de résistance du ventre, quoiqu'il y ait beaucoup de gaz dans l'intestin, et même de la tympanite; on peut déprimer la paroi abdominale de façon à sentir l'utérus et tous les organes intérieurs. Ce défaut de ballonnement s'explique d'ailleurs facilement par la distension énorme que subit la paroi abdominale pendant la grossesse. Il est évident que les intestins peuvent se dilater notablement par le fait de la péritonite sans que la peau soit distendue. Il ne faudrait pas croire cependant que cette flaccidité persiste longtemps. Le ventre se ballonne au bout de quelques jours.

Nous n'insistons pas sur cette espèce d'empâtement que l'on sent autour des foyers d'inflammation ou de suppuration de l'intérieur du ventre. C'est souvent ce caractère qui fait reconnaître l'existence des **phlegmons de la fosse iliaque**, ou des **ligaments larges**, et les **suppurations périnéphrétiques**, etc.

Enfin, on n'oubliera pas que chez les individus nerveux, les femmes hystériques, la paroi abdominale se tend quelquefois sous la main de façon à simuler la résistance et l'engorgement d'organes de l'intérieur de l'abdomen.

## XII. — DES TUMEURS DE L'ABDOMEN.

La palpation fait quelquefois percevoir des *tumeurs* dans la cavité abdominale.

*Caractères.* Ces tumeurs sont extrêmement variables sous le rapport de leurs caractères physiques. Leur volume, leur nombre, diffèrent considérablement. Elles ont une consistance tantôt extrêmement dure, tantôt molle et comme pâteuse; tantôt liquide. Elles sont quelquefois mobiles, et alors le plus souvent parfaitement circonscrites, ou bien adhérentes, et dans ce cas souvent diffuses et comme entourées d'une atmosphère d'engorgement. Elles sont accompagnées ou non de douleur et d'inflammation. Quelquefois la paroi abdominale participe au travail pathologique qui se fait dans la tumeur elle-même ou à

son pourtour. Quelques tumeurs sont sujettes à se déplacer. Il y en a quelquefois deux ou plusieurs, de nature différente.

La recherche des tumeurs abdominales est ordinairement facile. Nous ne saurions trop recommander aux médecins de palper l'abdomen avec beaucoup de légèreté de main, surtout pendant les premiers moments de l'exploration. Trousseau insistait avec raison sur cette précaution. On ne prendra pas pour des tumeurs de l'abdomen, comme le font quelques malades et quelques médecins, la saillie de l'appendice xiphoïde et celle du foie à l'épigastre, la convexité de la colonne vertébrale chez les individus très-maigres. Quelques tumeurs pourront échapper à cause de leur petit volume, de leur mobilité et surtout de la présence d'un épanchement ascitique. Dans ce dernier cas, le liquide passe souvent au-devant de la tumeur et la dérobera ainsi à l'exploration. Si l'on soupçonne une complication de ce genre, on devra déprimer brusquement, avec l'extrémité des doigts, la paroi abdominale, et l'on sera averti de la présence de la tumeur par une résistance assez forte, qui contraste avec le peu de résistance des parties que l'on vient de déplacer. Cette double sensation n'existe pas dans l'ascite simple.

*Diagnostic différentiel.* On ne doit pas confondre les tumeurs de l'abdomen avec la résistance, la tension des muscles abdominaux, avec les hernies, les tumeurs graisseuses et les phlegmons de cette même paroi.

Chez les individus maigres, d'un caractère impressionnable et mobile, et qu'on désigne sous le nom d'individus nerveux, on sent la paroi abdominale se tendre, résister comme une planche et opposer un obstacle invincible aux explorations profondes. On a conscience de la tension brusque, rapide, des muscles, et l'on ne se méprend pas sur ce genre de résistance; mais quand la tension est partielle, comme cela arrive surtout et très-fréquemment à l'extrémité supérieure des muscles droits de l'abdomen, on peut être induit en erreur et croire à l'existence d'une tumeur. L'écueil signalé, c'est en quelque sorte apprendre à l'éviter. D'ailleurs on reconnaîtra la cause de la résistance qu'on éprouve, en faisant mettre les muscles dans le relâchement, en engageant le malade à ne pas faire d'efforts, et en continuant à exercer la pression sur les muscles con-

tractés, mais en l'exerçant pendant longtemps, d'une manière douce, et sur une grande surface.

