

tenue, ne pourra plus jouer, vis-à-vis du foie, le rôle de coussinet qu'on lui attribue; les ligaments de cet organe, sollicités à faire un effort plus grand que de coutume, verront leur résistance vaincue et s'allongeront peu à peu; telle est la théorie. Elle est vraie assurément, mais à une condition: c'est que les troubles de nutrition qui frappent la paroi abdominale, qui se traduisent par son relâchement, et dont la grossesse a favorisé l'apparition, aient frappé en même temps les moyens de suspension des viscères abdominaux, les aient mis eux aussi dans un état d'affaiblissement qui favorise leur allongement. Alors seulement, la sangle abdominale venant à faire défaut, on assistera à la chute de l'intestin, du foie, de la rate, etc. Ce n'est donc pas la suppression de l'action de la paroi abdominale, simple cause locale considérée isolément, qu'il faut incriminer; il faut chercher plus loin et voir dans les troubles généraux de la nutrition dont nous avons déjà parlé la véritable cause des désordres constatés.

On ne peut dire du reste que la cause de l'hépatoptose soit uniquement due au relâchement de la paroi abdominale, puisque le foie mobile a été observé chez des sujets qui ne présentaient aucune altération de leur paroi, et que d'autre part cette altération de la paroi a pu être constatée sans qu'il existât aucune trace d'hépatoptose.

Il n'en faut pas moins considérer l'éventration comme une cause mécanique accessoire favorisant l'apparition du foie mobile, et dont on doit tenir grand compte dans le traitement chirurgical.

Signalons en terminant l'influence que l'on a attribuée dans la chute du foie à l'augmentation du poids et du volume de la glande; à l'action d'un processus inflammatoire qui, en se terminant par un raccourcissement des tissus enflammés, attirerait le foie en bas, ce qui provoquerait consécutivement l'allongement de son appareil de maintien (opinion du professeur Botkine, émise dans l'observation de Symanowsky); enfin à l'atrophie du tissu conjonctif unissant le foie au diaphragme (Müller).

Il semble donc, en résumé, que les causes mécaniques que nous venons de passer en revue ne doivent agir et ne deviennent causes déterminantes qu'à une condition, c'est qu'une cause d'ordre général ait prédisposé les organes à la ptose; c'est la théorie à laquelle semblent se rallier aujourd'hui la plupart des auteurs.

Du reste, ce que nous venons de dire du foie est applicable aussi aux autres organes; n'est-ce point la même cause prédisposante, ne sont-ce point les mêmes troubles de la nutrition, qui mettent la paroi

abdominale dans un état de faiblesse favorisant l'issue des viscères, la production des hernies, sous l'influence d'un effort? Ne doit-on pas de même, dans la production des varices, mettre au premier plan la cause prédisposante, les troubles nutritifs qui altèrent la paroi veineuse et permettent à la cause mécanique (station verticale prolongée dans certains cas, utérus gravide dans d'autres), de produire la dilatation veineuse.

Pourquoi ne se passerait-il pas du côté de la paroi veineuse de la veine cave des modifications analogues à celles des parois veineuses en général dans les varices? Faure l'admet et cette hypothèse est très plausible.

Enfin, ne constatons-nous pas la coïncidence de l'hépatoptose avec les hernies, les varices, les hémorroïdes, le rein mobile, toutes manifestations morbides qui semblent relever d'un même processus général, des mêmes troubles de nutrition? N'est-ce pas encore aux mêmes troubles que l'on doit rattacher ces malformations acquises que signale Létienne du côté du squelette?

Maintenant, quelle est en elle-même la nature de ces accidents, c'est un problème qu'il nous paraît impossible de résoudre en l'état actuel de nos connaissances; à ce sujet il n'existe que des hypothèses sur lesquelles nous n'insisterons pas.

Symptômes et diagnostic.

Nous conformant au plan général que nous avons suivi jusqu'ici nous allons envisager successivement et séparément les symptômes propres au foie partiellement et totalement mobile.

