

foie, il faut naturellement tenir compte de l'épaisseur de la paroi abdominale qui se trouve soit en simple soit en 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 (1) 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 infé-

(1) Edw. Ballard, *The physical Diagnosis of Diseases of the Abdomen*. London, 1852, p. 11.

rieure, 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 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. — Difficultés de diagnostic dues aux différences congéniales ou acquises de configuration du foie.

Lorsqu'on veut utiliser, en vue du diagnostic, les notions acquises par l'étude des signes physiques, on rencontre bien souvent 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.

§ 1^{er}. *Anomalies de forme.* — 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. 6*); dans d'autres, elle est arron-

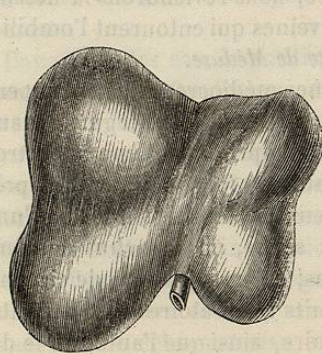


Fig. 6. — Déformation du foie.
Face supérieure.

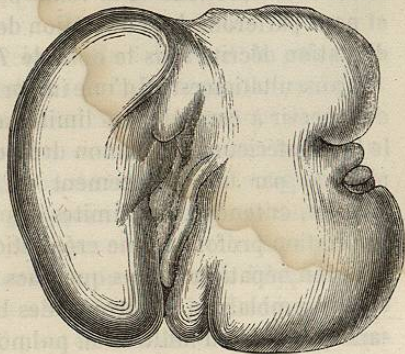


Fig. 7. — Déformation du foie.
Face inférieure.

die, pourvue des cissures anormales (*fig. 7*), et ses limites gauches atteignent à peine la ligne médiane.

Parfois, le lobe gauche s'allonge comme une langue (*fig. 8*), et pé-

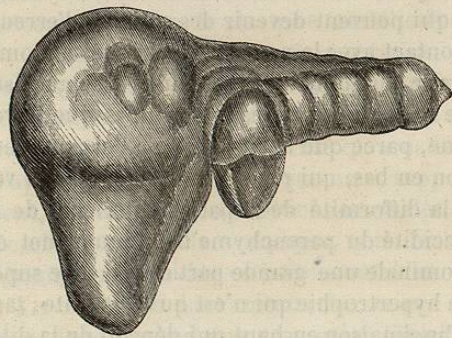


Fig. 8. — Déformation du lobe gauche.

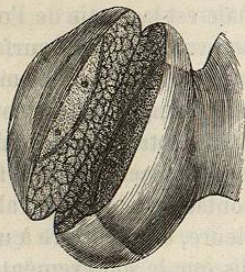


Fig. 9. — Coupe pratiquée sur un lobe gauche, se confondant avec la rate.

nètre profondément dans l'hypocondre; le foie peut alors recouvrir la rate avec la face supérieure de laquelle il contracte de solides ad-

hérences; il devient par suite impossible de déterminer les limites respectives de ces deux viscères (*fig. 9*):

Virchow (1) mentionne un cas où le lobe droit manquait presque complètement. Le lobe gauche hypertrophié présentait des sillons dont le fond était formé par un tissu cicatriciel. Il attribue cette déformation à l'action d'une violence extérieure ayant porté sur l'hypocondre droit dans la première enfance. Il rapporte avoir vu un cas analogue à l'Institut pathologique de Vienne.

