

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 œdématisés; 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,

lorsqu'on procède à l'examen du foie. Il est vrai que la plupart d'entre elles peuvent sûrement être évitées par la connaissance précise des rapports, et à l'aide d'un peu d'exercice et d'expérience ; cependant, parfois, l'erreur est si proche qu'il est difficile d'y échapper. Dans ces cas, c'est déjà beaucoup d'arriver à démontrer avec quelque sûreté que l'hypertrophie hépatique est seulement apparente, et que le volume de l'organe ne peut être fixé partout d'une manière positive.

Ces difficultés dans la limitation du foie peuvent provenir de parties et d'organes très-divers : des maladies des téguments abdominaux, des maladies du péritoine, des maladies du grand et du petit épiploon, des anomalies de l'intestin et de l'estomac, des maladies des reins, etc.

§ 1^{er}. — *Maladies des téguments abdominaux.* — Les muscles du ventre se contractent ordinairement avec une certaine force, là où ils recouvrent des organes endoloris. Dans la région hépatique on observe fort souvent ces sortes de contractions partielles avec les catarrhes et les inflammations de la portion pylorique de la muqueuse gastrique, ou bien avec une péritonite circonscrite, une périhépatite, des calculs biliaires. L'examen est par là rendu plus pénible, car l'observateur inexpérimenté peut aisément, lorsqu'il palpe, confondre ces parties musculuses contractées et résistantes, avec une hypertrophie du foie, et particulièrement avec celle du lobe gauche. On évite facilement une telle erreur à l'aide de la percussion, qui ne rend pas le son mat auquel on devrait s'attendre d'après la sensation de résistance que l'on éprouve. Toutefois, dans ces cas, le son donné par la percussion est toujours un peu plus court et plus obscur, à cause de l'augmentation dans la tension ; on ne doit donc pas s'en laisser imposer par cette circonstance.

Il est plus difficile de ne pas confondre les infiltrats inflammatoires (phlegmons) des muscles abdominaux avec les tuméfactions ou les inflammations de foie, quand, ce qui arrive de temps en temps, la maladie musculaire affecte le siège et la forme de la glande. J'ai observé un cas de cette espèce, où la ressemblance était tellement frappante, qu'un médecin fort expérimenté, croyant à un gonflement hépatique, avait fait boire au malade les eaux de Carlsbad, et que celui-ci les prenait déjà depuis plusieurs semaines, lorsqu'il se présenta à la clinique. Au bout de huit jours, des cataplasmes amenèrent la maturité d'un abcès, et le bistouri vida facilement ce que les eaux n'avaient pu faire disparaître. La distinction de ces deux états est ordinairement sans difficultés, parce que, ra-

rement, la myosite se conforme complètement aux contours du foie sous-jacent. Lorsqu'il en est ainsi, l'adhérence des téguments à la partie malade, l'absence de toute autre anomalie du côté du foie, l'insignifiance des troubles généraux, suffisent pour tirer d'embarras. D'ailleurs, l'obscurité du son, qui va en se perdant peu à peu, tandis que, avec la tuméfaction du foie, elle est bien plus nettement limitée et cesse brusquement, fournira un point de repère suffisant. Déjà Galien (1) connaissait les symptômes différentiels de ces affections, et, avec leur aide, il diagnostiquait chez Stésanius un abcès des muscles abdominaux, que d'autres médecins avaient pris pour un abcès du foie.

§ 2. — *Maladies du péritoine.* — Ce sont principalement les exsudats péritonéaux enkystés et les carcinômes du péritoine, qui peuvent égarer dans l'appréciation du volume du foie. La distinction des premiers est surtout difficile, quand l'exsudat est placé dans l'excavation du diaphragme, et a repoussé le foie devant lui. C'est alors que, ainsi que j'en ai observé un cas, si l'anamnèse ne vient pas en aide, le diagnostic devient impossible. Au contraire, si, comme il arrive ordinairement, l'épanchement s'étend au delà des limites du foie, on peut facilement le reconnaître à la matité du son qui, à cause de l'amaigrissement progressif de la couche exsudée, se perd petit à petit. C'est là un signe, qui maintes fois nous a conduit à distinguer sûrement les exsudats fréquents de l'hypochondre gauche d'avec les tumeurs de la rate. D'ailleurs, des épanchements considérables entre le foie et le diaphragme amènent, en outre, la déformation de l'hypochondre droit, la fluctuation entre les espaces intercostaux amplifiés et la paralysie du diaphragme. Les carcinômes du péritoine sont faciles à reconnaître à cause de l'inégalité de leur répartition.

