

§ 1. — ANOMALIES CONGÉNITALES ET ACQUISES DE LA FORME DU FOIE.

La forme du foie est dès la vie fœtale sujette à maintes variations qui deviennent facilement des occasions d'erreur lors de l'examen au lit du malade. Dans plusieurs cas, elle est à peu près carrée (*fig. 2*); dans d'autres, elle est arrondie, pourvue de scissures anormales (*fig. 3*), et ses limites gauches atteignent à peine la ligne médiane.

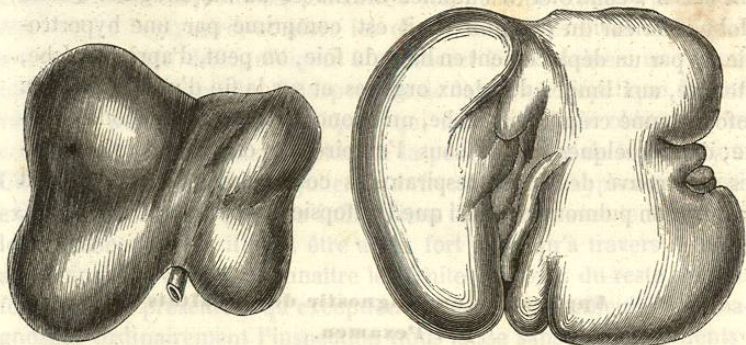


Fig. 2.

Fig. 3.

Parfois, le lobe gauche s'allonge comme une langue (*fig. 4*), et pénètre profondément dans l'hypochondre; le foie peut alors recouvrir la rate avec la face supérieure de laquelle il contracte de solides adhérences, il devient par suite impossible de déterminer les limites respectives de ces deux viscères (*fig. 5*).



Fig. 4.

Fig. 5.

Le volume et la forme du lobe gauche du foie sont dans l'état normal

tellement variables que les mensurations ne peuvent être utilisées au point de vue clinique qu'avec la plus grande réserve. Aux anomalies congéniales, dont on ne peut avoir une connaissance générale qu'en assistant à des autopsies nombreuses, viennent s'ajouter des anomalies acquises de toute espèce provenant soit d'une lésion du parenchyme, soit d'une compression de l'organe exercée de dehors en dedans, soit d'une conformation vicieuse du thorax, etc. Aux maladies du foie influant sur la forme de cette glande, comme les tumeurs, les carcinomes, les échinocoques, et les abcès développés dans toutes les directions, appartiennent en outre, et surtout : les états chroniques, qui se terminant par la dégénérescence cirrhotique, causent ordinairement, mais non toujours, une atrophie affectant principalement le lobe gauche, qui alors se retire vers le lobe droit. Le dessin ci-joint, qui est une réduction au quart du volume naturel, prouve jusqu'à quel point peuvent être modifiées les proportions entre les deux lobes (*fig. 6*). Parmi ces difformités on peut en-

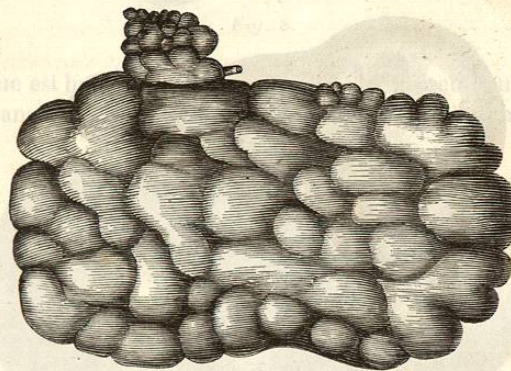


Fig. 6.

core ranger la disposition lobulée de l'organe, qui se produit à la suite de l'occlusion de quelques rameaux de la veine-porte ou d'inflammations partielles du parenchyme suivies de cicatrices, et qui parfois, exceptionnellement, il est vrai, est comme dans les reins, congénitale.