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 carcinômes, 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

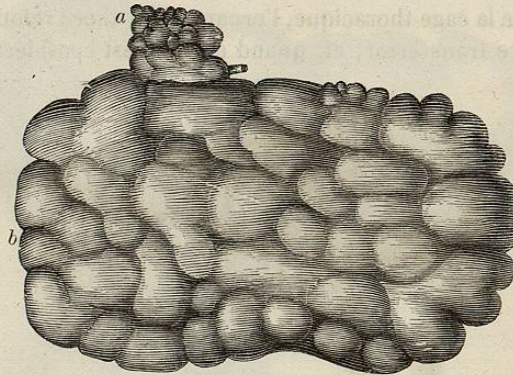


Fig. 10. — Atrophie cirrhotique. — *a*, lobe gauche. — *b*, lobe droit.

retire vers le lobe droit. La figure 10, qui est une réduction au quart du volume naturel, prouve jusqu'à quel point peuvent être

(1) Virchow, *Archiv für Path. anat.*, t. LI, p. 355.

modifiées les proportions entre les deux lobes. Parmi ces difformités on peut encore 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'hypocondre au-dessous 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

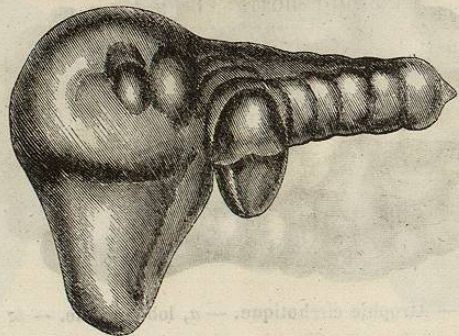


Fig. 11. — Déformation du lobe gauche; foie cordé.

résulte une série de plis qui donnent la sensation de tubérosités aplaties (fig. 11). En outre, par cette constriction annulaire, une partie du lobe droit, et très-souvent du lobe gauche, 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

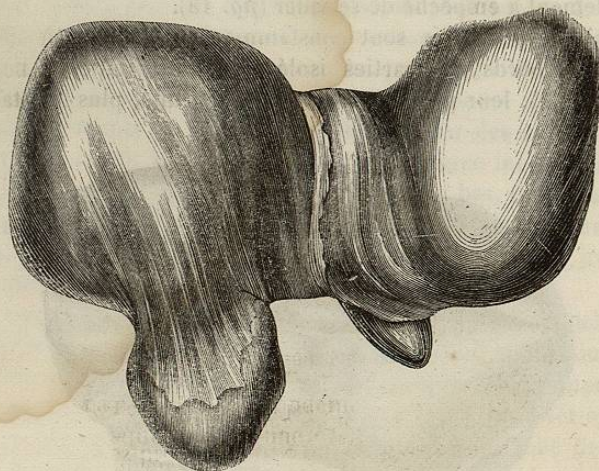


Fig. 12. — Foie divisé par un profond sillon.

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. 12).

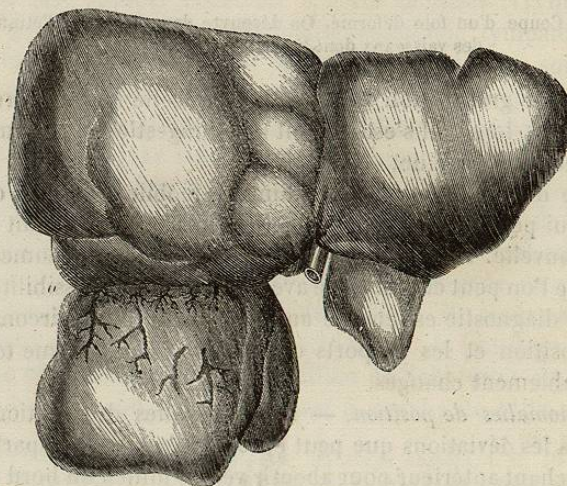


Fig. 13. — Foie divisé en trois lobes par deux sillons. — a, vaisseaux et conduits biliaires dilatés.

L'enveloppe séreuse paraît presque toujours épaissie en cet en-

droit, et 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. 13*).

