

jusqu'à la hauteur de l'ombilic. Cela tient à ce que les enfants ont un foie particulièrement volumineux, cet organe étant à cet âge en état d'infiltration adipeuse physiologique.

La distension et l'accroissement de la région hépatique deviennent visibles, lorsque le foie a notablement augmenté de volume. La glande s'étend souvent au delà de ses limites normales et il peut arriver que, par suite de cette augmentation de volume, toute la paroi abdominale antérieure soit voussurée. Un fait digne de remarque, c'est qu'en cas de dilatation prononcée du thorax les côtes subissent une torsion anormale ; leur surface interne devient inférieure et leur surface externe supérieure. Il faut encore noter que les sillons intercostaux subsistent presque toujours, ce qui peut être utile au diagnostic différentiel dans les cas où l'on se demande si la dilatation thoracique doit être rapportée à un épanchement liquide dans la cavité pleurale ou à une hypertrophie du foie. Dans le premier cas, il faut évidemment s'attendre à trouver un effacement des sillons intercostaux.

Lorsque le foie est augmenté de volume, son bord inférieur devient souvent visible sous les parois abdominales. On reconnaît ce bord à ce qu'immédiatement au-dessous de lui existe un sillon superficiel ; c'est ce qu'on voit très nettement lorsqu'on se place non pas devant le malade, mais sur ses côtés et qu'on a recours à l'éclairage oblique. Presque toujours on observera des déplacements respiratoires du bord inférieur du foie, le sillon mentionné s'abaissant à chaque inspiration pour remonter à l'expiration.

La mobilité respiratoire est un caractère commun aux tumeurs du foie et aux tumeurs spléniques ; cependant les excursions sont en général plus prononcées du côté du foie, probablement parce que le diaphragme transmet plus facilement ses mouvements à cette glande dont la surface est plus volumineuse que celle de la rate.

Les déplacements respiratoires font au contraire défaut dans les tumeurs des reins, de l'estomac, du pancréas, de l'épiploon et de l'intestin, et c'est là un signe différentiel qui peut devenir précieux pour le diagnostic. Pourtant dans ces dernières conditions, on peut observer des déplacements respiratoires, lorsque les organes en question ont contracté des adhérences avec le foie qui les avoisine et peut leur communiquer ses mouvements.

Le bord inférieur du foie n'est pas seulement visible quand celui-ci est hypertrophié ; il le devient encore dans les cas où il est abaissé ; l'abaissement est le plus souvent consécutif à un épanchement liquide dans la plèvre droite ; mais on l'observe également dans le pneumothorax, les tumeurs du médiastin, la péricardite, quelquefois dans les déformations du thorax consécutives à des incurvations de la colonne vertébrale.

Chez les multipares, les ligaments suspenseurs du foie se relâchent fréquemment, de sorte que cet organe, d'ailleurs intact, occupe une position plus basse qu'à l'état normal ; sa limite inférieure devient accessible à l'inspection (1). Dans tous ces cas, l'inspection sera d'autant plus facile que la

(1) L'abaissement du foie coïncide souvent avec une chute anormale des différents viscères abdominaux (voy. *Entéroptose*, p. 560).

paroi abdominale sera plus mince et moins chargée de graisse. Le phénomène que nous étudions peut cesser d'être manifeste quand les parois abdominales sont distendues par suite d'une accumulation exagérée de gaz dans les intestins (météorisme) ; il en est de même dans les cas d'ascite, parce que l'épanchement liquide qui occupe la séreuse péritonéale distend les parois du ventre, et, s'il est abondant, peut même s'étendre entre ces parois et la surface antérieure du foie. Si l'on évacue le liquide par la ponction, les lésions du foie deviennent souvent appréciables d'une façon étonnante ; naturellement elles sont de nouveau masquées au bout de peu de temps, de quelques heures parfois, si le liquide vient à se reproduire.