Les amas gazeux diffus ou enkystés de la cavité péritonéale, tels qu'ils se produisent avec la perforation de l'estomac, etc., peuvent recouvrir le foie en tout ou en partie, et le rendre inaccessible à la percussion. Leur présence se révèle ordinairement d'elle-même par la voussure régulière de l'abdomen, par l'anamnèse, et par les accidents concomitants de la péritonite par perforation.

§ 3. — *Maladies du grand et du petit épiploon.* — Elles sont, en général, rares, et ce n'est que par exception qu'elles entravent l'examen du foie. Je vais rapporter ici deux cas de cette nature, que j'ai pu observer moi-même, et dont l'un ne put être diagnostiqué.

(1) Galien, *Œuvres*, traduites par Ch. Daremberg. *Des lieux affectés*, liv. V, chap. vii.

OBSERVATION II. — *Carcinôme du petit épiploon, compression de la veine porte et atrophie du foie, ascite sanguinolente, ecchymoses sur la séreuse intestinale et sur le péritoine pariétal.* — C. Hesse, âgé de 62 ans, éprouvait depuis quelques mois un épuisement sans cesse croissant, de l'œdème aux pieds et des troubles de la digestion. Le ventre était douloureux et présentait dans l'hypochondre droit et à l'épigastre un soulèvement hémisphérique ; on y sentait une tumeur parsemée de tubercules ayant le volume d'une noix ou celui d'une pomme ; on suivait cette tumeur jusqu'à 6 centimètres au-dessous de l'ombilic, et elle remplissait une partie de l'hypochondre gauche ; on pouvait y distinguer, sans en douter, des poches fluctuantes du volume d'une moitié de noix et au-dessus, entourées d'un tissu plus dur ; la tumeur se perdait sous les côtes et on pouvait la suivre par la percussion jusqu'au milieu du quatrième espace intercostal ; son diamètre vertical était de 32 centimètres sur la ligne médiane ; le tube intestinal était rempli de gaz ; on trouvait un épanchement de liquide dans la partie inférieure de la cavité péritonéale ; la rate augmentée de volume s'étendait jusqu'au bord de la onzième côte.

Langue couverte d'un enduit jaune grisâtre, inappétence, sentiment de plénitude après chaque repas ; selles rares, d'un brun clair ; pouls à 60 ; pas d'ictère.

Cette tumeur, qui ne se laissait nulle part distinguer du foie et empêchait d'en déterminer les limites, fut nécessairement prise pour un développement anormal de cette glande et considérée, soit comme un carcinôme avec formation de kystes, soit comme une poche d'échinocoques. Cette dernière opinion avait contre elle la grande sensibilité de cette tumeur à la pression, l'absence du frémissement hydatique et la consistance ferme de la plupart des bosselures, dont le nombre dépassait en outre de beaucoup le nombre habituel des échinocoques. Une ponction faite avec un trois-quarts explorateur sur ce point fluctuant fournit une petite quantité de liquide qui contenait beaucoup de sang et d'albumine ; il différait donc essentiellement du liquide des échinocoques, et il ne restait plus ainsi à admettre que la première opinion.

Prescriptions. — Infusion de rac. de rhub. avec eau de laurier-cerise et éther acétique.

Le jour suivant, 11 novembre 1834, à la suite d'une évacuation plus copieuse de liquide, l'abdomen se détendit, la sensibilité diminua ; l'inappétence resta la même. Le 13, pas de changement, l'épuisement augmente, la poche vidée le 10 s'est remplie, pouls petit à 72.

