

double, suivant la manière dont on explore, et qui doit être soustraite pour arriver à la détermination du volume réel. Autant qu'il est possible, on suit à droite et à gauche le rebord du foie, et l'on s'efforce de découvrir la situation du sillon hépatique et du ligament rond, car elle est très-utile à reconnaître pour pouvoir diagnostiquer les déplacements.

Dans bien des cas, la position élevée du foie rend la palpation complètement infructueuse; d'autres fois le lobe gauche seul peut être senti à l'épigastre, et alors les obstacles qui résultent de la présence du muscle droit, obligent à consacrer à cet examen une attention un peu plus grande. L'inspection de la région hépatique fournit rarement des signes diagnostiques qui ne soient pas obtenus plus complets et plus certains à l'aide de la percussion et de la palpation. Un gonflement apparent, régulier ou anfractueux de l'hypocondre droit existe assez souvent avec les infiltrations lardacées, avec le cancer ou les échinocoques, et il peut être assez fort pour qu'à travers la paroi abdominale on puisse reconnaître les limites du foie; du reste, ces cas fort rares ne présentent qu'exceptionnellement des difficultés au diagnostic. Ordinairement l'inspection nous laisse sans renseignements; dans deux circonstances seulement elle peut devenir très-importante: d'abord, en constatant la dilatation des veines abdominales, ensuite en reconnaissant la position de l'ombilic. Quand le gonflement du foie est considérable, ou quand il y a déplacement en bas, la cicatrice ombilicale s'abaisse et se rapproche de la symphyse pubienne. Au contraire, si la tumeur qui remplit l'abdomen procède du bassin, l'ombilic est reporté en haut vers le sternum. Ce changement, auquel Ballard paraît attacher quelque importance, ne doit être utilisé qu'avec la plus grande réserve, car, d'après des mensurations que nous rapporterons ici, il arrive souvent, même dans les conditions normales, que la distance qui sépare l'ombilic soit de la symphyse soit de la base de l'appendice xiphoïde, éprouve des variations notables.

La dilatation des rameaux des veines épigastriques a lieu, il est vrai, dans une certaine proportion toutes les fois que les parois abdominales sont fortement dilatées et tendues; mais lorsqu'en l'absence de cet état, cette dilatation vasculaire est très-marquée, elle témoigne d'un trouble dans la circulation de la veine-cave inférieure, ou de la veine-porte. La distinction entre ces deux systèmes vasculaires est ordinairement facile, car si l'obstacle siège dans la veine-cave, les racines de ce tronc répandues dans les extrémités

(1) *The physical Diagnosis*. London, 1852, p. 11.

inférieures prennent part dès le principe au désordre, tandis qu'elles demeurent longtemps exemptes de toute altération quand la veine-porte est rétrécie ou obstruée. Plus tard, à propos de la cirrhose du foie et des affections de la veine-porte, nous reviendrons là-dessus, et nous parlerons de la dilatation des veines qui entourent l'ombilic, dilatation décrite sous le nom de tête de Méduse.

L'auscultation est ici d'une importance médiocre; elle peut cependant servir à contrôler les limites attribuées au diaphragme. Quand le lobe inférieur du poumon droit est comprimé par une hypertrophie ou par un déplacement en haut du foie, on peut, d'après Walshe, entendre, aux limites des deux organes et sur la fin d'une inspiration profonde, une crépitation sèche, un rhonchus de compression hépatique; dans quelques cas, et sous l'empire de circonstances semblables, j'ai trouvé des bruits respiratoires consonnants sans qu'il y eût d'infiltration pulmonaire, ainsi que l'autopsie le démontra.

Art. 2. — Application au diagnostic des résultats obtenus par l'examen.

Cette application est bien moins simple qu'il ne le semblerait au premier abord. Bien souvent se présentent à nous des difficultés de toute espèce qui peuvent devenir des sources d'erreur.

La surface du foie en contact avec la paroi thoracique et abdominale est la partie de l'organe qui doit servir à nous renseigner sur son volume. Cette surface néanmoins varie, même alors que le volume du foie reste le même, parce que la situation de l'organe peut être changée. L'inclinaison en bas, qui résulte de la pression de vêtements trop étroits, de la difformité de la partie inférieure de la cage thoracique, de la flaccidité du parenchyme hépatique, met en contact avec la paroi abdominale une grande partie de la face supérieure, et fait croire à une hypertrophie qui n'est qu'apparente; tandis que le soulèvement, l'inclinaison en haut qui dépend de la dilatation du bas ventre, tourne vers les téguments abdominaux le bord tranchant antérieur de l'organe, et simule ainsi une atrophie. C'est en cela, et dans les différences congéniales ou acquises de la configuration du foie que résident les premières difficultés du diagnostic. D'autres proviennent de la transposition de l'organe en totalité et des obstacles qui empêchent de déterminer ses limites précises, quand les parties voisines ont subi quelque modification morbide.