

CHAPITRE IV

FOIE MOBILE ET SON TRAITEMENT CHIRURGICAL

- I. — FOIE TOTALEMENT MOBILE (HÉPATOPTOSE TOTALE)
 II. — FOIE PARTIELLEMENT MOBILE (LOBES FLOTTANTS,
 HÉPATOPTOSE PARTIELLE)

Le foie mobile, désigné encore sous le nom d'*hépatoptose* (Glénard), de *foie ambulante* (Marino), *volant* (Soutougouin), *errant* (Chvostek), est une affection considérée généralement comme rare, au moins à son degré le plus avancé, celui qui nous intéresse vraiment au point de vue chirurgical. Cette lésion est d'un diagnostic difficile, ainsi que le prouvent les observations où le chirurgien constata seulement, au cours d'une laparotomie pratiquée dans un autre but, l'existence d'un foie mobile : la plupart des opérations d'hépatopexie n'ont-elles pas été faites par surprise à la suite d'une erreur de diagnostic ?

Le foie mobile peut se manifester sous deux formes :

Le foie totalement mobile et le foie partiellement mobile.

On a désigné encore la première de ces formes sous le nom d'*hépatoptose totale* et la seconde sous les noms d'*hépatoptose partielle* ou de *lobe flottant*. Il convient donc, au commencement de cette étude, d'être bien fixé sur la valeur de ces différents termes : d'une part les expressions de foie totalement mobile et d'hépatoptose totale sont synonymes ; d'autre part les termes de foie partiellement mobile, d'hépatoptose partielle et de lobe flottant, peuvent être également employés indistinctement l'un pour l'autre.

Dans l'hépatoptose totale, le foie émigre en masse ; il y a une véritable *luxation du foie, avec mobilité anormale*. Nous appuyant sur cette définition, nous laisserons de côté, dans l'étude qui va suivre, les abaissements du foie, produits par des collections ou des tumeurs de voisinage, déplacements qui n'ont rien de commun avec l'affection qui nous occupe.

Dans l'hépatoptose partielle, la masse hépatique restant en place une de ses parties seule s'hypertrophie, se pédiculise plus ou moins

sous des influences diverses, pour donner naissance à un lobe anormal qui est mobile, alors que la portion principale de la glande est fixe.

Nous allons envisager successivement ces deux formes du foie mobile, qui l'une et l'autre intéressent également le chirurgien.

Notre intention n'est pas de nous arrêter longuement à leur étude clinique, qui commence à être bien connue depuis les intéressants travaux de Glénard sur les *ptoses viscérales* en général et la publication d'un certain nombre d'ouvrages où cette partie de la question a été soigneusement étudiée ; nous voulons surtout consacrer une part importante au traitement chirurgical du foie mobile, dont aucune étude complète n'a été faite en ces derniers temps.

La thèse de Faure, soutenue à Paris en 1892, ne contenait en effet qu'une seule observation de fixation pour hépatoptose totale ; or, depuis cette époque, les progrès de la chirurgie se sont manifestés sur ce point comme sur tant d'autres et l'on a publié plusieurs observations que nous rapporterons *in extenso*, où des procédés opératoires différents furent mis en usage. Ce sont ces procédés que nous tenons à décrire, que nous voulons comparer entre eux, et dont nous apprécierons les résultats, essayant d'en tirer des conclusions utiles.

Aperçu historique.

L'histoire de l'hépatoptose est restée longtemps dans le domaine de la médecine pure. La première observation semble due à Heister (1754) et Lubanski, en 1843, avait publié un travail intitulé : « Recherches pratiques sur les déplacements du foie ». En 1866, Cantani (*Ann. univ. di Milan*, p. 373) relatait une deuxième observation et Blet faisait le premier travail d'ensemble sur ce sujet dans sa thèse (Paris, 1876).