Dans bien des cas, on aperçoit sur la surface du foie augmenté de volume des saillies, qui naturellement partagent les excursions respiratoires de la totalité de l'organe. L'inspection n'est d'aucun secours pour reconnaître leur structure anatomique. Tantôt il s'agit de tumeurs solides, tantôt de collections purulentes circonscrites, tantôt enfin de tumeurs kystiques.

Parfois les parois abdominales elles-mêmes participent au processus hépatique. On voit survenir dans la région du foie, mais souvent aussi à une grande distance, de la rougeur et du gonflement ; plus tard les téguments de l'abdomen sont soulevés par des saillies fluctuantes qui finissent par se perforer, et laisser écouler au dehors du pus contenant de la bile et des calculs biliaires. Il peut en résulter une fistule biliaire, d'où s'échappent pendant longtemps de grandes quantités de bile normale. Ces sortes de lésions ne sont évidemment possibles que s'il existe des adhérences entre la surface du foie et la surface interne des parois abdominales.

On observe une saillie d'un caractère tout spécial dans le cas de *réplétion de la vésicule biliaire* par de la bile, du pus ou de la sérosité, ou encore lors de *dégénérescence cancéreuse* des parois de la vésicule biliaire. Dans le premier cas, la tumeur est lisse, ordinairement de forme oblongue, piriforme ; les tumeurs cancéreuses au contraire ont une surface bosselée, inégale et d'habitude ne rappellent en rien la forme normale de la vésicule. Ces tumeurs atteignent parfois un gros volume ; on les a vu, en cas d'épanchement séreux dans la vésicule biliaire, dépasser le volume d'une tête d'enfant. Benson, par exemple, relate une observation où l'on prit la vésicule biliaire ainsi distendue pour de l'ascite et où l'on pratiqua la ponction.

Il nous reste à parler des *pulsations visibles* de la région hépatique. Ces pulsations sont de nature très variées. Dans un certain nombre de cas, elles sont communiquées par l'aorte abdominale sous-jacente, intéressent exclusivement ou principalement le lobe hépatique gauche et se traduisent par de simples soulèvements et affaissements.

Les pulsations *vraies* du parenchyme hépatique et l'expansion systolique en masse de l'organe sont des symptômes importants d'insuffisance de la valvule tricuspide (pouls veineux hépatique). Nous avons dit précédemment que Lebert et plus récemment Rosenbach ont signalé la possibilité de *pulsations artérielles* du foie.

## B. — PALPATION DU FOIE

Pour pratiquer la palpation du foie, on place le malade dans le décubitus dorsal, les jambes relevées et dans l'abduction, afin de relâcher autant que possible les parois abdominales. Ce relâchement est encore favorisé par le soulèvement du tronc à l'aide de coussins durs. Pendant l'examen, on causera avec le malade afin de détourner son attention et on lui fera tenir la bouche grande ouverte.

L'observateur devra avoir les mains chaudes ; sinon le froid produirait une contraction réflexe des parois abdominales, et il deviendrait impossible d'arriver à palper la partie profonde. Plus on insisterait, plus on verrait augmenter la contraction abdominale et plus aussi la palpation deviendrait douloureuse, sans fournir pour cela les résultats désirés.

Pour bien des cas, il suffit de passer légèrement sur les parois abdominales les doigts bien réunis et légèrement fléchis de la main droite ; dans d'autres, où il s'agit de pénétrer plus avant, Frerichs a recommandé des mouvements de rotation des doigts. En tous cas, il ne faut pas trop se hâter et, s'il existe de la tension due à la contraction abdominale, il faut prolonger la pression jusqu'au moment où les parois du ventre se relâchent et permettent de pénétrer plus profondément.

