

ne s'abaisse pas ; au contraire, l'attache au ligament suspenseur faisant du foie une sorte de levier, ce lobe est soulevé en haut et à gauche, et pousse devant lui la pointe du cœur dans la même direction.

Ce soulèvement, du reste, n'est pas constant ; il manque complètement lorsque, comme il arrive fréquemment, le lobe gauche est trop mince et trop mou pour vaincre les résistances qui lui sont opposées, ou quand le médiastin est repoussé fort loin à gauche par l'épanchement pleurétique, qui pèse à la fois sur les deux lobes.

Avec l'épanchement pleurétique à gauche, le déplacement du foie est tout différent.

Dans ce cas, il est vrai, lorsque le diaphragme est convexe inférieurement, et que le médiastin est reporté à droite, le foie est encore repoussé en bas ; mais ce déplacement est bien moins considérable qu'avec la pleurésie droite. Ce qui domine ici, c'est le refoulement du viscère vers la droite, au point que le ligament suspenseur atteint le cartilage de la huitième ou de la neuvième côte droite, et que le lobe gauche, reporté complètement en deçà de la ligne médiane, est dirigé à droite et en bas (1) (fig. 18).

III. *Déplacements par exsudats dans le péricarde et hypertrophies excentriques du cœur.* — Les exsudats dans le péricarde et les hypertrophies excentriques du cœur influent moins puissamment sur la situation du foie. Les premiers cependant, lorsqu'ils sont considérables, abaissent la glande d'un demi-espace intercostal, ou même d'un espace entier ; le lobe gauche est, dans ce cas, principalement atteint (fig. 19).

La tuméfaction hyperhémique du foie qui se produit ordinairement alors, semble augmenter le déplacement ; celui-ci, par conséquent, ne doit pas être préjugé d'après le degré de proéminence de l'organe au delà du rebord costal.

En général, il est assez facile de distinguer le déplacement en bas du foie d'avec son hypertrophie. Cela est surtout aisé, dans les cas d'emphysème et de pneumothorax, car alors on peut de suite, à l'aide de la percussion, constater l'abaissement des limites supérieures. On ne pourrait plus excuser maintenant une erreur semblable à celle dont je fus témoin dans une consultation ayant pour but de faire décider, si les eaux de Marienbad conseillées par deux médecins, d'ailleurs fort expérimentés, convenaient pour une tuméfaction hépatique qui, en définitive, n'était autre chose qu'un dé-

(1) Dans la figure 18, le diaphragme proémine d'environ 4 pouces 1/2 au-dessous du rebord costal.

placement de la glande par un pneumothorax, suite de tuberculisation pulmonaire. Dans certains cas, il est plus difficile d'apprécier l'atopie du foie consécutive à un épanchement pleurétique, surtout lorsque la hauteur et les limites de l'épanchement sont celles que peut atteindre le foie hypertrophié (1).

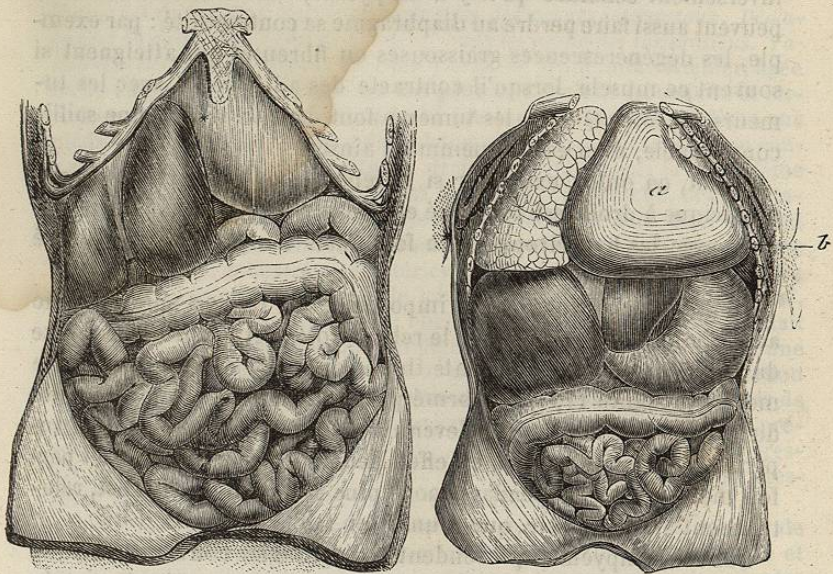


Fig. 18. — Situation du foie déplacé par un épanchement dans la plèvre gauche.