16 novembre. — La mort survient au milieu des symptômes de l'œdème pulmonaire.

Autopsie. — On ne trouve rien d'anormal dans les cavités crânienne et thoracique, à l'exception des modifications qu'on rencontre habituellement à un âge avancé et de l'œdème pulmonaire.

Épanchement abondant de sérosité sanguinolente dans la cavité abdominale ; le péritoine ainsi que le revêtement séreux de l'intestin grêle sont couverts d'extravasations sanguines innombrables depuis la grosseur d'une lentille jusqu'à celle d'un poids ; ces épanchements sont, par places, tellement rapprochés que la séreuse paraît colorée en rouge brun ; la muqueuse en est restée exempte en très-grande partie, la rate est augmentée du double et très-congestionnée ; la tumeur qui siège dans l'hypo-

chondre droit s'étend en haut jusqu'au bord inférieur de la deuxième côte (fig. 22), elle consiste essentiellement en une masse de fungus médullaire, molle, d'un jaune gris, traversée par de nombreux kystes de la grosseur d'une noix ; elle s'est développée dans le petit épiploon, recouvre l'estomac et le colon transverse, et pénètre de bas en haut en manière de

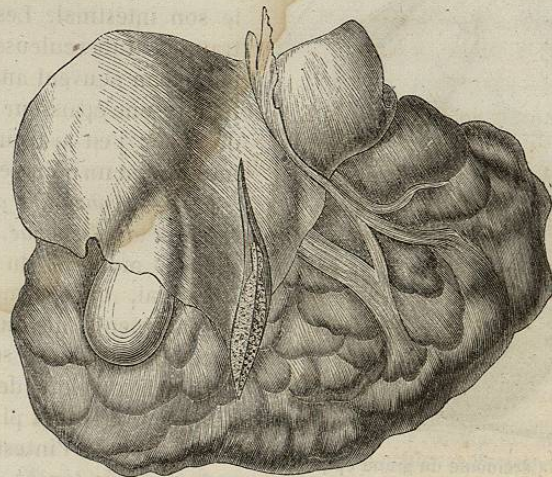


Fig. 22. — Cancer du petit épiploon, simulant une hypertrophie du foie.

coin dans le parenchyme du foie. Cet organe est notablement atrophié et situé profondément dans l'excavation du diaphragme ; la vésicule biliaire se voit sur la surface du carcinôme. Une partie des branches de la veine porte, surtout celles du lobe droit, sont complètement comprimées par le carcinôme ; le pancréas, les glandes rétropéritonéales, les reins et la vessie sont à l'état normal.

Il est impossible de distinguer pendant la vie une tumeur de nouvelle formation de la nature de celle dont il s'agit, d'une tumeur du foie, et les limites de cet organe se confondent si insensiblement avec celles du pseudoplasme, qu'on ne peut les déterminer par la palpation à travers les parois abdominales.

Les carcinômes du grand épiploon peuvent faire naître pour le diagnostic des difficultés semblables ; cependant, en général, elles sont moindres. La tâche est alors ordinairement rendue plus facile par ce fait, que les tumeurs bosselées du grand épiploon laissent presque toujours des places libres, où la percussion donne le son clair intestinal. L'interruption dans la continuité du ton mat nous empêche alors de placer dans le foie le siège du produit de formation nouvelle ; mais ici il y a encore, rarement il est vrai, des exceptions.