Symptomatologie des lobes flottants du foie (foie partiellement mobile). — Le plus souvent, dans les observations de lobes flottants, les malades sont venus consulter le chirurgien pour une tumeur qu'ils ont vue se développer peu à peu dans la région abdominale droite et à laquelle ils rattachent les troubles fonctionnels souvent très graves qu'ils éprouvent.

L'évolution de la tumeur est lente: celle-ci existait depuis cinq ans chez la malade de Tscherning, depuis huit ans dans le cas rapporté par Langenbuch.

C'est la *douleur* qui est l'élément dominant dans le tableau clinique.

Tantôt les douleurs du ventre sont à peu près continues; tantôt, sans jamais cesser complètement, elles se présentent sous forme de vrais accès, très pénibles durant deux à trois jours; les douleurs irradient de la tumeur vers le dos, les flancs, les cuisses, etc. Ces accidents douloureux ne tardent pas à empêcher les malades de se livrer à leurs occupations habituelles, à leurs travaux; ils les immobilisent et parfois le repos atténue ces accidents. Mais parfois aussi le séjour au lit dans le décubitus dorsal est difficilement supporté; les malades recherchent une position qui puisse calmer leurs souffrances; c'est ainsi que la malade de Langenbuch éprouvait un réel soulagement à rester couchée sur le ventre.

Ces douleurs peuvent s'accompagner de palpitations, de bouffées de chaleur à la tête, d'accès de fièvre intense, enfin de troubles digestifs consistant en inappétence, vomissements, douleurs gastriques.

Le malade maigrit, éprouve une lassitude extrême, et présente parfois des tendances aux syncopes.

L'examen physique fait constater une augmentation de volume du ventre, plus ou moins marquée suivant les dimensions du lobe flottant, en même temps que la percussion permet de délimiter la tumeur, montre sa continuité avec la matité du foie, et révèle que cette matité de la glande considérée dans son ensemble est normale; que le foie en un mot est bien dans la situation qu'il doit occuper. La main explorant la cavité abdominale reconnaît les limites du lobe hépatique, appréciera son véritable siège variable avec son point d'implantation, bien que le plus souvent la tumeur occupe la moitié droite de l'abdomen; enfin ses dimensions et ses connexions. Tantôt la tumeur sera lisse, formée d'un tissu compact, élastique mais non fluctuant, sans pulsations, sans frémissement ou bruit de frottement; tantôt elle se présentera avec une surface inégale, bosselée; elle suivra les mouvements respiratoires comme le foie lui-même auquel elle est suspendue par son pédicule; elle présentera un certain degré de ballotement, se laissera déplacer dans le sens transversal et aussi dans le sens antéro-postérieur. Ritter von Hacker, dans son observation, nous dit: « La tumeur peut être refoulée en arrière vers le rein, où l'autre main sent nettement le choc qu'elle produit »; et Tscherning, chez sa malade, constate « qu'on pouvait refouler la tumeur de la région lombaire en avant ».

C'est en se basant sur l'ensemble des symptômes que nous venons d'énumérer qu'on est parvenu, dans certains cas, à poser le diagnostic probable d'un lobe hépatique, car le diagnostic en pareil

cas reste toujours très délicat, en raison même de la rareté de ces lobes flottants.

