

de boldo", dix gouttes, trois fois par jour, dans un peu d'eau. En plus, le malade avalera des préparations opothérapiques ; matin et soir un petit cachet de poudre de "fiel de boeuf" à 10 centigr. ou du sirop préparé avec du foie de jeune veau : 2 ou 3 cuillerées à soupe par jour. Chez des alcooliques porteurs de gros foie, M. Triboulet a vu, grâce à cette médication, se produire une amélioration très notable.

Le "cancer massif primitif" est figuré par un foie lisse, énorme, qui descend jusqu'à la fosse iliaque et augmente à vue d'oeil. Il n'y a ni ictère ni ascite, ni splénomégalie ; mais un mouvement fébrile rémittent ou intermittent, avec accès vespéral qui est dû à de la périhépatite ou des poussées d'hépatite concomitantes. La "dégénérescence amyloïde" qui présente les mêmes caractères d'hypertrophie hépatique sans ictère ni ascite, se distingue par les conditions générales (suppurations prolongées, etc.) et l'hypertrophie de la rate ; celle-ci est parfois augmentée de volume, mais à un degré moindre dans le cancer massif du foie que dans le cancer nodulaire. Le traitement est nul.

Une forme rare qu'il nous a été donné d'observer est le "cancer kystique du foie." On appelle l'un de nous pour ouvrir un abcès du foie. Le fait est qu'une masse fluctuante superficielle siègeait au niveau du foie, lequel descendait jusqu'à l'ombilic. La rate était énorme, l'état général mauvais ; la maladie datait de quelques semaines et un léger mouvement fébrile s'observait tous les jours. L'état volumineux de la rate, l'absence d'antécédents dysentériques faisaient naître un doute. Une ponction exploratrice ramena du sang pur. Il s'agissait d'une tumeur maligne. Le malade succomba trois semaines plus tard.

Pour le "kyste hydatique," la règle est formelle : ne jamais pratiquer de ponction. La mort pourrait s'ensuivre. Lorsque le praticien soupçonne une semblable affection, il s'apprêtera à une ouverture complète ou adressera le malade à un chirurgien. Son diagnostic sera guidé par la forme spéciale du kyste : ce dernier se développe en avant ou pointe en bas. Dans le premier cas, une voussure notable soulève la région hépatique ; une tuméfaction rénitente, élastique, rarement fluctuante, est perçue au palper. Si le kyste pointe en bas, la tuméfaction est sous-hépatique, se continue avec le foie et suit le mouvement respiratoires. La radioscopie et la radiographies seront pratiquées, si possible. Une erreur de diagnostic que l'un de nous a commise, a été de méconnaître un kyste de la face convexe du foie et de le prendre pour une pleurésie. La déformation marquée de la cage thoracique aurait dû ouvrir nos yeux ; une pleurésie à épanchement même considérable provoque rarement une telle voussure avec élargissement des espaces intercostaux. La malade (c'était une femme) succomba dans la cachexie après une intervention chirurgicale qui tenta d'être radicale.

Lorsque le gros foie coexiste avec une grosse rate l'ascite et l'ictère faisant défaut, on pourra se trouver en face d'une dégénérescence amyloïde" ou d'une "syphilis

tertiaire." Nous en avons déjà parlé. Restent deux maladies fréquentes, dont l'une est dépistée par les antécédents, l'autre par l'examen du sang. Ce sont : le "fièvre paludéen et le foie leucémique". Dans le gros foie leucémique, la rate est énorme et peut remplir tout le côté gauche de l'abdomen. Le teint a une couleur terreuse bistrée. Les poussées fébriles du paludisme anciennes ou même actuelles permettent d'asseoir un diagnostic définitif. Quant au traitement, si la maladie est vieille, le foie reste volumineux, comme la rate, malgré l'emploi prolongé des sels de quinine. La résolution ne s'opère que très lentement et alors que le sujet a quitté les pays palustres depuis des années. Ajoutons que la congestion hépatique peut aboutir à une hépatite chronique, le rhumatisme atrophique ou hypertrophique, l'alcoolisme pouvant survenir à titre de facteur étiologique associé, mais non indispensable. Le traitement habituel des cirrhoses sera institué en pareil cas.

Dans la "leucémie et les anémies pseudo-leucémiques", de même que dans la fièvre palustre le foie est moins touffu que la rate. Dans la leucémie lymphogène et myélogène, le foie déborde à peine le rebord costal. Néanmoins et surtout chez le nourrisson, on peut observer des foies énormes. L'examen du sang est indispensable pour porter le diagnostic.

Le traitement consiste dans "l'application des rayons X", la médication par les "arsénicaux et la moelle osseuse."

Un mot pour terminer par les gros foies du nourrisson, de l'enfant. Le "paludisme, l'hérédosyphilis, la leucémie ou les anémies pseudo-leucémiques," le rachitisme sont les grandes causes en jeu. On songera surtout à l'hérédosyphilis précoce et parfois tardive qui frappe le foie de l'enfant encore plus aisément que le foie de l'adulte. On recherchera les signes d'hérédosyphilis (pempfigus, kératite, coryza, décollements épiphyseaux). Le foie gros lisse, dur, peut descendre jusqu'à la crête iliaque. La rate est volumineuse ("hérédosyphilis à forme spléno-hépatique," Chauffard). L'hypertrophie de ces deux organes distend le ventre qui est énorme, très rarement on observe de l'ascite. Dans l'hérédosyphilis tardive où le tissu scléreux est plus prononcé, l'ascite est plus fréquente.

Le traitement consiste dans l'emploi de frictions mercurielles, voire des injections de sels mercuriels solubles. Malheureusement les enfants ne guérissent pas souvent (Méry). Ajoutons que la tuberculose peut être associée à la syphilis ; un enfant présentant des ganglions tuberculeux et un foie syphilitique. En pareil cas, la médication spécifique agit naturellement moins bien.

Nous ne parlons pas du "rachitisme". Les déformations osseuses ouvrent le diagnostic, le régime diététique combattra les troubles digestifs, le traitement par le bon lait, les préparations phosphatées est connu.

H. HUCHARD et Ch. FIESSINGER.

(in Journal des Patriciens)