Cette tension se remarque particulièrement chez les individus doués d'une sensibilité exagérée, impressionnables au chatouillement, lorsqu'il existe une affection douloureuse des organes intra-abdominaux. Enfin, nous avons observé chez un hémiplegique une disposition qui pouvait simuler, tout à la fois, ou une tumeur ou cette tension abdominale que nous signalons. Du côté de l'hémiplegie, la paroi du ventre était complètement relâchée; du côté sain, elle avait son degré naturel de fermeté et de résistance, de sorte que les diverses portions du muscle droit, du côté non paralysé, donnaient au premier abord l'idée de tumeur.

Outre les difficultés que nous venons de signaler, il en est d'autres que la clinique révèle à chaque instant. C'est ainsi que certaines tumeurs peu sensibles de la paroi antérieure de l'estomac ou du lobe gauche du foie sont souvent masquées par l'appendice xiphoïde ou les cartilages costaux. — Il est bon de faire exécuter au malade de grandes inspirations. On sentira souvent alors, au moment du refoulement des viscères abdominaux, des tumeurs qui échapperaient à la main dans des respirations ordinaires.

La distinction entre les hernies intra-pariétales, les tumeurs graisseuses, les phlegmons des parois abdominales et les tumeurs de l'intérieur de l'abdomen n'est pas toujours facile. Cependant, il suffit de signaler ces causes d'erreurs pour qu'on parvienne, après quelques recherches, à les éviter.

[[Enfin, sous peine de tomber dans des méprises ridicules et souvent funestes, le médecin, en face d'une tumeur abdominale, doit toujours songer à l'éventualité possible de la *grossesse*. Nous n'avons pas à rappeler ici avec détails les signes tant probables que certains de grossesse; qu'il nous suffise de mentionner que l'utérus gravide forme une tumeur régulièrement ovoïde, située sur la ligne médiane ou inclinant légèrement à droite; à l'auscultation, on perçoit un souffle doux, isochrone aux pulsations artérielles de la mère (*souffle utérin, souffle placentaire*) et des pulsations d'un rythme bien plus fréquent que les pulsations du cœur de la mère; ce sont les bruits du cœur fœtal, ou *doublets battements*. La palpation abdominale per-

met en outre de percevoir les mouvements actifs (vulgairement les *coups de pied*) du fœtus. Enfin le toucher révèle les modifications du col particulières à la grossesse (raccourcissement, ramollissement) et permet de provoquer le *ballotement* (1).]]

*Des diverses espèces de tumeurs abdominales. — Caractères diagnostiques.*

Ces tumeurs varient sous le rapport de la lésion anatomique qui les constitue et de l'organe qu'elles occupent. En effet, ce sont tantôt des hypertrophies, des phlegmons, des cancers; tantôt des liquides ou des solides retenus dans les organes creux; tantôt des produits fibreux, etc., etc. Et, d'un autre côté, ces diverses lésions peuvent exister, soit dans le tube digestif, soit dans les voies urinaires, les organes génitaux, le péritoine, les vaisseaux, etc., etc.

Avant d'étudier avec détail les principales tumeurs de l'abdomen, donnons d'une manière succincte les caractères fondamentaux qui serviront à en faire reconnaître le siège et la nature.

Ces caractères se tirent principalement du siège de la tumeur et des phénomènes fonctionnels dont elle s'accompagne. On recherchera ensuite si la tumeur est aiguë ou chronique, si elle est unique ou multiple, si elle est liquide ou solide, quelle en est la forme, quel en est le volume. On tirera encore de grandes lumières des phénomènes de voisinage qu'elle détermine, des maladies concomitantes, des causes qui l'ont amenée; et enfin des circonstances d'âge, de profession, d'habitudes des malades.

Le *lieu de l'abdomen* où se trouve une tumeur indique en général quel est l'organe affecté: une tumeur de l'estomac occupera l'épigastre; une tumeur, un kyste du foie apparaîtront à l'hypochondre droit; les tumeurs de la rate dans l'hypochondre gauche, et jusqu'à l'ombilic ou dans la fosse iliaque gauche, mais en remontant toujours dans

(1) Voy. Nægelé et Grenser. *Accouchements*, traduction d'Aubenas. Paris, 1870. — Chailly-Honoré, *Traité de l'art des accouchements*. 6<sup>e</sup> édition. Paris, 1878.

le flanc du même côté. Les tumeurs de la vessie, de l'utérus, montent de l'intérieur du bassin; celles des reins occupent les parties postérieures et latérales de l'abdomen.