Puis viennent les publications de Legg Wickham (1846), Muller (1882), Landau (1885), Glénard (1885) ; cette dernière a pour but l'étude de l'*entéroptose* et l'auteur n'y aborde qu'incidemment la question de l'hépatoptose. Toutefois il y revient en 1886, et examine la fréquence du foie mobile, qu'il désigne dès lors par le terme d'hépatoptose, chez les sujets atteints de maladies de la nutrition. Glénard aborde de nouveau la question dans des publications parues en 1887, 1890 et 1892 ; dans cette dernière, il estimait, à la suite de recherches ayant porté sur 3500 malades atteints de troubles de

la nutrition, que la fréquence du foie mobile était de 20 p. 100 des malades, 25 p. 100 des hommes, 15 p. 100 des femmes. Il avait envisagé tous les degrés de mobilité, depuis les plus faibles jusqu'aux plus accentués. Cette fréquence, comparée au petit nombre de cas connus avant cette époque, et surtout le renversement de la proportion suivant les sexes pouvaient paraître exagérés. Sur ces entrefaites parut en Allemagne la thèse de Curtius (Halle, 1889).

Mais déjà avait été pratiquée, à deux reprises différentes, après ouverture du ventre, la fixation à la paroi abdominale d'un lobe flottant du foie. Ces opérations partielles faites par Billroth en 1884 et Tscherning en 1886, constituaient une première étape dans le traitement chirurgical.

Enfin, en 1891, Gérard-Marchant, pour remédier à une hépatoptose totale, pratiquait la première hépatopexie totale. Cette observation était publiée peu après dans la thèse de Faure (1892), qui règle le manuel opératoire de l'hépatopexie et consacre deux chapitres importants, basés sur de nombreuses recherches personnelles, à l'anatomie et à la pathogénie de l'hépatoptose.

Plusieurs opérations destinées à remédier à la chute du foie ont été publiées depuis cette époque par Desguin (Anvers, 1892); G. Richelot, (1893); Depage, (1893); Lanelongue et Faguel, (1895); Bobroff, (1895); Areilza, (1896); Franke, (1896); Péan, (1896); H. Delagénère (du Mans, 1897); Just Lucas-Championnière, (1897); Blanc, (1897); Romsay, (1897); Legueu, Routier, (1898); Lemandier, F. Terrier, (1900).

Depuis 1897, époque où parut notre première publication sur le foie mobile dans la *Revue de chirurgie*, plusieurs travaux ont été faits sur le même sujet. Nous signalerons le travail de Defontaine (du Creuzot) sur la chirurgie du foie dans les *Archives provinciales de chirurgie*, 1897; les thèses de Chevallier (Paris, 1898), de Robin Massé (Paris, 1898) et enfin le *Traité de chirurgie* de Pantaloni, (Paris, 1899).

Au point de vue médical, nous ne saurions omettre la discussion qui eut lieu en 1893 à la Société médicale des hôpitaux de Paris, à propos d'un cas de foie flottant présenté par Mathieu; les cinq observations rapportées en 1894 par Godard; les thèses récentes de Couturier (Bordeaux, 1895), Sangline (Paris, 1895) et Duvernoy (Paris, 1897).

Enfin Glénard, dans la *Revue des maladies de la nutrition* (1896-1897), reprend l'étude de la palpation du foie et de la mobilité de cet organe dans des articles sur lesquels nous reviendrons.

Des moyens de suspension du foie¹.

La glande hépatique, dont le poids est d'environ deux kilogrammes à l'état physiologique, c'est-à-dire lorsqu'elle est gorgée de sang et de bile, est maintenue en place par des moyens de fixité multiples sur la valeur respective desquels on discute encore beaucoup.

Ces moyens de fixité sont représentés d'abord par des replis du péritoine, qu'on désigne sous le nom de ligaments. Ce sont le *ligament suspenseur* ou *falciforme*, le *ligament coronaire* et les deux *ligaments triangulaires* qui le prolongent de chaque côté. On a l'habitude de citer en même temps que ces ligaments, bien que leur rôle semble être bien accessoire dans la fixité de l'organe, les divers épiploons : gastro-hépatique, hépato-rénal, hépato-colique.

A côté de ces replis péritonéaux, il convient, d'après les travaux intéressants de Faure, de faire jouer dans la suspension du foie un rôle important à la veine cave inférieure, dont les parois sont intimement adhérentes au centre aponévrotique du diaphragme, et qui reçoit immédiatement à leur sortie du parenchyme hépatique, les veines sus-hépatiques.