Bien plus souvent que tout cela, on trouve surtout chez les femmes des déformations hépatiques causées par les vêtements trop serrés, ou tirant leur origine de la scoliose du thorax. La scoliose, lorsque la cage thoracique se rétrécit là où elle recouvre le foie, a pour effet soit de repousser l'organe, soit de changer sa forme. Parfois la

glande est roulée en une masse conique arrondie; plus souvent elle est plus ou moins profondément entaillée par le rebord des côtes enfoncées en dedans. Une difformité que l'on rencontre journellement, et qu'il est conséquemment très-utile de connaître pour le diagnostic, c'est le foie *cordé*. Les vêtements fortement serrés que l'on porte pour se faire une taille mince, étreignent la cage thoracique plus ou moins haut suivant les caprices de la mode; rarement la constriction descend jusqu'à l'hyppocondre au-dessus des côtes. Le foie est de tous les organes celui qui souffre le plus de cette constriction; non-seulement sa forme est modifiée, mais encore, ainsi que nous le verrons plus tard, sa position et ses rapports sont ordinairement changés. Par suite du rétrécissement de la base de la cage thoracique, l'organe est d'abord refoulé suivant son diamètre transversal; et, quand celui-ci est considérable, il en résulte une série de plis qui donnent la sensation de tubérosités aplaties (*fig. 7*). En outre, par cette constriction annulaire, une partie du lobe droit, et très-souvent du lobe gauche,

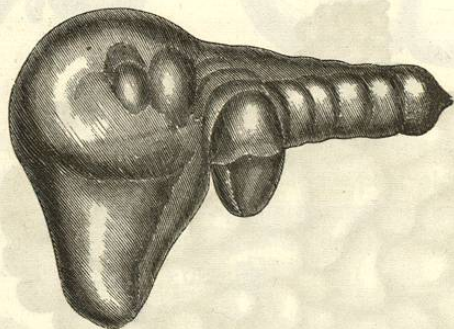


Fig. 7.

se trouve presque séparée du reste de l'organe, et cette séparation a lieu plus ou moins haut suivant le siège de la constriction. Le sillon ainsi formé pénètre parfois assez profondément dans le parenchyme pour qu'il ne reste presque plus qu'une connexion ligamenteuse, lâche, qui permet de mouvoir librement la partie ainsi séparée (*fig. 8*).

L'enveloppe séreuse paraît presque toujours épaissie en cet endroit, elle a pris une teinte blanchâtre. On aperçoit sous le péritoine des conduits biliaires dilatés, remplis d'un mucus brunâtre, que l'étranglement a empêché de se vider (*fig. 9*).

Les vaisseaux veineux sont constamment dilatés là où siège le sillon.

Les bords des parties isolées sont arrondis et bosselés (*fig. 10*); leur



Fig. 8.

parenchyme est hyperhémie, plus résistant, il présente une granulation fine, analogue à celle qu'on trouve dans tout l'organe, lorsqu'il

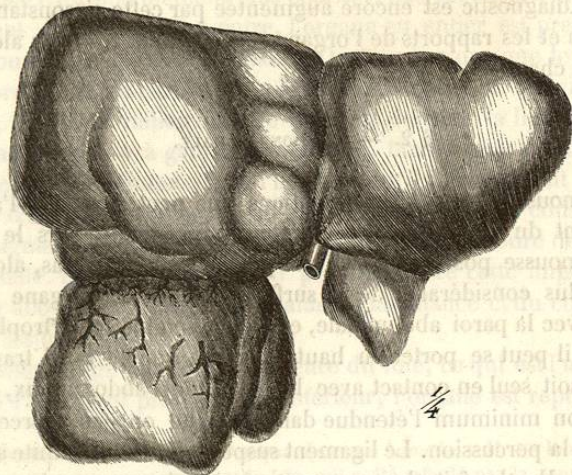


Fig. 9.

s'est produit une congestion symptomatique d'une affection du cœur. Le lobe droit présente alors une tumeur mobile, noueuse, dure et

grenue, qui peut être facilement confondue avec un produit de formation nouvelle. Du côté du lobe gauche, on sent une tumeur plus

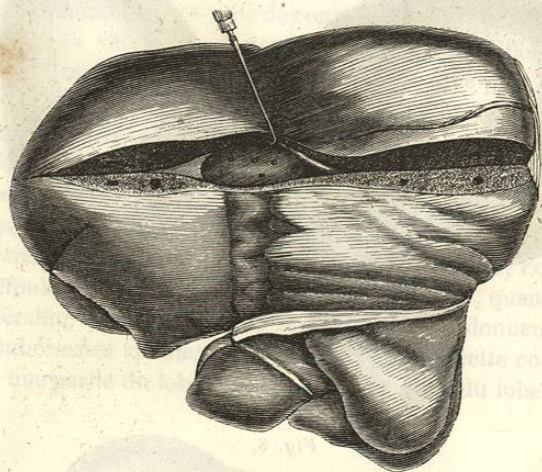


Fig. 10.

petite, que l'on peut circonscrire avec les doigts. La possibilité d'une erreur de diagnostic est encore augmentée par cette circonstance que la position et les rapports de l'organe sont presque toujours alors notablement changés.