On n'oubliera pas de remarquer s'il y a un point où la tumeur adhère, ou paraît se perdre en s'unissant aux autres parties; là est le point de départ, la racine du mal, et, quel que soit le déplacement de la tumeur, il faut toujours ou presque toujours en rapporter le point d'origine à cette région du ventre. Un kyste de l'ovaire peut flotter plus ou moins librement dans l'abdomen, mais il a toujours un pédicule qui descend dans un des côtés du bassin: c'est de là que provient la tumeur.

Ce caractère est important à prendre en considération, car souvent les tumeurs se déplacent, soit par suite de leur poids, soit par suite d'adhérences, de déformations de l'organe où elles ont pris naissance. Souvent les reins calculeux deviennent mobiles. L'extrémité pylorique de l'estomac affecté de cancer a été trouvée dans la fosse iliaque droite, et même dans celle du côté gauche (Rostan); le poids de la tumeur et l'ampliation de l'organe avaient simultanément agi pour produire le déplacement.

C'est alors que les *symptômes fonctionnels* viennent en aide à l'observateur pour lui faire reconnaître que la tumeur, malgré le déplacement qu'elle a subi, a son point de départ dans tel organe plutôt que dans tel autre. C'est ainsi que, dans le cas précédent, on a reconnu dans la tumeur de la fosse iliaque gauche un cancer du pylore, par l'existence de vomissements se reproduisant deux ou trois heures après le repas, et par une fluctuation particulière dont nous parlerons plus bas. Il est bien certain aussi que les tumeurs des voies urinaires s'accompagnent de troubles dans la sécrétion de l'urine; celles de l'utérus, de troubles dans la menstruation, etc. Cependant, ces caractères ne sont pas absolus, car des tumeurs étrangères aux organes peuvent déterminer, par leur voisinage, des symptômes que ceux-ci produiraient s'ils étaient réellement malades. — Mais enfin ces premières observations sur le *siège* et les *troubles fonctionnels* ont pour résultat d'éliminer un certain nombre d'affections et de fixer l'attention sur un petit nombre seulement; et il faut alors avoir recours aux autres phénomènes pour fixer la nature de la maladie; d'ailleurs, la prise en considération de ces autres éléments vient con-

firmer ou infirmer l'idée première qu'on s'était faite sur le siège du mal.

D'un autre côté, on recherchera si la tumeur est *aiguë* ou *chronique*. Tout d'abord, une tumeur indolente, existant depuis des années, ne peut être de la nature des phlegmasies; et, au contraire, une affection survenue depuis peu de jours ou de semaines, douloureuse, qui augmente rapidement et s'accompagne de fièvre, d'accidents aigus, est de la classe des inflammations et éloigne l'idée d'affection chronique; cependant, il ne faut pas oublier qu'un phlegmon aigu peut survenir autour d'une tumeur chronique.

*Forme et volume.* Les tumeurs squirrheuses, tuberculeuses, n'acquièrent pas, même après une longue durée, un volume bien considérable; les premières sont généralement de la grosseur d'une noix, d'une pomme, du poing; ce n'est que très-exceptionnellement qu'elles deviennent aussi grosses que la tête d'un adulte; les secondes sont toujours fort petites; les encéphaloïdes et les kystes, au contraire, s'accroissent rapidement et sans cesse, jusqu'au point de remplir l'abdomen. Quelques-unes ont une forme caractéristique: les tumeurs cancéreuses disséminées dans le foie sont, à leur surface, creusées d'une dépression en cupule, facile à reconnaître à travers la paroi abdominale. La surface du foie est plane et polie, l'intestin bosselé; l'épiploon induré forme souvent une bride transversale à l'épigastre.

La *nature* solide, liquide, gazeuse, du contenu d'une tumeur est d'une haute importance pour le diagnostic.