D'après Faure, le rôle de l'appareil suspenseur du foie (ligaments et veine cave inférieure) serait prépondérant. Recherchant expérimentalement quelle était la solidité des divers liens unissant le foie à la concavité du diaphragme, il trouve que le foie, pour se détacher du diaphragme, exige une surcharge moyenne d'environ 35 à 40 kilogrammes. Après section de la veine cave, les ligaments agissant seuls soutiennent 20 kilogrammes environ, tandis que la veine cave isolée supporte une moyenne de 27 à 28 kilogrammes.

Les résultats de ses expériences ont permis à l'auteur de combattre l'influence attribuée par Sappey, A. Richet, J. Cruveilhier, Paulet, Chrétien, Landau, etc., à la *paroi abdominale* et à la *masse intestinale* dans la *fixité du foie*. Pour ces auteurs, les muscles antérieurs de l'abdomen agiraient en maintenant la masse intestinale à un certain degré de pression et en la refoulant pour ainsi dire dans toutes les parties de l'abdomen, et en particulier vers le haut; celle-ci jouerait, selon l'expression consacrée, le rôle d'un véritable « coussinet élastique » à l'égard du foie. En sorte que, pour Landau, qui

¹ Il nous paraît utile de décrire ici, en quelques mots, l'appareil suspenseur du foie dont il sera plus d'une fois question au cours de ce chapitre.

considère la paroi abdominale comme le principal soutien non seulement des intestins, mais encore des autres viscères, en particulier du foie, c'est la *distension primitive* de la paroi qui cause la chute de l'intestin et celle du foie.

Pour Faure, l'influence de la paroi abdominale et de la masse intestinale n'est pas absolument nulle; elle existe; mais elle est très faible par rapport à celle des autres moyens de fixité; aussi la fait-il passer au dernier plan.

« Le matelas intestinal ne peut donc servir qu'à soulager l'appareil suspenseur véritable, à empêcher qu'à l'état normal le poids du foie se fasse trop sentir dans ses ligaments et surtout sur la veine cave, à amortir, dans une certaine limite, les secousses et tiraillements que le foie ne manque pas d'exercer sur ses ligaments dans les mouvements brusques ».

Glénard conclut de ses expériences que la masse intestinale exerce une action manifeste pour soutenir le foie; elle supporte le bord antéro-inférieur et les extrémités latérales de l'organe; la paroi antérieure de l'abdomen sert alors de point d'appui à l'intestin. Et, pour cet auteur, dans la chute des organes sous-diaphragmatiques, c'est la *diminution primitive* de volume de l'intestin qu'il faut incriminer, et non, comme le voulait Landau, la *distension primitive* de la paroi.

Quoi qu'il en soit, qu'il y ait distension réelle, primitive de la paroi (Landau) ou qu'il y ait distension apparente de la paroi devenue trop grande pour un contenu réduit (Glénard), sachons qu'il y a dans le relâchement de cette paroi un élément dont nous devons tenir grand compte au point de vue du traitement chirurgical du foie mobile.

Nous aurons à décrire ultérieurement le procédé très ingénieux employé par Depage pour reconstituer, en même temps qu'il fixe le foie, une paroi abdominale solide.

Anatomie pathologique.

L'anatomie pathologique du foie mobile est assez mal connue; ce qui tient évidemment à la rareté des autopsies, et au petit nombre des opérations pratiquées pour remédier au déplacement du foie. Nous verrons cependant dans quelques instants que ces opérations nous ont déjà fourni des renseignements utiles.

La partie de l'anatomie pathologique, qui concerne le foie partiellement mobile, est la mieux connue.