La palpation est singulièrement gênée par un pannicule adipeux développé, par une tension excessive et douloureuse de la paroi abdominale, par le météorisme et l'ascite. Dans ce dernier cas, on arrive à peu près au but désiré en pratiquant la palpation saccadée, chacun des chocs refoulant le liquide qui recouvre le foie et permettant à la main d'atteindre la surface hépatique pour un court espace de temps. Dans ces conditions, la position génu-brachiale peut rendre des services, parce qu'elle produit le contact immédiat du foie avec la paroi antérieure du ventre et le refoulement du liquide sur les côtés (1).

Après évacuation du liquide ascitique, la palpation peut fournir des données d'une précision extraordinaire, ce qui est dû principalement au relâchement excessif des parois abdominales ; malheureusement au bout de quelques heures la reproduction du liquide entrave de nouveau l'exploration.

La marche de l'exploration doit être méthodique. Il ne suffit pas de promener la main et de presser tantôt d'un côté, tantôt d'un autre ; il faut palper région par région et n'en omettre aucune.

Les renseignements fournis par l'inspection et la palpation ne sont pas toujours identiques ; souvent la palpation peut rendre de grands services alors que les résultats de l'inspection sont restés négatifs.

Chez les adultes bien portants la surface et le bord inférieur du foie demeurent souvent inaccessibles au doigt. Il en est autrement chez les enfants. Le gros foie infantile est fréquemment palpable dans sa moitié

(1) Il suffit généralement de faire coucher le malade sur le côté gauche.

inférieure ; en ce cas, on n'obtient tantôt qu'une sensation de résistance diffuse, tantôt la délimitation plus ou moins parfaite du bord inférieur mousse de l'organe. Ce dernier apparaît d'autant plus distinctement que l'enfant respire plus profondément.

Chez les femmes adultes saines, le bord inférieur du foie est souvent accessible à la palpation. Cela arrive lorsque les femmes sont habituées à porter un corset étroit, qui agit mécaniquement sur le foie et le refoule de haut en bas. Dans les cas extrêmes, une notable portion du segment inférieur du foie, surtout du lobe droit, peut subir une sorte d'étranglement, *foie à sillon*. On sent parfois ce sillon sous la forme d'une dépression superficielle de la surface de l'organe. La portion ainsi étranglée atteint souvent l'épine iliaque et possède d'habitude une grande mobilité, en sorte qu'il est facile de lui imprimer des mouvements de bas en haut et de haut en bas. Quelquefois, elle présente une forme sphérique à bosselures, ce qui expose à la confusion avec un néoplasme.

Dans certains cas aussi l'union de la portion étranglée avec le foie devient indistincte. Cela arrive surtout quand le côlon transverse s'est engagé dans le sillon de constriction ; dans ce cas, cette portion semble entièrement séparée de la masse principale du viscère. A la percussion, on trouverait alors entre la matité hépatique proprement dite et le segment étranglé une zone de sonorité tympanique, ce qui contribuerait encore à faire admettre l'existence d'une tumeur indépendante du foie. Par une très forte pression, on peut, il est vrai, arriver à sentir à travers l'intestin le pont d'union ; l'application énergique du plessimètre permet aussi quelquefois de transformer le son intestinal d'abord tympanique en un son mat. Dans ces cas, l'attention se portera avant tout sur les déplacements respiratoires de la tumeur, qui n'appartiennent qu'au foie et à la rate. S'il en existe et que la matité splénique soit normale, il ne restera plus le moindre doute sur l'origine de la tumeur.

En dehors de la constriction exercée par le corset, il est une autre cause encore qui, chez les femmes, rend souvent le foie accessible à la palpation, nous voulons parler du relâchement post-gravidique des ligaments suspenseurs du foie et de la chute consécutive de cet organe. Il peut en résulter un état qui a été décrit pour la première fois par Cantani sous le nom de *foie flottant*. Le foie, dans ces conditions, abandonne sa position normale et vient former une tumeur perceptible dans la profondeur de la cavité abdominale. Il est vrai que, même dans ce cas, cette tumeur présente toujours une convexité dirigée en haut ; sa plus grande portion siège dans le côté droit du ventre ; seul un petit segment est situé du côté gauche.