La figure 23 représente un carcinôme du grand épiploon qui, partant du foie, remplissait toute la cavité abdominale. L'épaisseur

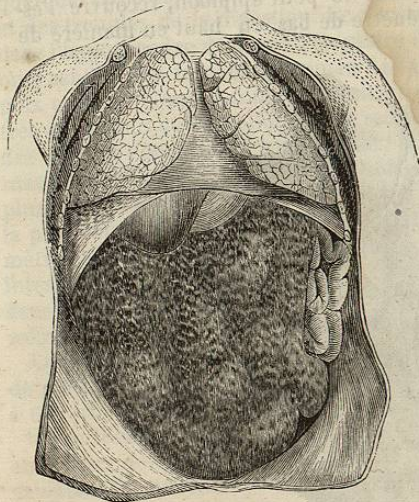


Fig. 23. — Carcinôme du grand épiploon.

de l'épiploon était telle, que la percussion ne pouvait nulle part faire découvrir le son intestinal. Les infiltrations tuberculeuses de l'épiploon peuvent aussi atteindre une épaisseur considérable : j'en ai trouvé qui mesuraient un pouce et plus.

§ 4. — Anomalies de l'intestin et de l'estomac. — La grande mobilité du canal intestinal, qui permet des déplacements de toute espèce, rend bien souvent l'examen du foie des plus difficiles ; d'autant plus que la position de l'intestin lui-même, plein tantôt de gaz,

tantôt de matières solides, ne peut pas toujours être déterminée avec sûreté (1).

Les amas de matières fécales dans le côlon transverse peuvent, lorsqu'ils restent circonscrits dans l'hypochondre droit, faire croire à une tuméfaction régulière ou irrégulière du foie. Le côlon rempli de masses stercorales solides, et placé sous le bord antérieur du foie, augmente l'étendue de la matité, et cette augmentation est d'autant plus facilement attribuée à la glande, que souvent, par suite de la compression simultanée des conduits biliaires, il existe un ictère plus ou moins prononcé. La palpation semble encore confirmer dans cette idée, et même parfois fournit de nouveaux arguments en sa faveur, car elle découvre, outre la tuméfac-

(1) Les rapports de position du gros intestin sont très-variables, et par conséquent difficiles à apprécier. De Haen (*Ratio medendi*, Vienne, 1758) a déjà porté son attention sur ce sujet et donné un certain nombre de dessins représentant des anomalies de position, qui lui paraissaient importantes au point de vue pratique ; Annesley en donna aussi des exemples intéressants (*Researches into the Causes, nature and treatment of the more prevalent Diseases of India ; with plates*, London, 1828). Depuis des années, j'ai fait dessiner des exemples de cette espèce, et j'exposerai les plus importants dans un travail ultérieur sur les maladies du gros intestin. Le sujet mérite notre attention, non-seulement sous le rapport du diagnostic, mais encore à d'autres égards.

tion générale, des tumeurs gibbeuses semblables à celle du carcinôme. Un observateur peu exercé prendra pour un cancer les scybales noueuses et dures que l'on sent alors. Ces cas se présentent surtout chez les femmes, et je pourrais, s'il était besoin, en rapporter ici une série d'observations (1). En général, il n'est point difficile d'éviter les erreurs dont il est ici question. Rarement les tumeurs stercorales offrent des limites identiques à celles qui correspondent aux contours du foie hypertrophié ; elles les dépassent dans un sens ou dans un autre, et cela d'une manière qui n'est pas compatible avec une augmentation de volume de la glande. Si les téguments abdominaux ne sont pas trop épais, la sensation pâteuse particulière que les matières fécales donnent à la palpation suffit pour nous guider, surtout en la comparant avec celle fournie par la substance hépatique bien plus consistante. Dans les cas douteux,

(1) Je placerais ici un de ces faits, qui offre de l'intérêt à cause de la double erreur à laquelle il donna lieu.