Assez fréquemment en effet, on a constaté au cours d'interventions chirurgicales, l'existence de lobes flottants du foie de forme variable attachés à la masse hépatique par un pédicule plus ou moins large; leur mobilité était telle dans certains cas qu'on a pu les prendre pour un rein mobile. Telles sont les observations bien connues de

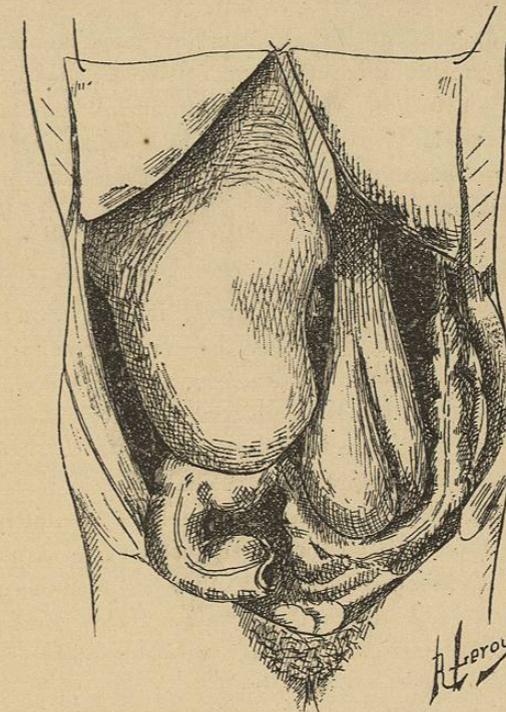


Fig. 17. — Lobe flottant. Entéroptose. (D'après une figure de la thèse de Faure.)

Ritter von Hacker, 1886; F. Terrier et M. Baudouin, 1888; Tscherning, 1888; Pichevin, 1888; Faure, 1892.

Ces lobes (fig. 17) siègent habituellement au niveau du bord tranchant du foie ou du lobe droit, recouvrant immédiatement le rein, se laissant dévier en divers sens et descendant plus ou moins bas dans la cavité abdominale. Dans un cas rapporté par Faure, l'extrémité inférieure était dans le grand bassin à 20 centimètres au-dessous de l'appendice xiphoïde, à 14 centimètres au-dessous de la partie moyenne du rebord costal.

L'aspect extérieur de la tumeur formée par le lobe flottant est

variable; chez l'opéré de von Hacker apparaît, après ouverture de la cavité abdominale, une tumeur irrégulièrement lobulée, bosselée, de couleur rouge brunâtre, tenant au foie par l'intermédiaire d'un tractus de substance, large de 3 à 4 travers de doigt et d'aspect calleux. L'opéré de F. Terrier présente une tumeur brunâtre, qui a tous les caractères d'une portion du foie; toutefois ce lobe hépatique paraît un peu malade; il est dur, comme sclérosé, mais sans irrégularités à sa surface. Tscherning décrit une tumeur solide, gris blanchâtre, couverte d'un revêtement fibreux, dans laquelle il pratique une incision exploratrice profonde d'un centimètre et demi, et qui lui montre du tissu hépatique avec des modifications interstitielles.

Mais, fait important sur lequel nous avons déjà insisté, dans le cas de foie partiellement mobile, *l'appareil suspenseur ne présente aucune modification, et la masse de l'organe ne subit aucun abaissement.*

La coïncidence d'un rein mobile et d'un lobe flottant du foie est constatée dans quelques observations (Pichevin et Faure). Plus intéressantes à signaler sont les lésions concomitantes observées du côté de la vésicule biliaire, qui, ainsi que Riedel l'a fait remarquer le premier en 1888, doivent être regardées comme la cause de toute une catégorie de lobes flottants du foie. On a vu en effet assez souvent, au contact d'une vésicule biliaire hypertrophiée, quelle que soit la cause de cette hypertrophie (et le plus souvent elle réside dans l'oblitération du canal cystique par un calcul), la portion voisine du foie la suivre dans son accroissement et acquérir un volume considérable. Dans l'observation rapportée en 1888 par F. Terrier et M. Baudouin on trouve la vésicule biliaire non distendue, mais occupée par un assez volumineux calcul; ses parois sont exactement appliquées sur le calcul.

Du reste, ce qui prouve nettement l'influence de la maladie de la vésicule, c'est que, lorsque celle-ci est traitée chirurgicalement, le lobe flottant disparaît.

Abordons maintenant l'étude des lésions anatomo-pathologiques observées dans les cas d'hépatoptose totale.