C'est surtout la palpation du bord inférieur de la tumeur qui rendra le plus de services ; s'il s'agit du foie, on doit y trouver deux scissures : une latérale qui appartient à la vésicule biliaire, l'autre médiane qui correspond au ligament suspenseur. Winkler et Sutugin ont même pu sentir ce ligament fortement tendu entre la surface du foie et les arcades costales. Il fut possible également d'atteindre la face inférieure du viscère avec le doigt et d'y constater très nettement les sillons normaux. Presque toujours l'organe est

soumis à des excursions respiratoires. Bien entendu, la configuration de la tumeur ne doit pas être l'unique point d'appui pour le diagnostic.

Frerichs, dans ses recherches sur les maladies du foie, a fait ressortir et a démontré que les dégénérescences carcinomateuses de l'épiploon peuvent reproduire la forme du foie ; tout récemment, P. Muller a également relaté une observation où on avait pris un épiploon épaissi et atteint d'inflammation chronique pour un foie flottant. Il faut donc, pour établir le diagnostic, un symptôme de plus. Le foie déplacé est toujours remarquable par sa grande mobilité, de sorte que dans le décubitus latéral, par exemple, il tombe du côté où l'on fait coucher le malade ; il faut donc que l'on puisse replacer l'organe flottant en sa position normale. La réduction opérée, les phénomènes de percussion changent dans la région hépatique proprement dite ; car, tandis qu'auparavant on y constatait de la sonorité tympanique, la région hépatique étant occupée par des anses intestinales, on obtient de la matité après la réduction.

Lorsqu'il y a *abaissement du foie* à la suite d'états morbides comme la pleurite, le pneumo-thorax, les tumeurs du médiastin, la péricardite, les épanchements péritonéaux entre le foie et le diaphragme ou qu'il existe une *augmentation de volume du foie*, cela se traduit à la palpation par ce fait que le segment inférieur de la glande devient accessible à l'exploration manuelle. Parfois il ne s'agit que d'un accroissement diffus de résistance de la région hépatique, tandis que, dans d'autres cas, on peut délimiter nettement le bord inférieur de l'organe. Celui-ci est encore reconnaissable avec certitude à la présence de deux scissures, dont l'une située à droite correspond à la vésicule biliaire et l'autre située à gauche répond au ligament suspenseur du foie, cette dernière se distinguant de la première par un angle plus aigu. Si le foie est hypertrophié, les incisures, étant devenues plus profondes, sont souvent aussi plus distinctes.

On ne peut évidemment se contenter de savoir que la limite inférieure du viscère est située plus bas qu'à l'état normal : il faut étudier en même temps l'état de sa surface, sa consistance, sa sensibilité et sa mobilité.

La surface palpable du foie peut être lisse ou bosselée. Les inégalités peuvent être de grosseur et de nombre très variables. Lorsqu'elles sont en petit nombre, on fera bien de palper avec un soin tout particulier le bord inférieur de l'organe, car c'est précisément à cette place qu'elles viennent faire des saillies reconnaissables.

Des bosselures petites en nombre anormal à la surface du foie, se rencontrent principalement, comme l'a montré Frerichs, dans les cas d'atrophie de l'organe ; en cas d'échinocoques on sent le plus souvent au contraire des saillies d'une grosseur extraordinaire. Dans les noyaux cancéreux volumineux, on peut quelquefois reconnaître une dépression centrale qui correspond à l'ombilication cancéreuse, et peut servir, dans les circonstances douteuses, au diagnostic différentiel (1).

(1) Dans la syphilis hépatique, la palpation rend de grands services ; on sait que

Autant que faire se peut, il ne faut pas se borner à la palpation de la surface antérieure du foie, on doit aussi tenter de pénétrer avec le doigt sous sa face inférieure et l'explorer le plus loin possible. Cela est important surtout lorsqu'il s'agit de différencier du foie des tumeurs d'organes voisins (estomac, côlon, pancréas, reins, épiploon).