Fig. 19. — Situation du foie déplacé par un épanchement considérable dans le péricarde. — a, péricarde. — b, sixième côte.

Lorsqu'il en est ainsi, quand l'anamnèse ne fournit pas de renseignements suffisants sur le développement de l'affection, quand l'absence du cône formé par la tumeur hépatique, pénétrant dans la cavité thoracique, ne permet pas le diagnostic différentiel d'avec les épanchements pleurétiques, dont les limites sont ordinairement horizontales, le meilleur caractère qui puisse alors guider, c'est la mobilité du foie pendant une inspiration profonde. Si cette mobilité s'est conservée intacte, ce qu'on peut la plupart du temps constater aisément à l'aide de la palpation et de la percussion pratiquées au

(1) Ces limites peuvent être très-élevées ; il y a des tumeurs du foie, notamment les échinocoques, qui, se développant vers la convexité de l'organe, refoulent le diaphragme jusqu'à la troisième et à la deuxième côte ; la raison en est que le développement de ces tumeurs rencontre un obstacle plus faible du côté de la cavité thoracique que de la cavité abdominale.

moment où l'on fait exécuter des mouvements respiratoires forcés (1), alors il est à croire, non pas que le diaphragme et avec lui le foie sont déprimés sous le poids d'un exsudat pleurétique, mais bien qu'une augmentation dans le volume du viscère a changé ses limites inférieures et supérieures. Le manque de mobilité ne peut toutefois faire inversement conclure qu'il y a empyème, car d'autres affections peuvent aussi faire perdre au diaphragme sa contractilité : par exemple, les dégénérescences graisseuses ou fibreuses qui atteignent si souvent ce muscle, lorsqu'il contracte des adhérences avec les tumeurs du foie. Quand les tumeurs font dans le thorax une saillie considérable, il en est fréquemment ainsi.

Il faut, en outre, examiner si le rebord cartilagineux de la cage thoracique à droite est retourné en dehors, ce qui arrive fréquemment avec les hypertrophies du foie, mais n'a jamais été observé avec l'empyème.

Stokes attache une grande importance par rapport au diagnostic au sillon qui se forme entre le rebord costal et la surface convexe du foie, lors des épanchements thoraciques. Ce sillon, ainsi que le montre la figure 17, c, est formé par le contact de la moitié droite du diaphragme déprimé et devenu convexe en bas, avec la face supérieure du foie. On peut, en effet, pendant la vie, le sentir, et parfois même le voir; cependant, pour plus d'une raison, il n'est, relativement au diagnostic, que d'une bien faible valeur.

Dans les empyèmes qui rendent le diaphragme convexe en bas, le diagnostic, vu la hauteur qu'atteint l'épanchement, est la plupart du temps facile, sans qu'on ait besoin de recourir à ce signe; au contraire, dans les cas où il serait fort précieux, il manque, parce qu'alors le diaphragme n'a pas éprouvé un déplacement aussi considérable. En outre, très-souvent la tension des muscles abdominaux est telle que le sillon, alors même qu'il existe, ne peut être démontré. Enfin avec les diverses tumeurs gibbeuses du foie, avec les carcinômes et les échinocoques à développement considérable, il se forme un semblable sillon; car ces tumeurs, en écartant le foie de la paroi costale, laissent ainsi entre le foie et les côtes un espace où les doigts peuvent pénétrer.