Le *nombre* des tumeurs varie. Celles qui proviennent d'une cause diathésique, cancer, tubercule, mélanose, matière colloïde, etc., sont presque toujours multiples. Dans le cancer en particulier, on trouve fréquemment plusieurs tumeurs, dont l'une est plus volumineuse que les autres. Celle-ci est la première développée et la principale localisation du mal; les autres sont souvent des ganglions engorgés par suite de résorption de la matière cancéreuse, ou par propagation d'inflammation.

*Causes. Maladies concomitantes.* Un malade présente, dans l'hypochondre droit, une tumeur formée par un développement anormal du foie; la tumeur est lisse et polie, à bord moussé et arrondi, non douloureuse; elle s'est dé-

veloppée lentement; elle est évidemment produite par le foie; mais aucun de ces caractères ne suffit pour qu'on puisse en préciser la nature, car ils appartiennent indistinctement à l'hypertrophie, à la congestion sanguine, à l'état gras ou amyloïde du foie. La considération des affections concomitantes lèvera tous les doutes. Le malade est-il tuberculeux, c'est à un état gras ou amyloïde du foie qu'on a affaire; a-t-il une maladie de cœur, c'est à une congestion sanguine; a-t-il eu des fièvres intermittentes, c'est à une hypertrophie simple. Il y a bien peu de chances d'erreur dans une semblable détermination.

Tels sont, en général, les principaux éléments de diagnostic des tumeurs de l'abdomen. Il convient maintenant d'en étudier quelques-unes en particulier.

Nous passerons en revue les tumeurs qui prennent naissance dans le tube digestif et ses annexes, dans les voies urinaires, dans l'utérus, etc.

Le *tube digestif* est le siège de tumeurs de diverses espèces, telles que des cancers, des étranglements, etc.

Le **cancer de l'estomac** forme une tumeur qui siège à l'épigastre ou au voisinage de l'hypochondre droit; sa consistance est très-ferme; la masse est très-bien circonscrite; du volume d'une noix à celui du poing; elle est quelquefois douloureuse; dans ce cas, les muscles se contractent au-devant de la tumeur, et l'on peut éprouver de la difficulté à reconnaître qu'il s'agit réellement d'une tumeur. On se trouve bien alors de faire reposer les malades, de leur donner des bains et d'appliquer à l'épigastre un emplâtre de thériaque ou de ciguë: au bout de quelques jours, la contraction des muscles a cessé et la tumeur est bien appréciable. Cette tumeur est quelquefois mobile; sa nature est peu douteuse lorsque les malades ont des vomissements noirs, revenant quelques heures après le repas, etc. En général, on ne perçoit que les tumeurs de la région pylorique, de la grande courbure et de la face antérieure de l'estomac; celles du cardia sont inaccessibles au toucher. Quand l'estomac se dilate, la tumeur de l'orifice pylorique se déplace, s'abaisse; dans un cas, elle s'était portée dans la fosse iliaque gauche; on l'a vue contracter des adhérences avec la cæcum, avec l'utérus et les ovaires;

néanmoins, des vomissements noirs permirent d'en reconnaître la nature et le siège.

[[L'existence d'une tumeur dans la région pylorique, avec accès de gastralgie, vomissements, hématomèse, amaigrissement, etc., ne suffit point pour établir d'une façon absolue le diagnostic du cancer de l'estomac. Tous ces symptômes peuvent se constater dans l'**ulcère simple ou rond de l'estomac** et du duodénum. Quelquefois, quoique très-rarement, l'ulcère provoque autour de lui un épaississement de la séreuse péritonéale et une hypertrophie des fibres musculaires du pylore, qui donnent lieu à une tumeur qu'on pourrait prendre dans ces cas pour une tumeur cancéreuse. L'âge du malade, la longue durée de l'affection, le bon état relatif des forces et de la nutrition, la nature franchement cardiaque de la douleur aideront dans ces cas difficiles à établir le diagnostic.]]

Ce n'est pas là la seule difficulté du diagnostic des tumeurs de la région pylorique (épigastrique). Des tumeurs du lobe gauche du foie, de ce côté du pancréas, de l'épiploon, des ganglions lymphatiques peuvent occuper la région épigastrique, comprimer le pylore et cacher ensuite la dilatation de l'estomac, et simuler le cancer du pylore. C'est surtout avec le **cancer du lobe gauche du foie** que la distinction est souvent difficile ; la précocité de l'ictère et sa persistance sont un bon signe ; la percussion de la tumeur peut aussi fournir quelques données utiles ; le son de la tumeur du pylore n'est pas absolument mat ; la tumeur hépatique au contraire présente une matité complète ; les tumeurs de l'estomac sont en outre moins déplacées par les mouvements respiratoires et les excursions du diaphragme que celles du foie.

