

Les kystes peuvent donner lieu à des troubles de voisinage (troubles digestifs, ascite, dyspnée, ictère, etc.).

Leur diagnostic peut offrir de sérieuses difficultés : peu volumineux et profondément placés, ils passent souvent inaperçus ; circonscrits et bosselés, ils ressemblent à une tumeur cancéreuse ; très développés, ils peuvent faire croire à un kyste de l'ovaire ; dans d'autres cas, on se demande si l'abaissement du foie ne tient pas à un épanchement pleurétique du côté droit, et cette difficulté peut se présenter à l'égard de toute tumeur hépatique<sup>1</sup>.

Pour élucider cette dernière question on remarquera : — 1° que le foie hypertrophié s'élève rarement dans le thorax : aussi, lorsque la matité remonte très haut il y a lieu de croire à un épanchement pleurétique ; — 2° cependant un kyste hydatique peut se développer sur la face convexe du foie et s'élever dans le thorax auquel cas le signe précédent sera sans valeur ; mais dans le cas de kyste la matité s'étend souvent plus sur la paroi antérieure du thorax, qu'en arrière, ce qui est l'inverse dans les épanchements pleurétiques ; la ligne supérieure de la matité s'abaisse au moment de l'inspiration lorsqu'il existe un kyste (car le centre phrénique qui le recouvre se contracte et s'abaisse en ce moment), tandis que cette ligne reste immobile dans le cas d'épanchements pleurétiques, puisque la compression exercée par cet épanchement sur la moitié droite du diaphragme le tient constamment abaissé.

Si le kyste hydatique vient à suppurer, on ne peut plus guère le distinguer de l'abcès du foie idiopathique. Le diagnostic ne peut alors s'établir que sur les antécédents.

En cas de doute, on aura recours à la ponction exploratrice qui ramènera un liquide eau de roche (sauf le cas de suppuration), dépourvu d'albumine, riche en chlorures, contenant des hydatides.

TUMÉFACTION DU FOIE. — L'augmentation de volume du foie peut se montrer dans d'autres circonstances, et bien qu'il n'y ait pas, dans ces cas, de tumeur à proprement parler, cependant c'est ici qu'il convient d'établir le diagnostic de ces divers états. Ceux qui déterminent l'augmentation de volume la plus prononcée sont les

1. Chez les femmes, dont la base du thorax est habituellement serrée par un corset, le foie s'abaisse et éprouve un mouvement de bascule par lequel sa face supérieure devient antérieure et débordé notablement le rebord des côtes ; il suffit d'être prévenu de cette disposition.

congestions par stase sanguine, les hépatites suppurées, les dégénérescences graisseuse et amyloïde.

La *congestion du foie* s'observe dans le cours des maladies du cœur qui entravent la circulation de la veine cave inférieure, et, par suite, celle des veines hépatiques ; lors donc que, chez un malade atteint d'une affection cardiaque, vous constatez que le foie descend notablement au-dessous des côtes, vous saurez à quoi attribuer cette congestion ; la tuméfaction du foie cardiaque est d'ailleurs douloureuse et s'accompagne d'oppression. Les congestions du foie peuvent aussi être liées à d'autres causes et principalement aux affections du tube digestif : la dilatation d'estomac s'accompagne toujours de congestion du foie (Bouchard) ; il en est de même souvent pour la dysenterie, les fièvres intermittentes ou typhoïdes, le diabète, l'arthritisme, et pour certaines intoxications (plomb, phosphore, oxyde de carbone, acide phénique).

Diverses *cirrhoses* peuvent déterminer une hypertrophie du foie. En tête se place la *cirrhose hypertrophique biliaire* caractérisée par un ictère chronique, et un état général assez bon ; les selles ne sont pas décolorées.

Dans la *cirrhose hypertrophique graisseuse*, l'état général est grave, le teint subictérique, la fièvre précoce ; il n'y a pas d'augmentation de volume importante de la rate. Enfin, presque constamment, on trouve des lésions tuberculeuses au niveau du poumon.

Parmi les autres causes d'hépatomégalie, nous citerons la cirrhose atrophique à sa première période, les cirrhoses syphilitique, cardiaque, paludéenne, etc.

Le *foie syphilitique* est tuméfié d'une façon inégale, bosselé ; la palpation profonde permet parfois de sentir des ganglions lombaires tuméfiés (Lancereaux).

Le *foie leucocythémique* s'accompagne de dyspepsie, de diarrhée, d'hémorragies multiples ; coïncide avec une rate grosse, des ganglions hypertrophiés. L'examen du sang montre 1 globule blanc pour 100,50 globules rouges.

Le *foie éthylique* est régulièrement tuméfié ; il est très épais ; il débordé les fausses côtes, mais surtout, il remonte très haut jusqu'à la 3<sup>e</sup> côte (Lancereaux) ; il n'est pas douloureux.

La tuméfaction du *foie paludique* est dure et s'accompagne de tuméfaction de la rate ; le foie paludique garde son bord tranchant (Lancereaux).