Le cas suivant, intéressant, d'ailleurs, sous d'autres rapports, est

(1) Il faut s'en tenir dans cet examen au bord inférieur du foie, parce que la partie supérieure, même en l'absence de contraction du diaphragme, semble s'abaisser dans une profonde inspiration, quand, par le déplacement des côtes et l'élargissement de la cavité thoracique, le bord du poumon descend entre la paroi du thorax et le foie.

une preuve que l'effacement des espaces intercostaux et leur fluctuation, ainsi que le refoulement du médiastin, ne sont pas des signes pathognomoniques de l'empyème.

OBSERVATION I. — *Syphilis tertiaire; tumeur du foie remontant jusqu'à la seconde côte, formée par des échinocoques et accompagnée d'une infiltration graisseuse de l'organe. Saillie et fluctuation des espaces intercostaux. Déplacement du cœur, immobilité de la tumeur dans les profondes inspirations. Valeur diagnostique de l'emploi du trois-quarts.* — Wilhelmine Kochler, âgée de 38 ans, traitée déjà plusieurs fois pour une syphilis secondaire et tertiaire, se présenta à la clinique le 15 janvier 1833 avec de l'œdème aux pieds et une ascite. L'examen de l'abdomen révéla une tuméfaction considérable du foie et de la rate. A droite, matité depuis la quatrième côte jusqu'à 3 centimètres au-dessus de l'ombilic; à gauche, la délimitation de la rate n'était pas possible: la surface du foie était un peu inégale; le bord, modérément tranchant, paraissait dur et fixe. La rate s'étendait jusqu'à l'extrémité antérieure des dixième et onzième côtes; en haut, elle se confondait avec le lobe gauche du foie. Appétit normal, selles régulières, d'un brun clair; l'urine rendue en petite quantité était d'un jaune sale, sans albumine ni pigment biliaire. La peau offrait une teinte jaune grisâtre, la nutrition était peu altérée; la menstruation manquait depuis trois mois. Sur les tibias on trouvait des gonflements de nature syphilitique, douloureux, surtout la nuit. Le voile du palais présentait des cicatrices d'ancienne date. On diagnostiqua une dégénérescence lardacée du foie et de la rate de nature syphilitique, et on prescrivit de l'iodure de fer avec un thé diurétique.

L'œdème des extrémités inférieures disparut complètement en peu de jours, l'ascite se résorba en très-grande partie, mais le volume du foie et de la rate ne diminua nullement, quoique les préparations iodurées (iodure de fer et plus tard iodure de potassium) aient été continuées pendant environ dix semaines.

Pendant le temps des vacances, que la malade passa dans une autre division de l'hôpital, l'état s'était essentiellement modifié; il paraissait s'être formé, suivant le rapport qui nous fut fait, à la partie antérieure de la poitrine, un exsudat pleurétique enkysté, qui déplaçait le foie et le cœur.

A la fin d'avril, la malade put être examinée de nouveau à la clinique, et on constata ce qui suit: le côté droit du thorax est bombé; en descendant, à partir de la deuxième côte en avant, le murmure respiratoire manque complètement. Le son fourni par la percussion est mat à partir de la deuxième côte jusqu'à l'ombilic et jusqu'à 6 centimètres plus bas sur la ligne du mamelon, tandis qu'en arrière on entend le murmure vésiculaire jusqu'à la neuvième côte. Le sillon du foie se trouve immédiatement derrière la dépression ombilicale (c, fig. 20), de là le lobe gauche (e) s'étend jusque sous le cartilage de la dixième côte, où il est limité sur la ligne axillaire par la sonorité tympanique de l'estomac. Le cœur est refoulé en haut et à gauche; le choc se sent et se voit dans le quatrième espace intercostal, 3 centimètres à gauche du mamelon (g); dans le côté gauche du thorax on trouve, en arrière et en bas, une faible

matité avec de la respiration bronchique (le reste d'un exsudat pleurétique traité antérieurement), rien d'anormal d'ailleurs. La surface et les bords du foie présentent comme précédemment de légères inégalités et une consistance ferme. On