Langenbuch, dans l'intéressante observation qu'il a publiée et dans laquelle il pratiqua l'extirpation d'un lobe flottant, considère que les lobes hépatiques pédiculés gauches s'accompagnent d'un cortège symptomatique beaucoup plus grave que ceux du côté droit: « S'il existe du côté droit un lobe hépatique pédiculé, dit-il, il ne pourra jamais provoquer de phénomènes douloureux intenses, puisque, d'une part, aucun organe d'une sensibilité particulière n'est placé au-dessous de lui, et que, d'autre part, la concavité de la paroi abdominale latérale s'oppose à toute pression venant d'en bas ou de la région postérieure. Mais lorsqu'il s'agit d'un lobe hépatique gauche, les conditions sont inverses. Surtout dans le décubitus dorsal, la région pylorique de l'estomac, les parties correspondantes du duodénum, les anses intestinales de l'intestin grêle, un peu du côlon transverse, le pancréas, l'aorte avec beaucoup d'autres gros vaisseaux artériels et veineux, les gros troncs nerveux et les plexus ganglionnaires sont exposés à la pression du lobe, pression qui s'exerce d'avant en arrière, d'autant mieux que la concavité de la colonne vertébrale lui oppose une résistance rigide. »

Cette distinction entre les lobes hépatiques droit et gauche ne nous paraît pas justifiée, car, de la lecture des observations de lobes flottants que nous avons consultés il ressort que le tableau clinique est le même dans les deux cas, et tel que nous l'avons décrit précédemment; du reste, pour peu qu'un lobe hépatique devienne volumineux, il ne tarde pas à amener la compression des viscères énumérés par Langenbuch et à déterminer des accidents analogues à ceux que l'auteur attribue aux seuls lobes hépatiques gauches.

L'histoire clinique de la variété de lobes flottants, dont l'origine se rattache à des lésions de la vésicule biliaire, se présente avec des caractères spéciaux, sur lesquels il est utile d'insister. Les caractères physiques du lobe flottant sont analogues à ceux que nous avons décrits précédemment; les accidents douloureux sont les mêmes: témoin le fait rapporté par l'un de nous (F. Terrier et M. Baudouin, *Progrès médical*, 1888, n° 33); mais on retrouve, dans les antécédents pathologiques des malades, l'existence d'accidents du côté de la vésicule biliaire; sur les cas qu'il rapporte, Riedel signale que, quatre fois, à côté de l'appendice, on pouvait constater la présence d'une tumeur de la vésicule biliaire. Nous ne saurions mieux faire que de reproduire ici la description clinique fournie par Riedel

lui-même. « Ces lobules acquièrent une valeur diagnostique incontestable dans le cas où, malgré l'absence d'une tumeur caractéristique palpable, on observe les autres symptômes d'une affection de la vésicule biliaire. »

Quand, sous l'appendice, on constate une sensibilité spontanée ou à la pression; quand existent des symptômes de colique hépatique ou des accès répétés et intenses de vomissement, le lobule appendiculaire du foie indiquera certainement la présence au-dessous de lui d'une tumeur de la vésicule biliaire et servira d'indication à la cholécystotomie. Quand, par contre, les signes sus-mentionnés font défaut, le lobule appendiculaire du foie perd toute valeur diagnostique, relativement à une affection de la vésicule biliaire.

Abordons maintenant l'étude clinique du foie *totalelement mobile*, et distinguons nettement les cas où la chute du foie s'est faite *brusquement* de ceux où l'affection évolue *lentement* et *progressivement*.

La chute *brusque* du foie est consécutive à un effort, et, comme le dit avec raison Létienne, il s'agit alors d'une véritable luxation traumatique. Les accidents sont survenus dans un cas au cours de quintes de coqueluche; ailleurs chez une femme qui se baissait précipitamment pour ramasser un objet sur le sol.

Quelle que soit la cause, les accidents se présentent avec un caractère particulièrement aigu. Les malades éprouvent dans le côté droit une sensation brusque de décrochement, de torsion (Garnett), qui bientôt s'accompagne de vives douleurs dans l'abdomen et la poitrine, avec respiration difficile, nausées, phénomènes de suffocation, sensation de plénitude dans l'abdomen. Il y a tendance aux syncopes; le pouls est précipité, petit, arythmique; le malade est en proie à une très grande agitation nerveuse. La constatation des signes physiques de la luxation du foie, joints à ce cortège symptomatique si spécial, permet d'arriver aisément au diagnostic.