Les *hépatites suppurées* ou *abcès du foie* s'observent surtout dans les pays chauds où le foie est appelé à fournir une suracti-

tivité fonctionnelle considérable. Lorsque leur volume est considérable ou lorsqu'ils occupent le lobe gauche, ils forment une tumeur souvent appréciable à simple vue, en raison de la déformation qu'elle produit et du soulèvement des côtes; on peut même la palper et constater la fluctuation lorsqu'elle déborde les côtes. Son diagnostic s'établit sur les phénomènes inflammatoires et fébriles qui ont précédé son apparition, mais il doit être rapidement établi; en cas de doute, la ponction exploratrice est indiquée (v. p. 53).

Sous le nom de *foie appendiculaire*, Dieulafoy a signalé une variété de suppuration hépatique, survenant au cours de l'appendicite et se traduisant par la formation rapide d'abcès multiples, qui se chiffrent par douzaines et par centaines, disséminés dans le foie. Ces abcès de dimensions diverses, d'aspect souvent aréolaire, transforment le foie en une sorte d'éponge purulente. « Les complications hépatiques de l'appendicite éclatent presque toujours brusquement. C'est souvent dans le décours de l'appendicite, en pleine convalescence, qu'un terrible accès de fièvre fait son apparition. Cet accès, suivi de plusieurs autres, est accompagné de douleur hépatique et d'un rapide accroissement du foie. L'ictère ne manque pour ainsi dire jamais, les vomissements et la diarrhée sont des symptômes fréquents ».

La *dégénérescence graisseuse* du foie s'observe surtout chez les phthisiques, plus rarement dans la syphilis, l'alcoolisme, ou dans les intoxications par le phosphore, l'arsenic, etc.

La *dégénérescence amyloïde*, processus secondaire dû à des causes diverses (tuberculose, syphilis du foie, impaludisme, etc.), se diagnostique par l'augmentation de volume de cet organe survenue chez un individu cachectique. En même temps on peut observer un gonflement de la rate, une diarrhée incoercible, de l'albuminurie: ce sont là les symptômes d'une dégénérescence semblable survenue dans la rate, la muqueuse intestinale et les reins.

La *Vésicule biliaire* peut, sous l'influence d'un obstacle au cours de la bile (ordinairement des calculs), se dilater et former une tumeur piriforme au-dessous des côtes, sur le bord du muscle droit. Les calculs biliaires peuvent agir de deux façons: — tantôt ils se sont arrêtés dans le canal cholédoque; dans ce cas, la bile n'est pas retenue seulement dans la vésicule, mais dans tout l'appareil biliaire, et le malade présente un ictère des plus foncés; — tantôt ils s'enclavent dans le canal cystique; dans ce cas, la rétention n'a

lieu que dans la vésicule biliaire et il peut ne pas y avoir d'ictère.

La tumeur formée par la vésicule dilatée est souvent appréciable à la palpation; on peut même y constater parfois la présence de *calculs* qui, semblables à des corps durs et mobiles, produisent, par leur collision, un bruit comparable à celui qu'on obtient en frappant sur un sac de noix (J.-L. Petit).

Le siège de la tumeur, son aspect piriforme, les attaques de coliques hépatiques, l'ictère souvent très foncé qui l'accompagne ordinairement, ne permettent guère d'en méconnaître la nature.

**RATE.** — Le gonflement de la rate s'observe dans le cours des fièvres palustres, de la fièvre typhoïde, des fièvres graves, de la leucocythémie et de plusieurs cirrhoses hépatiques.

La tuméfaction de la rate est presque constante dans les *fièvres palustres*. Cette tuméfaction est molle, simplement hyperhémique et disparaît en totalité ou en partie au moment de l'apyrexie, du moins lorsque la fièvre est récente; mais dans la cachexie paludéenne, la tumeur splénique est à peu près définitive, car il n'y a plus une simple hyperhémie de la rate, il y a une véritable hyperplasie.

Dans la *fièvre typhoïde* et les *fièvres graves* (fièvres éruptives, typhus), la rate augmente de volume, mais revient à ses dimensions premières lorsque le malade guérit.

Presque toutes les maladies infectieuses, y compris la tuberculose aiguë, peuvent s'accompagner de splénomégalie.

Dans la *Leucémie*, la rate augmente de volume et son poids peut atteindre 8 à 9 livres; cette augmentation de volume tient surtout à la prolifération de la pulpe, mais aussi à l'induration et à l'épaississement de la capsule et des trabécules.

Les ganglions lymphatiques présentent une tuméfaction semblable; souvent même on rencontre des dépôts lymphatiques dans une foule d'organes, dans le foie, les reins, les glandes intestinales, etc. La généralisation de ces tumeurs constitue par elle-même un signe très caractéristique, mais le véritable critérium est fourni par l'analyse du sang, si remarquable par l'abondance des globules blancs qui lui donnent un aspect puriforme.

Dans ce qu'on a décrit sous le nom d'*anémie splénique*, la splénomégalie est constante et peut acquérir un degré considérable: elle coïncide avec une pâleur intense et des lésions du sang, consistant surtout dans une abondance spéciale des hématies nucléées,