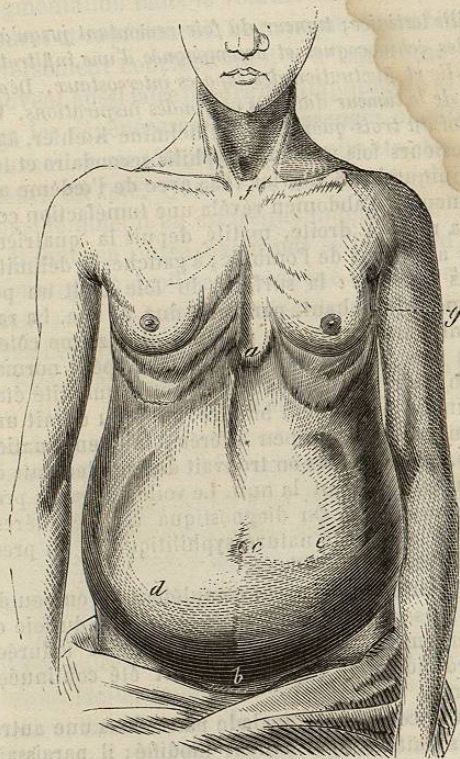
ne peut observer l'abaissement des limites de l'organe dans les profondes inspirations. L'état général semble peu altéré; la digestion se fait normalement; les évacuations deviennent régulières, après un dévoiement spontané de 15 jours. La malade n'accuse de gêne de la respiration que dans les mouvements ou quand elle monte les escaliers.

L'emploi, quatre semaines durant, de l'eau de la source du moulin de Carlsbad, n'amena aucune diminution essentielle dans le volume du foie; seulement le bord de l'organe devint plus mou et plus flasque, de sorte qu'il se laissait déprimer comme une soupape.

Par moments se montraient les symptômes d'une périhépatite, qui disparaissaient soit spontanément, soit sous l'influence de cataplasmes. En outre, des hémorrhagies nasales avaient lieu presque régulièrement chaque mois.

Fig. 20. — Habitus extérieur d'un individu atteint d'échinocoques du foie. — *a*, apophyse xiphoïde. — *b*, symphyse. — *cde*, contours du foie. — *f*, tête du sternum. — *g*, point où a lieu le choc du cœur.

La malade quittant l'hôpital de temps en temps pour mettre ordre aux affaires de sa maison, son état resta sans changement, pendant plusieurs mois employés au simple traitement des symptômes. L'ascite augmenta graduellement, les veines des parois abdominales partant du côté droit se dilatèrent à vue d'œil, et sous le rebord costal droit se développa une tumeur molle, fluctuante, entourée par le parenchyme hépatique de consistance ferme. La même fluctuation se manifesta dans les derniers espaces intercostaux. La nature du liquide était douteuse. Était-ce de la sérosité enkystée entre le foie et la paroi abdominale, dans les mailles de



fausses membranes nombreuses formées par des périhépatites successives? Était-ce le pus d'un exsudat pleurétique descendant à travers le diaphragme, ou un abcès du foie, ou enfin le contenu clair et aqueux d'une poche d'échinocoques? Les données fournies pour la solution de ce problème par les antécédents et l'examen direct restaient insuffisantes. Le 8 juin 1856, on retira donc, par prudence, avec un trois-quarts explorateur fin, un échantillon du liquide; il était clair, complètement incolore, laissait à peine déposer quelques traces d'albumine à la température de l'ébullition et par l'addition d'acide nitrique; mais il contenait de la leucine, et, autant qu'on put le conclure de ses réactions avec le chlorure de fer, des succinates. Ce fluide devait donc provenir d'une poche d'échinocoques; avec la constatation de ce dernier fait, l'admission d'un exsudat pleurétique enkysté du côté droit, reposant principalement sur le rapport qui nous avait été fait et sur l'absence de déplacement du foie pendant la respiration, était devenue plus que douteuse. Le refoulement du foie et du cœur trouvait une explication suffisante dans l'extension de la colonie d'échinocoques vers le haut.