« L'appareil suspenseur proprement dit, les ligaments et la veine cave, nous dit Faure, n'ont jamais présenté d'altérations bien nettes. Les observations sont du moins muettes sur ce point ». Il en est une, cependant, publiée par l'auteur, unique en son genre, et dans laquelle il signale les lésions suivantes du côté de la veine cave :

« Celle-ci nous a paru extraordinairement lâche et comme allongée, se laissant écarter sans peine du flanc droit de la colonne vertébrale. Quand on imprime au foie des mouvements divers, il les suit sans difficulté, en formant, au niveau de son adhérence hépatique, un coude prononcé, grâce auquel elle s'écarte de la colonne lombaire, au point qu'il est facile, en rompant à peine quelques fibres conjonctives, de passer le doigt entre la face postérieure de la veine cave et les vertèbres sous-jacentes ». Plus loin il ajoute : « Personne n'avait encore signalé le relâchement de ce vaisseau, qui, d'ailleurs, n'est peut-être que consécutif à la chute du viscère. Il serait par conséquent téméraire de lui accorder trop d'importance et de vouloir généraliser cette lésion ». Le fait n'en est pas moins fort intéressant, et il est à souhaiter que de nouvelles recherches soient dirigées en ce sens, tant au cours des autopsies que lors des opérations pratiquées pour hépatoptose totale.

Des renseignements utiles nous sont encore fournis sur l'état de l'appareil suspenseur par Kirmisson et Symanowsky, qui constatent dans leurs observations, le premier, la laxité; le second, l'allongement des ligaments.

Péan voit la veine cave repliée sur elle-même, et le ligament suspenseur très allongé et vascularisé.

H. Delagènière trouve le ligament suspenseur énormément hypertrophié et il a l'aspect œdémateux; il paraît s'étendre de haut en bas, de l'ombilic vers le rebord du foie. Le bord postérieur du foie, devenu supérieur, paraît retenu en arrière par une sorte de *méso*, qui n'est autre que le ligament coronaire très allongé et attiré en avant.

D'autre part, on a relevé du côté de l'appareil ligamenteux un certain nombre d'*anomalies congénitales*.

Longuet a relaté à la Société anatomique de Paris, en 1874 (p. 186), un cas où le ligament coronaire et les ligaments latéraux n'existaient pas; l'organe, parfaitement libre par tous ses bords, n'adhérait nullement au diaphragme. L'épiploon gastro-hépatique faisait également défaut.

Kirmisson, en 1880, signalait également à la Société anatomique de Paris (p. 112-114) l'absence du ligament coronaire rencontrée par lui dans une autopsie.

Enfin, au cours de la laparotomie faite par Lanelongue (de Bordeaux) (1895), et dans laquelle il pratiqua l'hépatopexie, l'opérateur constata l'absence du ligament suspenseur ou falciforme.

Mais on n'a pu retrouver l'existence de cet allongement congénital du ligament coronaire, dont les deux feuillets se seraient juxtaposés, comme ceux des ligaments triangulaires, de façon à constituer ce que Meisner désignait sous le nom de *mésohépar*, disposition que Wassiljew prétend avoir rencontrée dans un cas. Ce mésohépar permettant un abaissement et une mobilité d'autant plus considérables qu'il aurait été plus long.

Quant à la position que peut occuper le foie dans son déplacement, elle est essentiellement variable. Tous les degrés de mobilité peuvent en effet être observés depuis les plus légers jusqu'aux plus prononcés, et c'est parce qu'on n'est pas habitué à rechercher les faibles degrés de mobilité qu'ils passent si souvent inaperçus. Le plus souvent la position du foie n'a été révélée que par l'exploration clinique; il a été donné cependant de l'observer directement dans les quelques autopsies pratiquées; c'est à quelques-uns de ces cas curieux que nous voulons faire allusion :

Demarquay a signalé un renversement tel de l'organe que la vésicule occupait la partie supérieure, tandis que le sillon transversal regardait en avant et en haut. Griffiths et Trush ont constaté la disposition inverse; le foie tournant sur son axe transversal, sa face supérieure était venue se mettre en rapport avec la paroi antérieure de l'abdomen et son bord antérieur occupait la fosse iliaque. L'un de nous a observé une disposition tout à fait analogue, chez une jeune femme, qu'il opéra et guérit complètement; nous reviendrons sur cette opération.