Le **cancer de l'intestin** forme également une tumeur de moyen volume qui siège tantôt vers le milieu de l'abdomen, tantôt sur le trajet des diverses portions du gros intestin. [Mais le plus souvent la tumeur existe dans les parties déclives, dans l'une des fosses iliaques ou à l'hypogastre, où elle est entraînée par la pesanteur]. Les caractères locaux et généraux qu'il présente ne diffèrent pas notablement des précédents ; seulement on voit plus souvent

alors des évacuations alvines chargées de sang ; ce liquide est plus ou moins altéré, suivant que la lésion occupe un point plus ou moins élevé de la longueur de l'intestin.

Dans le cas d'**étranglement interne** (volvulus, brides péritonéales, invagination, etc.), on trouve quelquefois, mais pas toujours, une tumeur abdominale. Quand la lésion s'est produite rapidement, on voit survenir brusquement des accidents semblables à ceux de la péritonite. Quand elle marche lentement, ce qui est le cas le plus ordinaire, les malades éprouvent, pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois, des dérangements dans les fonctions de l'intestin ; il y a des douleurs, des vomissements, de la constipation et de la diarrhée qui alternent ; ces accidents augmentent, les malades continuent à aller à la garde-robe, mais en petite quantité ; ils rendent plus de gaz que de matières solides ; bientôt l'abdomen se météorise, des vomissements de matières à odeur fécale se produisent ; enfin, on sent dans un point de l'abdomen, le plus souvent sur le trajet du côlon descendant, une tumeur plus ou moins résistante, mate, douloureuse. Dance avait remarqué que le flanc droit s'aplatit par suite de la disparition du côlon ascendant ; ce signe serait utile dans le cas où il n'y aurait pas de ballonnement de l'abdomen. Des accidents de péritonite se jettent souvent à la traverse, dans le cours de la maladie.

Pour compléter la description de l'étranglement interne, nous croyons devoir donner les renseignements suivants :

Selon M. Bucquoy (1), il y aurait des différences notables dans les invaginations intestinales, selon qu'elles occupent la partie supérieure de l'intestin grêle ou le gros intestin. Dans le premier cas, on n'observerait que des vomissements bilieux et l'absence de météorisme ; dans le second, vomissements de matières à odeur fécale, tympanite, quelques déjections sanguinolentes, grande tendance à la péritonite. Cette distinction est importante au point de vue de la pratique : dans l'étranglement de la partie supérieure de l'intestin grêle, peut-être pourrait-on pratiquer la gas-

(1) Bucquoy, *Recherches sur les invaginations morbides de l'intestin grêle*. (Recueil des travaux de la Société médicale d'observation, fascic. 2, 1837, p. 181.)

tréomie ; mais dans l'invagination du gros intestin, il faut, bien certainement, établir un anus artificiel. Il faut, ainsi que le dit Denonvilliers, parer au plus pressé (1) et pratiquer une opération que Nélaton a bien simplifiée (2).

Ce chirurgien incise la paroi abdominale au-dessus de l'aîne, fixe la portion d'intestin distendu qui se présente, l'incise, et rien de plus ; on laisse à la nature le soin de faire le reste, c'est-à-dire de rétablir le cours des matières.

Bien que nous ne fassions pas ici de thérapeutique, nous devons dire qu'avant d'arriver à l'emploi de ces dangereuses opérations, on fera bien d'essayer, selon la méthode de Chomel, les purgatifs répétés et les douches ascendantes. De nombreux succès ont suivi l'emploi de ces moyens de traitement.

Nous ne croyons pas devoir tenir compte des observations de M. Cossy (3), dont les recherches statistiques ont produit des résultats absolument opposés à ceux présentés par M. Bucquoy. Nous ne comprenons nullement comment les vomissements stercoraux seraient *constants* lorsque l'obstacle a son siège dans le haut de l'intestin grêle ; c'est pourtant ce qu'avance M. Cossy.