Le 16 juillet, la malade quitta l'hôpital pendant quelques jours, et s'exposa à des influences pernicieuses, qui amenèrent un résultat fatal. A son retour, le 21, il y avait un œdème considérable des pieds et un catarrhe très-étendu des voies aériennes, compliqué d'œdème pulmonaire.

Le 23 au matin, 130 pulsations, frissons, dyspnée très-intense, expectoration de liquide spumeux mélangé de sang, cyanose; mort par asphyxie vers le milieu du jour.

Autopsie. — Le diaphragme (*b*, fig. 21) remonte à droite jusqu'à la deuxième côte. Au-dessus de lui on ne voit en avant que le lobe moyen et le lobe supérieur du poumon réduits par la compression à l'aspect d'une membrane d'un gris bleuâtre, vide d'air. Le lobe inférieur se trouve pressé en arrière contre la paroi thoracique, intimement uni à celle-ci et au diaphragme. Dans le côté gauche du thorax, le cœur (*e*) est refoulé

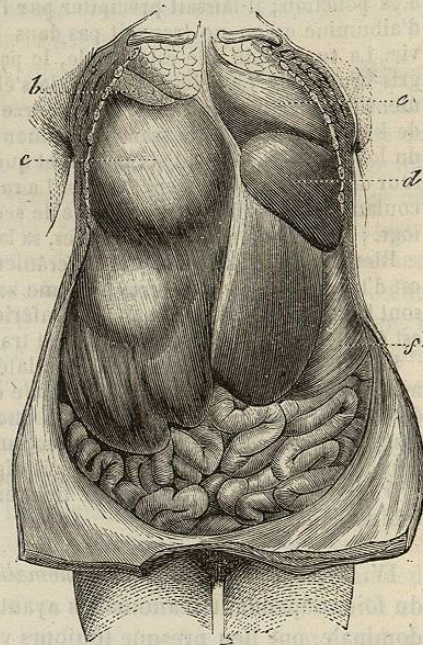


Fig. 21. — Mème individu que pour la figure 20. — *b*, limite supérieure du foie, au niveau de la deuxième côte. — *c*, kyste volumineux. — *d*, rate refoulée en haut par le lobe gauche du foie. — *e*, péricarde. — *f*, estomac.

en haut et à gauche; il a pris une position transversale et sa pointe correspond au troisième espace intercostal. Le diaphragme remonte de ce côté presque jusqu'à la quatrième côte; il est soulevé par la rate (*d*) considérablement tuméfiée, placée transversalement sur le lobe gauche du foie et touchant le ligament suspenseur par son extrémité mousse supérieure. La face supérieure du foie est unie à la paroi abdominale et au diaphragme par des adhérences nombreuses en partie récentes, en partie anciennes. La rate est fortement fixée au lobe gauche, les fibres musculaires du diaphragme ont une couleur jaune pâle; à un examen plus attentif on trouve qu'elles ont subi la dégénérescence graisseuse. La partie supérieure du lobe droit du foie est occupée par un kyste ayant neuf pouces trois quarts de diamètre, contenant treize livres d'un liquide jaune clair, légèrement trouble, et une grosse vésicule gélatineuse couverte à sa surface interne d'une génération d'échinocoques. Le liquide avait été essentiellement modifié par l'inflammation consécutive à la ponction; il laissait précipiter par l'ébullition de grandes quantités d'albumine qu'on ne trouvait pas dans l'échantillon obtenu pendant la vie. La surface du foie est inégale, le parenchyme granuleux coriace et gris-brun clair. Le poids total du foie s'élève à 8,68 kilogrammes; les dimensions du lobe droit sont de quatorze pouces et demi du haut en bas, de huit pouces et demi transversalement; les diamètres correspondants du lobe gauche donnent six pouces et quatre pouces trois quarts; l'épaisseur de l'organe est de sept pouces. La rate a une consistance ferme, une couleur rouge-brun et une surface de section brillante; elle pèse 0,4 kilogr.; sa longueur est de six pouces, sa largeur de quatre pouces.

