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 digestiées, 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 des mains plus positives de Jordaens, 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 Frerisch (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'incomplétement 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 celle 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.

(1) *Clinik der Leberkrankheiten*, 1858, vol. 1, p. 20.

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 dégénérescense 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.

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 découvrez 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-dessous, 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, plus 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 chez l'enfant, 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 ou trois ans. Il s'accompagne de symptômes dyspeptiques, avec garde-robes blanches et dépôt abondant d'urate 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 résonnance 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 découvrez 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'avançant 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 du 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 des convulsions s'étant produites, on chercha une troisième nourrice, et, environ une quinzaine plus tard, je vis l'enfant.

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

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 1/2 à l'ombilic, où, six semaines avant, sa circonférence n'était que de 0,47 centimètres 1/2. Les veines superficielles étaient très-dilatées, le ventre ne présentait aucune bosselure 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 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 (0,037 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 développement lent. Elles ne sont accompagnées d'aucuns symptômes pathognomoniques 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 des quels 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'aie 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.