La *consistance palpable du foie* décide souvent de la nature d'une affection hépatique. Ainsi la consistance d'un foie gras se distingue à peine de la consistance normale, tandis que la dégénérescence amyloïde donne à l'organe une dureté ligneuse. La consistance est précieuse surtout pour le diagnostic des tumeurs hépatiques, parce que les tumeurs à contenu liquide (abcès, kystes hydatiques) se distinguent des tumeurs solides par la sensation de fluctuation (1).

Cette règle admet cependant des exceptions, et Frerichs a fait remarquer qu'en cas de kystes à échinocoques multiloculaires le foie avait fréquemment une consistance cartilagineuse (2) ; d'autre part on observe dans le foie des tumeurs cancéreuses tellement molles, qu'elles donnent une sorte de fluctuation.

Dans les kystes hydatiques du foie, on observe de temps en temps une fluctuation à ondes petites et très nettes, décrite pour la première fois par Briançon et Piorry sous le nom de *frémissement hydatique* et dont ces auteurs se sont exagéré l'importance diagnostique. Le phénomène est loin d'être constant, car Frerichs en a constaté l'absence dans plus de la moitié des cas, il ne l'a observé que lorsque le kyste était peu tendu et contenait un assez grand nombre de vésicules ; encore y eut-il des exceptions, même en ces cas. Ce frémissement spécial se perçoit le mieux lorsqu'on saisit la poche kystique entre le pouce et l'index de la main gauche en lui donnant un coup bref avec la main droite. Il est encore très net à la percussion lorsqu'après chaque choc on laisse le doigt percuteur immobile quelque temps sur le plessimètre. Davaine recommandait d'étendre trois doigts sur la partie la plus saillante de la tumeur et de percuter ensuite avec celui du milieu. Enfin Després a préconisé le procédé suivant : on serre fortement un doigt de la main gauche contre la tumeur et l'on percute celle-ci à coups brefs. Si en même temps une autre personne a appliqué la paume de la main sur un endroit de la tumeur voisin du point percuté, cette personne perçoit le frémissement d'une façon très distincte (3).

dans ce cas, le foie est irrégulièrement atrophié et présente des saillies et des dépressions profondes (foie ficelé).

(1) Dans quelques cas de cirrhose hypertrophique, on a obtenu une sensation de fluctuation ; dans une observation rapportée par M. Jaccoud, l'idée d'une tumeur liquide s'imposait tellement qu'on pratiqua quatre ponctions.

(2) C'est ce qui explique pourquoi le plus souvent les kystes multiloculaires soient pris pour des cancers du foie.

(3) On peut aussi percevoir le frémissement hydatique en combinant la percussion et l'auscultation. Cruveilhier attribuait ce phénomène à la collision des hydatides filles ; on admet généralement, avec Davaine, que le bruit prend naissance quand la paroi est souple, la poche volumineuse, la tension du liquide moyenne et la consistance très fluide.

En étudiant la *sensibilité du foie* il faut faire une distinction très nette entre la *sensibilité diffuse* et la *sensibilité circonscrite*. Cette dernière a une grande importance dans les abcès hépatiques, où elle peut servir de point de repère pour les interventions chirurgicales.

Toutes les lésions palpables du foie se distinguent par leur subordination à des *excursions respiratoires* prononcées. L'inspiration produit l'abaissement, l'expiration l'ascension. Il est évident que ces excursions ne sont pas également accentuées dans tous les cas. Les tumeurs des autres organes abdominaux, ainsi que le météorisme et l'ascite, peuvent restreindre notablement le déplacement respiratoire du foie. Un foie très volumineux ne présente que des excursions respiratoires médiocres; celles-ci manquent complètement lorsque l'organe remplit les deux hypochondres et s'appuie contre eux avec une énergie telle que la locomotion devient impossible. Dans certains cas, les tumeurs du foie exercent sur le diaphragme une pression tellement violente qu'elles provoquent l'atrophie du muscle diaphragmatique; et cette atrophie est poussée au point de rendre le diaphragme impuissant à imprimer au foie des mouvements respiratoires étendus.