Les vaisseaux veineux sont constamment dilatés, là où siège le sillon. Les bords des parties isolées sont arrondis et bosselés (*fig. 13 et 14*); leur parenchyme est hyperhémie, plus résistant; il

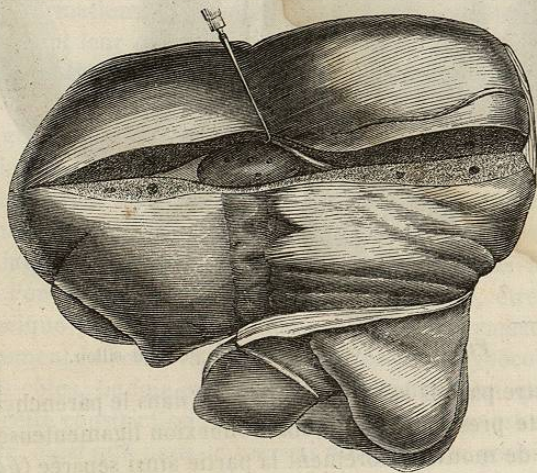


Fig. 14. — Coupe d'un foie déformé. On découvre dans le sillon d'étranglement des vaisseaux dont le calibre est amplifié.

présente une granulation fine, analogue à celle qu'on trouve dans tout l'organe, lorsqu'il s'est produit une congestion symptomatique d'une affection du cœur.

Le lobe droit forme 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 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. *Anomalies de position.* — Par anomalies de position, 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 côtes, 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 résonnance intestinale tympanique. Le lobe gauche, s'il est petit, peut n'être pas atteint, mais souvent on trouve sur un 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

(1) Cruveilhier (*Anatomie pathologique du corps humain*, t. II, 40 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.

que le lobe gauche s'enfonce profondément dans l'hypocondre correspondant (*fig. 15*). 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 re-

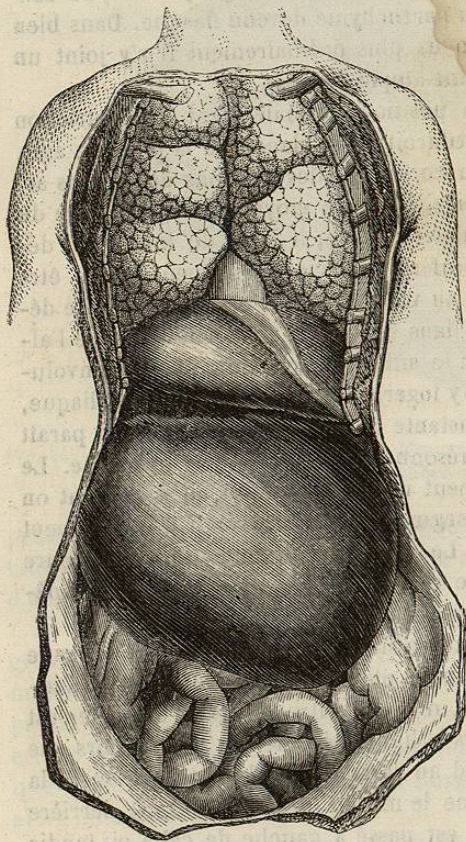


Fig. 15. — Basculement du foie d'arrière en avant, simulant une hypertrophie.

gnostic des maladies prises isolément, nous étudierons plus complètement ce sujet.

La scoliose peut, dans certains cas, avoir le même effet que la

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

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 dia-

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.

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 ; 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