Des matières fécales durcies et siégeant dans le côlon forment souvent des tumeurs. On les rencontre particulièrement chez les vieillards ; elles sont ordinairement multiples, très-dures, mobiles, indolentes ; il n'y a aucun accident local ou général. Les purgatifs les déplacent ou les font disparaître. On les désigne sous le nom de *scy-bales*.

[[Le siège habituel des tumeurs stercorales est la fosse iliaque *gauche*. Quelquefois ces tumeurs, au lieu d'être dures, présentent une consistance pâteuse spéciale, comme de la terre glaise où s'enfoncent les doigts, et qui est presque caractéristique.]]

Le tube digestif présente rarement des tumeurs différentes de celles que nous venons d'énumérer.

(1) Denonvilliers, *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 30 janvier 1837.

(2) Nélaton, *Gazette hebdomadaire*, même numéro.

(3) Cossy, *Mémoire sur une cause encore peu connue d'engouement interne de l'intestin* (*Mémoires de la Société médicale d'observation*, t. III, 1836, p. 120, en note).

Un des principaux organes annexés au tube digestif, le *foie*, est souvent le siège de lésions qui se traduisent, pendant la vie, sous la forme de tumeurs. Le diagnostic est loin d'en être facile. En effet, ces tumeurs sont nombreuses, car on observe tour à tour des déplacements, des hypertrophies, des congestions actives ou passives du foie, des kystes simples ou acéphalocystiques, des tumeurs de mauvaise nature, des dilatations de la vésicule biliaire, etc. (1)

En général, il n'est pas difficile de reconnaître qu'on a affaire à une maladie du foie ; le siège de la tumeur dans l'hypochondre droit et son grand volume sont des indices très-importants ; mais il est difficile d'en préciser la nature.

Les **déplacements** de l'organe sont, de toutes, les plus faciles à reconnaître : on n'oubliera pas que le foie se déplace en s'abaissant dans le cas de pleurésie du côté droit, chez les femmes qui ont la base de la poitrine rétrécie par la pression du corset, et dans le cas de simple amaigrissement. Dans tous ces cas, le foie éprouve un mouvement de bascule ou de rotation sur son axe transversal : sa face supérieure devient antérieure et son bord tranchant inférieur. On sent alors, au-dessous du rebord des côtes droites, une surface résistante, dure quelquefois, plane, lisse, non douloureuse, qui descend plus ou moins bas et qui se termine inférieurement par un bord tranchant ; ce bord est quelquefois, du côté droit, abaissé jusqu'à la crête iliaque, mais il remonte rapidement vers l'épigastre ; il dépasse cette région en se portant du côté gauche et se perd insensiblement vers l'hypochondre de ce côté ; ce bord offre les sinuosités ou échancrures que l'on connaît au foie. Cette tumeur est mate, mais pas cependant jusqu'à son bord inférieur ; là, en effet, l'organe est si mince, qu'on entend, à travers sa faible épaisseur, la sonorité de l'intestin. La présence d'une tumeur semblable chez des individus très-maigres, chez les femmes qui se sont fortement serré la taille, et qui d'ailleurs ne souffrent pas de cette région, doit faire soupçonner un simple abaissement du foie. Quant

(1) Th. Frerichs, *Traité pratique des maladies du foie*. 3<sup>e</sup> édit., trad. par MM. Duménil et Pellagot. Paris, 1877.

à la limite supérieure de la matité de l'organe, elle est rarement abaissée.

[[Il est quelquefois difficile de distinguer le déplacement, l'abaissement du foie, consécutif à un épanchement pleural du côté droit, d'avec les maladies du foie s'accompagnant d'augmentation de volume de ce viscère. Voici quelques caractères qui peuvent servir à éclaircir le diagnostic : Quand le foie hypertrophié dépasse le rebord des fausses côtes, il ne se développe généralement pas en même temps vers la cavité thoracique ; lors donc qu'on constate que le foie dépasse notablement le rebord des côtes et qu'en outre sa matité supérieure remonte sensiblement, il est probable que cette matité tient à un épanchement pleurétique et que le foie est simplement abaissé. Dans quelques cas rares néanmoins (kystes échinocoques) le foie se développe par la face convexe du côté du thorax ; mais dans ce cas la matité s'étend plus haut sur la paroi antérieure du thorax qu'en arrière, tandis qu'on constate l'inverse dans la pleurésie. Les mouvements d'inspirations font abaisser la ligne de matité dans les cas d'hypertrophie du foie ; ce niveau est invariable dans l'épanchement pleurétique, la moitié droite du diaphragme étant, dans ce cas, dans un état d'inspiration, c'est-à-dire d'abaissement permanent.]]