Les excursions respiratoires du foie diminuent lorsqu'il existe des adhérences étendues entre la surface hépatique et la paroi abdominale; elles feront défaut dans les phlegmasies douloureuses du revêtement séreux du diaphragme, parce que les malades apprennent d'instinct à conserver en repos leur diaphragme dont la contraction leur cause des souffrances.

En parlant de l'inspection, nous avons déjà fait ressortir que les excursions respiratoires servaient à distinguer les tumeurs du foie de celles de l'estomac, de l'épiploon, du pancréas, du côlon et des reins. Dans les tumeurs du rein, il ne faudrait s'attendre à un déplacement de ce genre qu'en cas d'adhérences contractées avec le foie. Mais dans bien des cas, on réussira à l'aide de la palpation à séparer la tumeur de la surface du foie; en outre, il faudra encore utiliser pour le diagnostic différentiel les résultats de la percussion (voir plus loin) et les symptômes fonctionnels. Pour différencier les abcès de la paroi abdominale des abcès du foie, Sachs recommanda de faire pénétrer dans l'abcès des aiguilles longues et minces. En cas d'abcès du foie, leur tête présente des mouvements respiratoires, tandis que dans l'autre genre d'abcès, elle demeure immobile. Peut-être pourrait-on employer ce moyen aussi, dans les cas douteux, pour d'autres affections hépatiques.

Quelquefois les excursions respiratoires s'accompagnent de *bruits de frottement*, perceptibles à la palpation; Beathy et Bright ont été les premiers à les décrire. Ils sont dus à des rugosités de la surface du foie, suite de processus inflammatoires le plus souvent subaigus ou chroniques. On les rencontre plus rarement en cas de phlegmasie aiguë; toutefois Paterson en a constaté la présence avec certitude à la palpation. Ces bruits de frottement se manifestent tantôt par un léger frôlement, tantôt par un craquement dur et grinçant qui ne dépend pas uniquement des mouvements de la respiration, mais peut encore être produit par le déplacement des parois abdominales sur la surface du foie. A plusieurs reprises j'ai observé ces bruits de

frottement avec une netteté extrême à la suite d'évacuations de liquide ascitique; mais ils disparaissaient aussitôt que celui-ci se renouvelait et venait se glisser entre la surface du foie et la paroi abdominale. Dans ces derniers temps, Erb a fait remarquer qu'on rencontrait assez souvent ces bruits de frottement dans l'espace compris entre le bord inférieur du poumon droit, le rachis, la ligne axillaire moyenne et la crête iliaque; de sorte que ce sont surtout ces régions que, dans la périhépatite et dans la péritonite aiguë et chronique, il faut palper avec soin, au point de vue de l'existence de bruits de frottement.

La *palpation de la vésicule biliaire* mérite une attention spéciale. D'après Gerhardt, cet organe, chez beaucoup d'individus bien portants dont l'estomac et l'intestin sont vides, serait visible sous forme d'une saillie plane qui, comprimée, disparaît avec production d'un râle fin. Il est certain que l'on peut souvent atteindre avec les doigts et délimiter la vésicule biliaire, lorsqu'il y a du côté du canal cholédoque un obstacle à l'écoulement de la bile. Elle apparaît alors sous la forme d'une tumeur lisse, tendue, piriforme et fluctuante. Dans l'abaissement du foie on réussit fréquemment à percevoir par la palpation la vésicule biliaire, alors même qu'elle n'est pas dans un état anormal de réplétion.