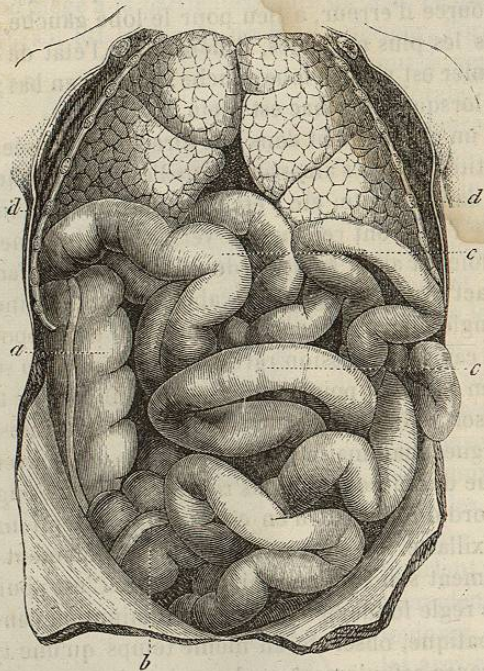


Fig. 16. — Intestins recouvrant complètement le foie atrophié. — *a*, colon ascendant. — *b*, S iliaque. — *cc*, jejunum. — *dd*, sixième côte.

la région antérieure, mais on continue de la constater en arrière. La figure 16 représente la situation des viscères dans un cas d'atrophie aiguë.

§ 3. — *Déplacement en masse ou atonie du foie.* — Souvent le foie est en totalité repoussé de son siège habituel par une compression, dont le point d'origine peut être dans le thorax ou l'abdomen ; alors, pour l'ordinaire, la direction de l'organe est en même temps changée. Les viscères thoraciques ont une influence continue sur la position du foie, car, à chaque inspiration profonde, celui-ci s'abaisse d'un à un centimètre et demi, et se relève lorsqu'à lieu l'expiration. Des abaissements permanents sont amenés par

toute affection thoracique qui déprime le diaphragme d'une manière durable; la direction est modifiée alors diversement, suivant que la pression part du thorax droit ou du thorax gauche, et aussi suivant l'espèce morbide, qui fait que telle ou telle partie du diaphragme est plus ou moins comprimée.

I. *Déplacements par emphysème.* — Dans l'emphysème pulmonaire porté à un haut degré, et s'étendant au delà du rebord du poumon, le foie descend d'un demi à 1 1/2 espace intercostal. Si le poumon droit surtout est fortement atteint, à l'abaissement s'ajoute une inclinaison.

II. *Déplacements par pleurésie.* — La pleurésie avec exsudat purulent (1) copieux, et bien plus encore le pneumo-thorax, produisent des déplacements en bas considérables. Fréquemment alors la face inférieure du diaphragme devient convexe; et le sommet de cette convexité peut dépasser de beaucoup le rebord costal inférieur, en repoussant devant lui le foie dans l'abdomen. La situation de la glande diffère essentiellement, suivant que c'est la cavité gauche ou la cavité droite qui contient l'exsudat. Dans la pleurésie du côté droit, le diaphragme, étant convexe inférieurement, déprime le lobe droit, de sorte que le bord antérieur de ce lobe dépasse les côtes de plusieurs pouces. Dans le cas représenté ici (fig. 17), le bord antérieur du lobe droit était situé

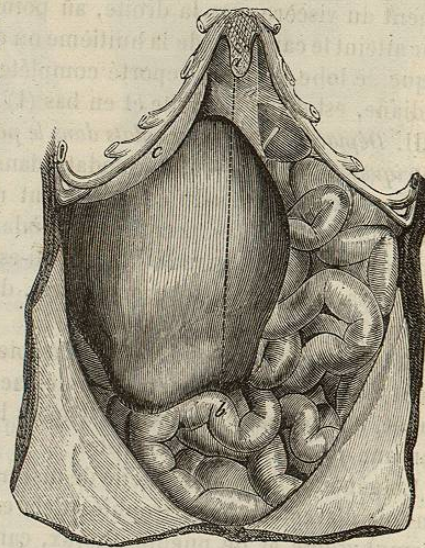


Fig. 17. — Foie refoulé par un épanchement pleurétique du côté droit. — *a*, appendice xiphoïde. — *b*, bord antérieur du lobe droit. — *c*, diaphragme déprimé en bas.

(1) Des exsudations fibrineuses peu abondantes restent sans influence notable sur la position du foie.