Heister a vu un foie dont la face convexe répondait nettement au flanc droit, le bord tranchant était vertical et la face profonde regardait vers la gauche (fig. 18).

Les désordres observés par Kirrison dans le déplacement du foie sont plus curieux encore : « Le foie, situé comme à l'ordinaire dans l'hypochondre droit, présente en avant un bord épais ayant tous les caractères du bord postérieur d'un foie normal, tandis qu'en arrière, dans la concavité du diaphragme, il possède un bord mince et tranchant sur lequel s'insère la vésicule biliaire; pour remettre l'organe en position, il faut le placer dans l'hypochondre gauche ». L'auteur admet que le foie, primitivement placé dans l'hypochondre gauche, a subi, autour d'un axe vertical, un mouvement de rotation de haut en bas et de gauche à droite qui a eu pour effet d'amener son bord antérieur mince et tranchant en arrière, et son bord postérieur épais en avant.

Ces exemples, puisés pour la plupart dans les observations de foie mobile suivies d'autopsie, n'excluent pas la possibilité d'autres situations anormales du foie. L'organe peut occuper dans l'abdomen toutes les positions et il en existe qui n'ont pu être constatées sur le cadavre, mais que la palpation semble avoir révélées. Nous n'y insisterons pas; il nous suffira de faire remarquer que le plus

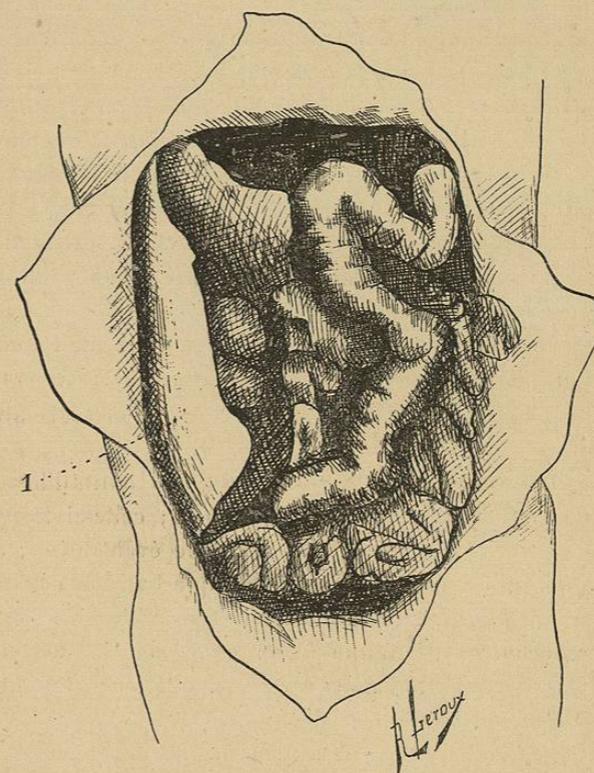


Fig. 18. — Fac-similé du dessin qui accompagne l'observation de Heister. 1. Foie déplacé en totalité. (D'après une figure de la thèse de Faure.)

souvent le foie s'abaisse en subissant un mouvement de bascule, qui porte l'extrémité inférieure du lobe droit vers la ligne médiane, la face supérieure convexe s'écartant du flanc droit et le bord tranchant restant en avant.

L'existence d'adhérences péri-hépatiques est signalée dans quelques observations.

Demarquay rencontre des adhérences intimes et générales établies entre le diaphragme et la face supérieure du foie déplacé; Syma-

nowsky constate des adhérences entre le foie et les viscères voisins de la cavité abdominale. Bobroff retrouve les mêmes lésions chez une malade à laquelle il pratiqua l'hépatopexie.