Une dame de 25 ans, vivant à la campagne et ayant eu déjà plusieurs avortements, se croyait enceinte, à cause de la suspension de la menstruation, de malaises, etc. Le médecin ordinaire lui ordonna le repos le plus absolu, qu'elle garda pendant six mois, couchée sur un sofa, espérant pour récompense éviter un nouvel avortement. On ne permit pas au médecin de pratiquer l'examen intérieur ; il put seulement, à la palpation du ventre, reconnaître une tumeur arrondie s'élevant de la cavité pelvienne et ayant atteint peu à peu l'ombilic. Les mouvements du fœtus, ardemment attendus, ne parurent point ; malgré les soins les plus grands, la jeune femme maigrissait, son teint devenait jaune, pâle, l'appétit se perdait ; il survint de l'œdème aux pieds, et enfin un ictère bien caractérisé. Un second médecin fut appelé, qui considéra la maladie comme une énorme tuméfaction du foie et mit en doute la grossesse ; le premier opposait le développement ascensionnel de la tumeur qu'il avait observé. Appelé à donner mon avis, j'examinai attentivement l'abdomen : il était très-développé et sensible. Du bassin paraissait s'élever, à gauche, une tumeur qui semblait pâteuse au toucher et dépassait la ligne médiane d'environ un demi-pouce au niveau de l'ombilic ; la région du cœcum donnait un son tympanique plein jusqu'à la ligne blanche. L'obscurité du son hépatique s'étendait sur la ligne mammaire depuis la cinquième côte jusqu'à 0^m,08 au-dessous du rebord costal, mais, sur la ligne axillaire, seulement jusqu'à ce rebord ; en travers de la région épigastrique, on sentait un cordon en forme de bourrelet, qui était sensible à la pression et donnait à la percussion, dans certains points, un son vide, et dans d'autres un son plein. Des évacuations avaient lieu tous les deux jours et présentaient une coloration différente, tantôt pâle, tantôt foncée. Mon avis fut qu'il n'y avait pas de grossesse (celle-ci avait contre elle la forme et spécialement aussi la nature pâteuse de la tumeur, qu'on devait considérer comme l'S iliaque d'une longueur extraordinaire, remplie de matières fécales), et qu'on ne pouvait apprécier l'état du foie qu'après l'évacuation du canal intestinal. Les lavements et une infusion de séné composée firent rendre des quantités considérables de matières fécales. Huit jours après, on me rapporta que la tumeur inférieure avait disparu, que le foie était considérablement diminué et l'ictère affaibli. Quand la malade se présenta à moi, trois semaines plus tard, après avoir bu de l'eau de la Croix de Marienbad, on ne pouvait plus constater de tuméfaction du foie : les purgatifs lui avaient fait perdre son espoir, mais aussi le souci de la maladie du foie.

on ne doit pas hésiter à suivre la règle prescrite lorsqu'il s'agit d'examiner le foie ; c'est-à-dire qu'il faut vider l'intestin. Il ne faut pas alors se laisser détourner par le dire du malade affirmant que, chaque jour, il va à la garde-robe, ou même qu'il est atteint de temps en temps de diarrhée ; car nonobstant il peut exister des amas stercoraux énormes.

Parfois le canal intestinal entrave l'examen du foie d'une autre manière : en effet, des circonvolutions du gros intestin, et plus rarement de l'intestin grêle, peuvent se loger entre la glande et la paroi abdominale. C'est surtout l'arc droit du côlon qui s'insinue, et se place tantôt au-dessus du lobe droit, tantôt au-dessus du lobe gauche (fig. 24). On doit soupçonner une telle disposition, quand

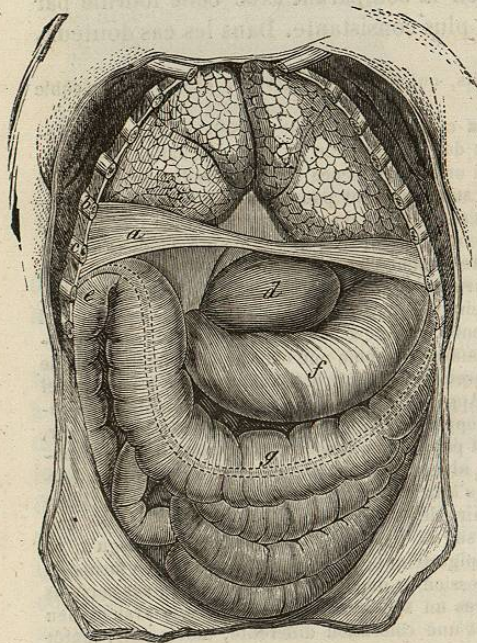


Fig. 24. — Lobe droit recouvert par le côlon ascendant. — *a*, diaphragme. — *d*, lobe gauche du foie. — *e*, côlon ascendant. — *g*, côlon transverse. — *f*, estomac.