Rien d'anormal dans la cavité crânienne; la muqueuse des bronches est d'un rouge vif et couverte d'écume sanguinolente; les deux poumons sont fortement oedématiés; au bord inférieur du poumon gauche la plèvre est épaissie, le parenchyme induré et traversé par des bronches dilatées.

Les cavités droites du cœur sont dilatées, l'organe est du reste à l'état normal. La muqueuse gastro-intestinale est pâle, couverte dans l'intestin de fécès gris-jaune. On voit à l'anus une cicatrice blanche, qui s'étend jusqu'à un pouce et demi dans le rectum. La vessie et les organes génitaux ne nous présentent rien qui soit digne d'attention.

D'autres faits de même nature trouveront leur place au chapitre des échinocoques du foie.

IV. *Déplacements par suite d'anomalies abdominales.* — Les atopies du foie, dépendant d'anomalies ayant leur siège dans la cavité abdominale, ont lieu presque toujours vers le haut; de plus, l'organe est ordinairement placé de champ. Tout ce qui remplit la cavité du ventre, diminue l'espace réservé aux intestins, ou dilate fortement ces derniers, peut amener une semblable transposition; exemples: ascite, grossesse, tumeur de l'ovaire, tumeur de l'omentum ou des reins; tympanite du canal gastro-intestinal, amas stercoraux, etc., etc. Presque toujours, dans de semblables circonstances, l'atopie du foie est produite par les circonvolutions intestinales météorisées qui, se pressant dans les hypochondres, repoussent

la glande devant elles vers la cavité thoracique. C'est alors que la limite supérieure du foie est reportée derrière la cinquième et souvent derrière la quatrième côte. Le bord tranchant antérieur, qui est plus mobile, est surtout soulevé, et peut rester seul en contact avec la paroi pectorale. Par suite l'étendue de la matité devient de plus en plus petite, et c'est à peine si l'on en retrouve des traces sur les lignes médiane et mammaire.

Il est plus rare de voir des tumeurs abdominales, procédant de la paroi inférieure, venir repousser directement le foie; cependant des tumeurs de l'ovaire, des produits de nouvelle formation originaires des reins, peuvent parfois arriver jusqu'à la glande, et la refouler en haut. Il est facile de comprendre qu'alors la direction de l'organe peut subir des modifications multiples dépendant de l'intensité plus ou moins grande de la pression latérale.

Ce n'est que par exception, que des états pathologiques siégeant dans l'abdomen ont pour effet de déplacer le foie soit en bas, soit latéralement. On peut observer le déplacement en bas avec des exsudats péritonéaux enkystés, placés entre le diaphragme et le foie et avec des échinocoques développés en cette même place. Les déplacements latéraux sont surtout produits par la dilatation excessive des portions de l'intestin situées dans le voisinage, particulièrement par celle du côlon, résultant de la sténose, ou de la compression des portions profondes comme l'S iliaque, l'arc gauche du côlon, le rectum, etc., etc. J'ai observé un refoulement considérable du foie vers l'excavation droite du diaphragme et les côtes de ce côté, accompagné d'une atrophie consécutive de l'organe, sur un individu chez lequel un exsudat péritonéal enkysté de l'hypochondre gauche, suite d'un ulcère perforant de l'estomac, avait comprimé l'arc gauche du côlon et déterminé la formation dans le côlon transverse d'un amas considérable de gaz et de matières fécales. J'ai vu un déplacement semblable du foie, lors de l'autopsie d'un homme de 60 ans, qui avait été atteint d'un rétrécissement cancéreux du côlon descendant. Récemment, j'ai traité une femme, dont le rectum est rétréci par des cicatrices syphilitiques, et chez laquelle le côlon, presque toujours dilaté par des gaz ou des matières intestinales, a repoussé le lobe gauche du foie à droite de la ligne médiane.

Art. 3. — Difficultés de diagnostic dues à la structure pathologique des parties voisines du foie.

La structure pathologique des parties voisines est la source de la plus grande partie des erreurs qui se commettent dans la pratique,