G. Richelot, dans un cas où il fit également la fixation du foie, trouva l'organe immobilisé dans la fosse iliaque droite par une adhérence large comme la paume de la main, au niveau de laquelle la capsule de Glisson était blanche, fibreuse, de telle façon que cette minime partie du foie, qui d'ailleurs ne contenait aucun produit morbide, simulait par sa dureté une tumeur nettement circonscrite. La cause de cette péri-hépatite localisée échappait à l'auteur.

Ce qu'il y a de certain, c'est que l'existence de ces adhérences peut devenir une cause d'erreur de diagnostic; le foie déplacé perd en effet dans ces cas, son caractère essentiel de mobilité, et ressemble à une tumeur fixée dans la position qu'il occupe. C'est ce qui arriva dans l'observation de G. Richelot, à laquelle nous venons de faire allusion; le chirurgien crut à une typhlite tuberculeuse.

Des affections concomitantes ont été observées sur le foie mobile lui-même, et sur les viscères de la cavité abdominales. Le foie était atteint d'un cancer chez le malade de Trush; de cirrhose atrophique chez l'opéré de Lanelongue.

Très fréquemment on trouve chez les sujets atteints d'hépatoptose, des troubles marqués de la paroi abdominale; celle-ci flasque, pendante, est parfois le siège d'une véritable éventration; c'est à la déformation qui en est la conséquence que Landau donne le nom de « ventre pendant ». La chute des viscères abdominaux, la *splanchnoptose*, accompagne d'une façon constante la chute du foie. L'hépatoptose, en effet, et nous reviendrons sur ce point ultérieurement, doit être considérée comme relevant des mêmes causes générales que la *splanchnoptose*; elle n'est en somme qu'une manifestation de même ordre.

Nous en aurons fini avec l'anatomie pathologique lorsque nous aurons signalé la coïncidence fréquente chez ces malades, du rein mobile, des déviations et du prolapsus de l'utérus, des hernies, des varices, etc.

Telles sont les lésions anatomiques dont nous pouvons donner la description; nous allons voir au paragraphe qui suit à quelle théorie elles nous permettront d'accorder la préférence dans la pathogénie du foie mobile.

Étiologie et pathogénie.

Nous suivons dans cette étude la division que nous avons précédemment admise, nous occupant d'abord des causes du foie partiellement mobile, pour nous consacrer ensuite d'une façon plus complète à l'étiologie du foie mobile total.

Le foie partiellement mobile est assez fréquent. Parfois sa cause a échappé à l'investigation du clinicien; mais le plus souvent c'est à l'allongement hypertrophique provoqué par le tiraillement d'une tumeur viscérale du voisinage, adhérente au tissu hépatique ou d'une vésicule biliaire malade qu'il faut rattacher la formation des lobes mobiles. Nous avons déjà montré à propos de l'anatomie pathologique, l'influence que Riedel avait attribuée aux lésions de la vésicule dans le développement des lobes flottants.

Corbin, en 1883, dans un travail intitulé: « Des effets produits par le corset sur le foie » et plus tard, Chapotot, dans sa thèse (Lyon, 1891), ont insisté sur le rôle problématique que peut jouer le corset dans le développement du foie partiellement mobile. L'abus du corset trop serré aurait produit dans certains cas des déformations considérables du foie; telle l'observation suivante où l'autopsie permit de constater que « le lobe droit laminé descendait jusqu'à la crête iliaque, sans que la matité hépatique eût changé de siège, quant à sa limite supérieure. La taille de cette femme était extrêmement mince et les fausses côtes, chevauchant les unes sur les autres, imprimaient des sillons profonds sur la face convexe. L'estomac était bilobé et en ptose, la portion inférieure du ventre bombait, tous les organes des hypocondres et de l'épigastre étant en ptose générale, le lobe prolabé du foie était mobile ».

L'hépatoptose totale est considérée par la plupart des auteurs comme beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme. N'avons-nous pas vu, au contraire, que, dès 1892, Glénard admet la fréquence du foie mobile dans les proportions de 25 p. 100 chez les hommes, 15 p. 100 chez les femmes?

On la regarde aussi généralement comme une affection rare; cette opinion est vraie, si l'on ne considère que le degré le plus avancé de la maladie, celui qui s'accompagne d'un cortège symptomatique