Outre ces caractères différentiels, lorsque le foie est hypertrophié, on observe que le bord inférieur de l'organe est moins tranchant, plus moussé, plus irrégulier et plus dur. Cette hypertrophie se remarque surtout dans la cachexie paludéenne, dans les maladies du cœur, dans la phthisie (foie gras), dans la cirrhose hypertrophique.

• L'hypertrophie d'origine paludéenne ne se manifeste que quand il y a déjà un état cachectique prononcé, et est par conséquent facile à reconnaître. Elle succède surtout aux fièvres intermittentes nées dans les pays marécageux, et rarement aux fièvres intermittentes bénignes des grandes villes ; elle se montre particulièrement après les fièvres quartes d'émblée ou quartes consécutives à la fièvre tierce ; il y a en même temps un engorgement, plus prononcé encore, de la rate ; épanchement ascitique plus ou moins considérable, œdème des jambes et teinte jaune de la peau ; quelquefois ictère. — Les fièvres intermittentes de type anormal peuvent produire aussi le même résultat ; ainsi,

nous avons observé, au mois de mai 1854, à l'hôpital Beaujon, un cas de ce genre : le foie débordait les côtes de deux travers de doigt, la rate s'avancait jusqu'à l'ombilic ; il y avait ictère, ascite, œdème des jambes ; et le malade, très-intelligent d'ailleurs, assurait n'avoir eu que des accès de fièvre mal réglés ; les toniques, le quinquina sous diverses formes, les bains sulfureux, produisirent un amendement considérable et rapide ; le malade quitta l'hôpital avant d'être complètement guéri.

Lorsqu'un individu est affecté d'une maladie du cœur et particulièrement d'un rétrécissement auriculo-ventriculaire gauche, d'une dilatation consécutive des cavités droites, d'un état de ramollissement ou d'amincissement des parois ventriculaires, on observe, à une certaine période, de l'œdème des membres inférieurs et de l'ascite. Quand les accidents sont arrivés à ce point, il est rare que le foie n'ait pas augmenté de volume ; ce n'est pas alors de l'hypertrophie proprement dite, c'est un état de turgescence déterminé par la stase passive ou mécanique du sang dans le tissu de l'organe : ce qui le démontre, c'est que, si l'on fait des incisions à l'organe et qu'on le suspende quelque temps en l'air, on voit ruisseler du sang noir, et le poids du viscère peut, en quelques heures, diminuer de plusieurs centaines de grammes. Dans ces cas, aussi, comme il n'y a point eu hypernutrition, la capsule fibreuse ne s'est point agrandie, et l'augmentation de volume a dû se faire dans les limites étroites de son extensibilité ; il en résulte que le foie prend une forme globuleuse et que son bord s'arrondit. Le palper, à travers la paroi abdominale, fait très-bien reconnaître cette disposition. Dans ce cas encore, il y a toujours un peu de douleur. Les saignées, le repos, diminuent sensiblement cette hypertrophie par congestion ou plutôt par stase.

[Le foie peut, dans certaines circonstances, subir une dégénérescence particulière, en même temps qu'il augmente de volume. Ce mode d'altération, décrit pour la première fois par Rokitsky sous le nom de *dégénérescence lardacée* et, par Budd, sous celui d'*hypertrophie scrofuleuse du foie*, a été mieux étudié par Virchow qui lui a donné le nom de *dégénérescence amyloïde*, en se fondant sur cette particularité que les foies ainsi altérés prennent une teinte violacée par l'addition d'une certaine quantité de teinture

d'iode et d'acide sulfurique. On la désigne aussi sous le nom de dégénérescence cérumeuse.

Le foie dans ces circonstances peut acquérir un volume considérable. Frerichs cite des cas où l'organe atteignait le poids de 5 et 6 kilogrammes. D'autres fois, le volume de la glande n'est pas augmenté. On l'a même trouvé diminué.

Les causes de cette dégénérescence sont assez bien connues. On la rencontre de préférence chez les scrofuleux atteints de maladies osseuses, dans la syphilis constitutionnelle, dans la phthisie, dans la cachexie paludéenne.