§ 2. — POSITION ANOMALE.

Par là nous entendons les déviations que peut éprouver l'axe du foie partant du bord tranchant antérieur pour aboutir vers le milieu du bord mousse postérieur. Cet axe peut s'incliner en bas, alors une portion plus considérable de la surface convexe de l'organe est en rapport avec la paroi abdominale, et le foie semble hypertrophié; au contraire, il peut se porter en haut, au point que le bord tranchant antérieur soit seul en contact avec les téguments abdominaux, ce qui réduit à son minimum l'étendue dans laquelle on peut percevoir le son mat, à la percussion. Le ligament suspenseur du foie limite à peine la mobilité. Hyrtl a fait observer avec raison qu'on ne peut le regarder comme le soutien proprement dit du foie.

Ces changements de position sont amenés par des causes de nature diverse : tantôt ils sont produits par une force mécanique agissant

sur l'organe de bas en haut ou de haut en bas, tantôt, au contraire, par une affection du parenchyme devenu flasque. Dans bien des cas, ils sont simples mais plus ordinairement il s'y joint un déplacement de l'organe, une atopie du foie.

Une cause fréquente de position anormale, c'est la constriction dont l'effet varie suivant l'endroit de la glande où la pression agit. Si la pression circulaire du corset ou des cordons des jupons atteint, comme c'est l'ordinaire, la partie moyenne ou inférieure du foie, l'axe de l'organe est dévié en bas; le bord du lobe droit dépasse fortement le rebord inférieur des côtés, et peut même être senti dans la région cœcale au voisinage de la crête iliaque. Le déplacement du parenchyme dans le sillon a pour conséquence l'allongement du diamètre. Si le sillon est profond, des circonvolutions intestinales peuvent s'y loger, et alors dans la région iliaque, on trouve une tumeur résistante à bords mous (1) qui paraît séparée du foie par une résonance intestinale tympanique. Le lobe gauche, s'il est petit, peut n'être pas atteint, mais souvent on trouve sur son rebord un segment mobile arrondi que l'on peut mouvoir d'avant en arrière. La limite de l'organe en haut demeure la même, ou bien par suite de l'étranglement de la partie supérieure, elle est reportée vers le thorax.

Quand la compression s'exerce sur le tiers supérieur de l'organe où la substance est notablement plus épaisse, l'axe est encore incliné plus fortement en bas, mais en outre, l'organe en entier est presque toujours poussé vers la ligne médiane. On trouve alors que le ligament rond correspond au cartilage de la huitième ou de la neuvième côte gauche, et que le milieu du lobe droit est derrière la ligne blanche, ou même est passé à gauche de celle-ci, tandis que le lobe gauche s'enfonce profondément dans l'hypocondre correspondant (fig. 11). Un foie d'un volume à peu près normal semble alors considérablement augmenté, car il remplit toute la moitié supérieure de la cavité abdominale. Lors de l'autopsie, il produit encore cette impression au premier abord jusqu'à ce que, à l'aide de la balance et du compas, on se soit assuré qu'il n'en est rien.

Si le sillon siège à la partie inférieure du foie, ce qui est l'exception, ou bien s'il est tout près du bord inférieur, l'organe est repoussé vers

(1) Cruveilhier (*Anatomie pathologique du corps humain*, t. II, 40^e livraison, p. 5) pose la question de savoir comment le foie, qui a été refoulé par la constriction du thorax, pourra se distinguer de celui qui fait saillie par suite d'un gonflement inflammatoire, et il admet que le premier se reconnaît à son bord tranchant; ceci est une erreur. Le lobe droit, le seul dont il s'agisse, présente toujours dans le cas de constriction du foie un bord arrondi en massue.

la cavité pectorale, et la limite supérieure s'élève d'un ou même de plusieurs espaces intercostaux.

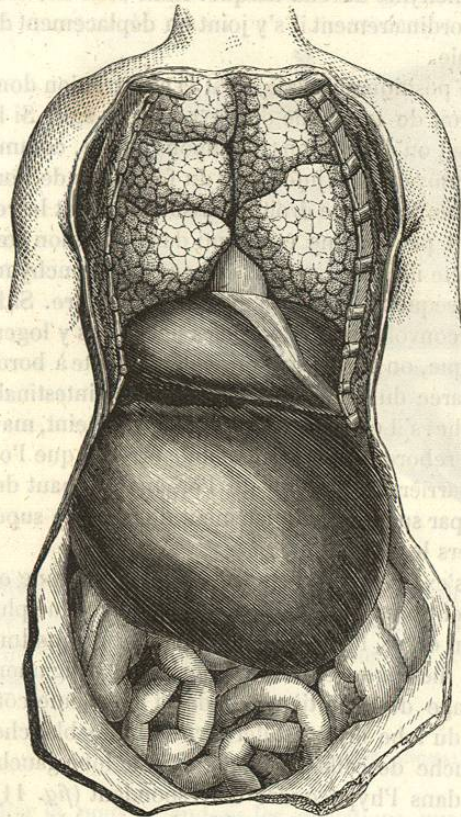


Fig. 11.