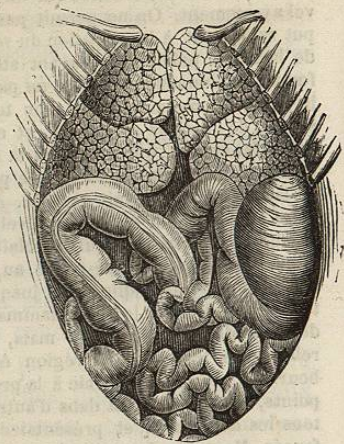


Fig. 25. — Côlon recouvrant complètement le foie.

un des diamètres du foie paraît extraordinairement petit relativement à celui qui l'avoisine. Quelquefois le côlon recouvre presque la totalité de la glande, de sorte qu'on ne peut alors songer à en déterminer le volume (fig. 25).

Le gros intestin est souvent d'une ongueur exagérée, ce qui permet des dispositions auxquelles on ne s'attend pas. J'ai en ce moment sous les yeux un dessin qui a été fait, il y a quelques jours, lors de l'autopsie d'un homme âgé de 33 ans. La partie moyenne du foie est recouverte par les circonvolutions de l'S iliaque, qui, à partir de la cavité du bassin, s'élève directement à travers l'abdomen jusqu'au foie, dont les parties latérales sont cachées par le côlon transverse superposé à ces circonvolutions. De tels déplacements de l'intestin sont ordinairement transitoires ; cependant il est des cas où ils se maintiennent des mois entiers, et finissent par amener l'atrophie et la déformation de la glande (1).

Bien plus rarement que l'intestin, l'estomac entrave l'examen du foie. On surmontera facilement les obstacles qu'un estomac surchargé d'aliments met à la détermination du volume du lobe gauche, si l'exploration est faite en temps opportun. Nous avons déjà noté que, quand l'estomac est dans un état de vacuité parfaite, le lobe gauche s'abaisse légèrement.

Il est bien plus difficile de distinguer les cancers de l'estomac, surtout du pylore, et les tumeurs de la tête du pancréas, d'avec celles qui siègent à la face inférieure du foie. Il y a des cas où ces parties contractent ensemble des adhérences tellement intimes, où le pylore malade est, dans presque toute son étendue, si parfaitement recouvert par le foie, qu'il ne faut guère songer à pouvoir les distinguer l'un de l'autre par la percussion ou la palpation. On peut facilement se convaincre de cela à l'amphithéâtre, en regardant ces organes détachés du corps. Dans de semblables cas, ce sont les autres symptômes du squirrhe du pylore, la dilatation de l'estomac, les vomissements caractéristiques, etc., etc., qui établissent la différence. L'ictère n'est ici qu'un signe incertain de la localisation de la maladie dans le foie, car les infiltrats des masses squirrheuses du pylore et du pancréas obstruent souvent le canal cholédoque, sans atteindre le parenchyme hépatique.

§ 5. *Maladies des reins.* — Il ne peut être question que des tumeurs rénales d'un volume considérable, telles que l'encéphaloïde, les échinocoques et l'hydronéphrose, car celles qui restent plus petites, demeurent toujours trop profondes pour pouvoir être confondues avec une affection hépatique. Dans la plupart des cas, le diagnostic est

(1) Une observation de cette dernière espèce a été faite, à ma clinique, sur un homme de 49 ans, chez lequel, trois mois durant, une anse du côlon recouvrit le lobe gauche et une partie du lobe droit. Le déplacement reconnu pendant la vie fut constaté par l'autopsie.