Il se développe de très grosses *tumeurs* dans les cas où, à la suite d'oblitérations du canal cystique, il se produit dans la vésicule biliaire une accumulation considérable d'un liquide séreux ou plus rarement purulent (*hydro-pisie de la vésicule biliaire*). Il peut en résulter des tumeurs du volume d'une tête d'enfant, mais qui conservent la forme primitive de la vésicule et sont fortement tendues, lisses et fluctuantes. Dans certains cas, on peut leur imprimer facilement des mouvements de latéralité; elles présentent également des excursions respiratoires.

Ces tumeurs deviennent d'un diagnostic difficile, lorsque le côlon transverse s'insinue entre elles et le bord inférieur du foie, en sorte qu'elles paraissent, tant à la palpation qu'à la percussion, distinctes et indépendantes de la glande hépatique. Les difficultés augmentent quand la tumeur offre une configuration réniforme, par suite de constriction de sa face inférieure, par des fibres circulaires. Dans ces cas, l'attention doit se porter en premier lieu sur les déplacements respiratoires de la tumeur en question; en même temps, il faut rechercher directement sa connexion avec le foie à l'aide d'une forte pression sur l'intestin sus-jacent.

Dans la *dégénérescence cancéreuse des parois de la vésicule biliaire*, on trouvera au-dessous de la scissure où est logée cette dernière une tumeur solide et bosselée. Le diagnostic est très difficile. Les phlegmasies chroniques péri-vésiculaires peuvent engendrer exactement les mêmes signes; seulement, il n'y aura plus, en raison des adhérences contractées avec les parois abdominales, d'excursions respiratoires. Il en est de même pour les accumulations de matières fécales dans le côlon transverse, la vésicule biliaire étant en contact immédiat avec cette portion de l'intestin. Dans ce dernier cas, les purgatifs lèveront tous les doutes.

Il ne faut pas confondre le cancer de la vésicule biliaire avec des *calculs*

*biliaires palpables*. Si la vésicule contient plusieurs de ces concrétions, on perçoit quelquefois en les déplaçant une sensation de raclage et de cliquetis toute spéciale, qui à l'auscultation se traduit par du *cliquetis métallique*. J.-L. Petit la comparait à celle que l'on obtient en percutant un sac de noix.

Les excursions respiratoires de la vésicule biliaire peuvent également être accompagnées de frottements perceptibles à la palpation. Mosler en a décrit un exemple dans un cas de dégénérescence cancéreuse de la vésicule.

Enfin la *sensibilité à la pression* localisée à la vésicule biliaire peut devenir un signe précieux de diagnostic dans les cas où il s'agit d'irritation de l'organe et du canal cystique par des calculs biliaires.

Les *mouvements pulsatiles* du foie peuvent devenir un sujet d'étude pour la palpation; toutefois, nous n'avons rien à ajouter à ce qui a été dit à ce propos en d'autres endroits de cet ouvrage. (Voyez : *Pouls veineux hépatique*.)

Parmi les phénomènes palpatoires, il faut encore ranger la *toux hépatique*. Dans ces derniers temps, Naunyn a de nouveau fait remarquer qu'il existe des individus atteints d'hypertrophie du foie chez lesquels la pression exercée sur certaines parties de l'organe provoque la toux. Le phénomène s'épuise si l'on répète immédiatement le palper; et la toux ne reparait qu'après un certain intervalle de repos. Il s'agit là évidemment d'une irritation mécanique des filets terminaux du pneumogastrique, qui se transmet aux muscles de la toux par l'intermédiaire de la moelle allongée.

### C. — PERCUSSION DU FOIE

L'interprétation des phénomènes de percussion du foie n'est possible que si l'on connaît parfaitement ses rapports anatomiques; aussi commencerons-nous par les indiquer brièvement.