La dégénérescence peut être habituellement suivie sur d'autres organes : rate, reins, glandes lymphatiques, muqueuse gastro-intestinale.

On la reconnaît à la tuméfaction régulière de la glande, à l'augmentation de sa consistance, au gonflement concomitant de la rate, souvent à l'albuminurie coexistante. Les foies gras sont plus mous, n'atteignent pas le volume des foies amyloïdes, n'ont pas la même étiologie. Le diagnostic n'est pas toujours possible.

À l'autopsie, le foie offre un aspect qu'on a comparé à celui du saumon fumé. Il est lourd ; son enveloppe lisse et luisante, ses bords arrondis. Souvent la dégénérescence amyloïde se mêle à d'autres altérations, le plus souvent à d'abondants dépôts adipeux, à la dégénérescence cirrhotique, à des cicatrices syphilitiques, des nodosités gommeuses. À l'examen microscopique, on trouve les vaisseaux et principalement les radicules de l'artère hépatique profondément altérés (1), et les cellules hépatiques transformées en masses homogènes de substance amyloïde.

[[La cirrhose vulgaire (de Laënnec) est parfois précédée d'un stade transitoire d'hypertrophie. Mais dans certains cas celle-ci, au lieu d'aboutir à la rétraction de l'organe, persiste et s'exagère ; elle s'accompagne alors de symptômes particuliers et présente une marche et des lésions anatomiques spéciales (cirrhose hypertrophique). L'hypertrophie du foie s'accompagne le plus souvent d'hypertrophie concomitante de la rate ; ascite tardive, moins accusée que dans la cirrhose vraie, pouvant manquer quelquefois ; ictère plus ou moins intense, chronique ; poussées de péritonite et de périhépatite subaiguës (Hanot), dans

(1) Voy. Frerichs, Ouvrage cité.

l'intervalle desquelles la santé peut demeurer bonne ; maladie de longue durée, se terminant le plus souvent par les phénomènes de l'ictère grave.

Anatomiquement, il s'agit d'une hyperplasie non-seulement du tissu conjonctif situé autour des radicules de la veine porte, comme dans la cirrhose commune, mais aussi du tissu conjonctif entourant les canalicules biliaires ; la lumière de celles-ci est elle-même le siège d'une inflammation catarrhale (Cornil, Hayem, Hanot). C'est une cirrhose à la fois péri et intra-lobulaire. L'étiologie est obscure ; il faut mentionner la lithiase biliaire, l'impaludisme (1). ]]

L'hépatite simple aiguë que l'on observe dans nos climats, l'hépatite aiguë grave et l'hépatite chronique des pays chauds produisent aussi une augmentation de volume du foie (2). Celle-ci, outre les caractères physiques que nous avons signalés, présente les phénomènes de douleur et de fièvre que l'on n'observe pas ou très-atténués et passagers dans les cas précédents ; il y a douleur plus ou moins vive, irradiant vers l'épaule droite, ictère intense, quelquefois permanent, et souvent formation d'abcès. Ici, les phénomènes locaux et généraux démontrent très-clairement que toute la maladie siège dans l'organe hépatique et qu'elle n'a pas son point de départ dans des organes éloignés, comme dans les cas cités plus haut.

Pour rendre cette énumération aussi complète que possible, n'oublions pas que le foie peut être abaissé par suite d'une péritonite sus-hépatique, qui aurait donné lieu à un abcès, ou plutôt à un kyste purulent, situé entre la face supérieure du foie et la face inférieure du diaphragme.

Le cancer du foie, qui est fort ordinairement de nature encéphaloïde, forme souvent tumeur dans l'hypochondre et dans le flanc droit. Ces régions sont plus soulevées que dans les cas précédents ; on sent aussi que l'organe est plus dur, plus pesant, plus mat ; il y a douleur, irrégularité, bosselures de l'organe. Quand le cancer est en masses disséminées, il forme des tumeurs distinctes, déprimées en cupule à leur centre ; nous avons entendu souvent M. Barth

(1) Voy. la remarquable thèse de M. Hanot, *Étude sur une forme de cirrhose hypertrophique du foie*. Paris, 1876.

(2) J.-L. Louis, *Recherches sur les suppurations endémiques du foie*. Paris, 1860.