Ce diagnostic est loin d'être aussi facile lorsque la chute du foie s'est produite *lentement* et *progressivement*.

Le plus souvent, les malades, avant de constater l'existence d'une tumeur flottante dans la cavité abdominale, ont éprouvé depuis longtemps des troubles fonctionnels variables pour chacun d'eux, plus ou moins intenses, imprimant une physionomie toute particulière à l'affection qui nous occupe.

Les douleurs qui constituent un signe presque constant — nous disons « presque », car on a noté leur absence dans certains cas, —

sont tantôt très atténuées, consistant alors en pesanteurs, tiraillements, dans la cavité abdominale, dans les reins, exagérées par le mouvement, disparaissant au contraire par le repos et parfois seulement lorsque les malades se couchent dans certaines positions. Tantôt, au contraire, ces douleurs se présentent avec un caractère particulièrement violent; elles éclatent sous forme de crises plus ou moins fréquentes avec vomissements, ictère, rappelant de tous points les crises de colique hépatique; et l'erreur de diagnostic est d'autant plus facile que l'ictère existe dans un cas comme dans l'autre. Cet ictère est en général léger, ou le plus souvent c'est une teinte subictérique que l'on observe; il est probablement dû à la coudure des voies biliaires sous l'influence de l'abaissement du foie, s'opposant ainsi au déversement de la bile dans l'intestin, et déterminant sa résorption par le torrent circulatoire.

Guéniot a récemment insisté sur un tiraillement douloureux à distance observé dans le foie mobile. Ce tiraillement s'exerce en arrière du sternum et jusqu'au niveau de la base du cou; il trouverait son explication dans ce fait que le foie est suspendu au diaphragme, qui, par son centre phrénique, adhère intimement au péricarde, et que le péricarde lui-même présente des connexions fibreuses bien connues avec les aponévroses cervicales.

Les accidents douloureux peuvent s'accompagner de gêne respiratoire, de dyspnée, de troubles digestifs caractérisés par de l'inappétence, des digestions pénibles accompagnées de gonflement du ventre, de la constipation, etc.

Les malades sont dans l'impossibilité de se livrer à leur travail habituel; ils ont des sensations de vapeurs, des vertiges, de la céphalalgie, des battements de cœur, des troubles visuels; aussi ne doit-on pas s'étonner de voir au bout d'un certain temps ces malades devenir tristes, irritables, présenter parfois même des manifestations franchement hystériques et s'adonner à la morphine, comme dans le cas rapporté par Frank.

On a signalé encore l'ascite et l'œdème malléolaire; l'ascite reconnaîtrait une cause analogue à celle qui a déterminé l'ictère, c'est-à-dire une coudure amenant en arrière du point rétréci une augmentation de pression et une filtration du sérum sanguin à travers les parois vasculaires. Peut-être l'œdème malléolaire est-il attribuable, comme Faure l'admet, « à une coudure de la veine cave amenant des troubles de la circulation veineuse de la moitié inférieure du corps ».

Dans un cas rapporté par Godart, on constatait avec l'œdème des jambes l'existence de purpura.

On peut noter aussi des troubles de l'appareil génito-urinaire : de la fréquence des mictions, de l'albuminurie, des pertes blanches abondantes, des métrorragies.

Tous ces troubles fonctionnels n'ont rien de pathognomonique ; ils sont l'apanage des ptoses viscérales en général, on les voit se combiner de façons différentes, prendre un caractère plus ou moins marqué, au cours de l'entéroptose, du rein mobile ou de l'hépatoptose, et nous ne pouvons que répéter à ce sujet ce qui a été bien décrit déjà par les auteurs qui nous ont précédé.

Seul l'*examen physique* des malades et l'emploi en particulier de certaines méthodes, qu'on a peut-être trop négligées jusqu'à ce jour, permettront d'affirmer l'existence de l'hépatoptose.