La masse principale du foie, la glande la plus volumineuse du corps humain, est située dans l'hypochondre droit, mais son lobe gauche dépasse la ligne médiane et s'étend un peu dans l'hypochondre gauche. La ligne médiane le divise de façon à laisser les  $\frac{3}{4}$  dans la cavité abdominale droite et l'autre quart à la moitié gauche. Dans la moitié droite de l'abdomen se trouvent : le lobe droit, le lobule de Spigel et le plus souvent aussi tout le lobe carré, tandis qu'à gauche on ne rencontre que le lobe gauche. Ce dernier dépasse la ligne médiane en moyenne de 5 à 7 centimètres.

Par sa surface convexe le foie proémine dans la concavité du diaphragme. Son bord supérieur est un peu plus élevé à droite qu'à gauche, car tandis que sur le vivant le point le plus élevé du bord supérieur droit (situé entre la ligne mammaire et la ligne parasternale) correspond au cartilage de la 5<sup>e</sup> côte, celui du côté gauche est située plus bas d'une largeur de côte, c'est-à-dire au niveau du bord inférieur du 5<sup>e</sup> cartilage costal (fig. 181).

La partie supérieure du foie, est entourée à droite de toutes parts par le poumon. D'où il résulte que la percussion devra donner deux formes de matité hépatique, comme elle donne deux formes de matité cardiaque. On

obtient : 1<sup>o</sup> une petite matité hépatique (absolue, superficielle, matité hépatique) qui correspond au segment du foie qui se trouve en contact immédiat avec la paroi thoracique; 2<sup>o</sup> une grande matité hépatique (relative, profonde), qui appartient à la portion recouverte par le poumon. La première donne un son mat; la seconde un son submat seulement. Pour la première, il sera nécessaire d'employer la percussion faible, pour la seconde la percussion forte.

La grande matité hépatique ne représente nullement le volume total du foie; au point le plus élevé de cet organe, le poumon qui le masque a une épaisseur de 5 cent. Ce point ne peut donc être déterminé par la percussion, il est situé environ 3 à 5 cent. au-dessus du bord inférieur de l'organe.

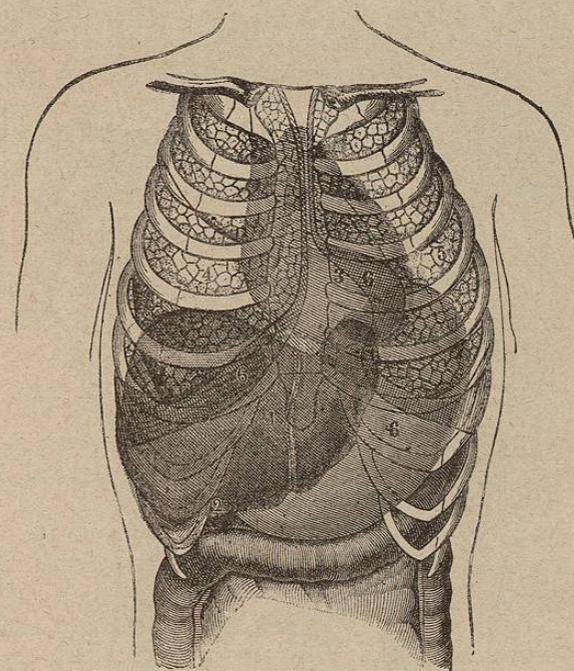


FIG. 181. — Rapports du foie, région antérieure.

1. Foie. — 2. Vésicule biliaire. — 3. Cœur. — 4. Poumon droit. — 5. Poumon gauche. — 6. Espaces pleuraux complémentaires.

En arrière, la grande matité hépatique n'est pas d'habitude aussi nette. Cela tient à ce que le bord postérieur du poumon ne s'amincit pas progressivement comme le bord antérieur, mais se termine assez brusquement au devant du foie sous une couche encore épaisse.

Le bord supérieur gauche du foie est situé immédiatement au-dessous du cœur. D'où impossibilité de le délimiter par la percussion; on ne peut que la déterminer théoriquement, en réunissant par une ligne horizontale la région de la pointe du cœur et le point de réunion du corps du sternum avec l'appendice xiphoïde.