La scoliose peut, dans certains cas, avoir le même effet que la constriction du thorax. Il en est de même des tumeurs se développant entre le foie et le diaphragme, lorsqu'elles n'intéressent pas principalement la partie postérieure, car alors elles refoulent l'organe directement en bas : de même encore des exsudats péritonéaux enkystés, etc., etc.

Un déplacement moins considérable, mais qui cependant peut devenir une source d'erreur, a lieu pour le lobe gauche, au milieu des conditions les plus normales, il dépend de l'état de l'estomac. Quand ce dernier est vide, le lobe gauche s'incline en bas ; il s'élève, au contraire, lorsque l'estomac est plein.

La confusion entre de semblables déplacements et les hypertrophies ou les tumeurs du foie, est facile à éviter avec un peu d'habitude, car en palpant avec soin on trouve le sillon, et bien souvent la peau porte les traces de la pression. Il ne faut pas pourtant croire que ces étranglements soient toujours apparents sur les arcs costaux, car au moment où l'on se débarrasse des vêtements compresseurs, l'anfractuosités, si elle n'est pas l'effet d'une cause puissante et permanente, s'aplanit en partie, et peut facilement échapper à l'observation. Plus tard, à propos du diagnostic des maladies prises isolément, nous étudierons plus complètement ce sujet.

On observe un changement dans une direction opposée, quand de grandes quantités de gaz s'amassent dans l'estomac et l'intestin, ou bien lorsque dans l'ascite etc., etc., les portions de l'intestin qui contiennent de l'air, sont repoussées vers le diaphragme. Le bord antérieur du foie est alors soulevé, de sorte que la surface de l'organe, en contact avec les téguments abdominaux, diminue, et fréquemment l'angle aigu antérieur demeure seul en rapport avec la paroi. Dans ce cas, la percussion révèle une obscurité du son qui décroît de plus en plus au point qu'il devient difficile de trouver le foie là où le son pulmonaire se transforme en son intestinal. Sur le trajet des lignes mammaire et médiane, cela est souvent impossible, parce que des circonvolutions remplies de gaz s'engagent au-dessus du rebord du foie ; il n'en est ainsi qu'exceptionnellement sur la ligne axillaire. Le foie paraît alors notablement diminué, quoique réellement son volume n'ait pas varié. C'est pourquoi l'on doit établir, en règle fondamentale, que la diminution dans l'obscurité du son hépatique observée en même temps qu'une tympanite, ou une ascite, avec refoulement en haut des circonvolutions intestinales remplies de gaz, ne doit être interprétée qu'avec la plus grande réserve. Souvent il est indispensable de recourir à un nouvel examen, et après que les gaz ont été évacués, les résultats donnés par la percussion deviennent fréquemment tout autres. Quand la constipation dure déjà depuis longtemps, il faut vider l'intestin à l'aide d'un purgatif avant de formuler un jugement quelconque.

Les altérations dans la texture du foie ne changent sa position normale que lorsqu'elles sont accompagnées de la flaccidité de l'organe. Cette dernière se produit avec la dégénérescence graisseuse et l'atrophie aiguë. Le déplacement est proportionné au degré de la flaccidité. Si celle-ci est modérée, ainsi qu'il arrive avec le foie gras, l'axe s'incline en bas, et la glande dépasse le rebord des côtes. De là vient qu'à la percussion, le foie gras paraît ordinairement plus volumineux qu'il ne l'est réellement. Si la flaccidité atteint un degré élevé comme dans l'atrophie aiguë, où la glande devient molle comme un chiffon, alors le foie retombe ployé sur la colonne vertébrale, et l'espace qu'il laisse en avant est rempli par les intestins gonflés de gaz. Par suite, toute matité hépatique disparaît dans la région antérieure, mais on continue de la constater en arrière. La figure 12 représente la situation des viscères dans un cas d'atrophie aiguë. A, colon ascendant. B, S. iliaque. C, intestin grêle. D, sixième côte (fig. 12).