Les signes fournis par l'*inspection* de l'abdomen ont en l'espèce une assez grande importance. On constate *souvent* un amincissement et une flaccidité très marquée de la paroi abdominale ; la peau est ridée, fanée, parsemée de vergetures ; cette paroi n'offre que bien peu de résistance à la masse intestinale sous-jacente ; dans la station verticale, les intestins la refoulent devant eux et la font tomber au-devant du pubis, jusque sur la racine des cuisses, donnant naissance à cette déformation que Landau a désignée sous le nom de « ventre pendant ». Dans la position horizontale, l'amincissement de la paroi est tel, qu'on voit parfois se dessiner au-dessous d'elle les anses intestinales.

Ces modifications sont souvent accompagnées d'une véritable éventration, d'un écartement des muscles droits, facile à constater lorsqu'on invite les malades à passer de la position horizontale à la position verticale ; la contraction des muscles droits rend alors l'éventration très apparente. Cette éventration est le fait de grossesses multiples qu'on observe souvent dans les antécédents de femmes atteintes d'hépatoptose.

Mais l'amincissement de la paroi et l'éventration, ne doivent pas être considérés comme constants chez les malades atteints d'hépatoptose ; ils manquent chez les hommes et même chez beaucoup de femmes.

A l'*inspection*, on peut constater l'existence d'une voussure au-dessous des côtes avec évasement du flanc droit.

Enfin, Glénard insiste sur l'aspect spécial que peut présenter l'ombilic ; l'orifice ombilical est masqué à sa partie inférieure par un

repli cutané, qui est dû aux tractions que le foie déplacé exerce de haut en bas dans le sens antéro-postérieur par l'intermédiaire du ligament suspenseur sur l'ombilic.

Les renseignements fournis par la seule inspection seraient bien insuffisants s'ils n'étaient complétés par les divers procédés d'examen de la cavité abdominale, dont il nous reste à parler : la *percussion* et la *palpation*, à propos de laquelle nous aurons à insister sur le procédé dit : *procédé du pouce*.

La *percussion* révélera l'absence de la matité hépatique dans la zone où on la constate habituellement, sauf pour le cas très rare où il y aurait transposition des viscères. Cette matité, qui s'étend sur une hauteur de 10 centimètres environ au niveau de la ligne axillaire, de cinq à six au niveau de la ligne mammaire, est remplacée lorsque le foie est déplacé, par une zone de sonorité pulmonaire qui, en bas au niveau du rebord costal, se continue avec le son tympanique que fournit la percussion de la masse intestinale. Mais en un point variable de la cavité abdominale, quelquefois très éloigné de celui qu'occupe normalement le foie (fosse iliaque droite, hypochondre gauche), on rencontre une zone de matité, dont la forme générale rappelle celle du foie, qui est comme isolée au milieu du son tympanique fourni par l'intestin et qui, caractère très important, se déplace comme le foie lui-même dans les mouvements du malade.

Il est bon d'être prévenu que la matité peut manquer lorsque, par exemple, le foie étant refoulé dans les parties profondes de l'abdomen, des anses intestinales s'interposent entre lui et la paroi abdominale.

La *palpation* à laquelle nous rattachons le *procédé du pouce* est de tous les moyens d'exploration celui qui va nous fournir les renseignements les plus précieux.

La palpation sera pratiquée, le malade reposant dans le décubitus dorsal, les genoux demi-fléchis.

Dans le point où siège la zone de matité anormale dont la percussion a révélé l'existence, la main rencontre une masse de consistance ferme, élastique, dont la surface est lisse et dont la forme générale rappelle celle du foie. Cette masse peut être dans certains cas très facilement délimitée et dans un assez grand nombre d'observations, il a été facile de reconnaître le bord antérieur de la glande aux caractères suivants : il apparaît sous forme d'un bord tranchant qu'on peut saisir quelquefois entre le pouce et les doigts enfoncés profondément, il porte deux échancrures bien nettes, l'une répon-