facilité par ce fait, qu'au-devant des tumeurs des reins sont placées des circonvolutions intestinales remplies de gaz, tandis qu'il n'en est pas ordinairement ainsi pour les tumeurs du foie. D'après ma propre expérience, les tumeurs des reins qui résultent d'énormes cancers, etc., arrivent au contact avec la paroi abdominale beaucoup plus bas, dans la région cœcale pour l'ordinaire, et elles sont séparées du foie par des portions d'intestin. Je ne me rappelle qu'un seul malade chez lequel il n'en était pas ainsi, et dans ce cas on confondit un squirrhe des reins avec un carcinôme du foie. La tumeur rénale, grosse comme la tête d'un enfant, était en contact avec la face inférieure du foie, et avait soulevé cet organe d'environ un espace intercostal. Elle n'était pas recouverte de circonvolutions intestinales météorisées. Dans le décubitus dorsal, il était facile de faire pénétrer les doigts entre la tumeur et le rebord costal, signe sur lequel Bright a insisté avec raison, et qui devait parler contre un cancer du foie. La tumeur ne devait être prise pour telle, qu'en supposant que c'était un produit de formation nouvelle resté libre, et procédant de la partie postérieure du foie; mais ces sortes de produits ne font jamais en dehors du parenchyme hépatique, qui leur forme une espèce de lit, une saillie aussi grande que celle que l'on était obligé d'admettre dans ce cas. Quand il s'agit de tumeurs des reins, il ne faut pas s'attendre à trouver dans la région lombaire, près des bords du muscle carré, une proéminence qui serve à les faire distinguer d'avec une maladie du foie. C'est en vain que, la plupart du temps, on chercherait cette espèce de saillie, car les tumeurs du parenchyme rénal ont coutume, en se développant, de se diriger en avant et en bas, quelquefois en haut.

Le cas suivant, fort intéressant, donnera sur ce sujet de plus amples éclaircissements.

OBSERVATION III. — *Carcinôme du rein droit, déplacement du foie en haut et à gauche.* — J. Rother, âgé de 16 ans, élève de l'Institution des aveugles, après avoir été traité pendant longtemps dans la division chirurgicale de l'hôpital pour un rhumatisme de l'articulation de la hanche, fut transféré le 19 août 1836 à la station interne. Depuis trois semaines, on observait une tumeur augmentant rapidement de volume, qui proéminait sous le rebord des côtes du côté droit et était couverte de veines dilatées; au toucher, cette tumeur paraissait lisse et élastique, fluctuante par places; elle se déplaçait dans les profondes inspirations, la percussion donnait sur les lignes du mamelon et de l'aisselle une matité qui s'étendait depuis la troisième côte jusqu'à 0^m,21 au-dessous. En arrière l'obscurité du son remontait jusqu'à la sixième vertèbre dorsale; à gauche on suivait la matité au delà de l'épigastre jusqu'à la ligne axillaire, et en haut jusqu'à la cinquième côte; les espaces intercostaux du côté

droit étaient élargis, on sentait le choc du cœur entre la troisième et la quatrième côte. Pouls 120 à 130, respiration libre, appétit modéré, selles normales, urine pâle, sans albumine ni sang.

L'anémie fit, chez ce jeune homme, des progrès si rapides que la mort arriva dès le 24 septembre.

A l'autopsie, on trouva le foie augmenté considérablement de volume; il remplissait les deux hypochondres, et l'épigastre jusqu'à l'ombilic: il refoulait le diaphragme jusqu'à la troisième côte à droite, et à gauche jusqu'au bord inférieur de la quatrième; en même temps il était repoussé de droite à gauche, de manière que le ligament suspenseur se trouvait sur la ligne du mamelon gauche, et la vésicule biliaire à gauche de la ligne blanche. Un examen plus attentif fit voir que le développement apparent du foie était dû à un énorme carcinôme qui, partant du rein droit, avait refoulé la substance du lobe droit du foie et l'avait amincie jusqu'à la réduire à une sorte de membrane. La tumeur était limitée intérieurement par une capsule résistante et constituée par une masse fongueuse, blanchâtre, creusée de nombreux foyers apoplectiques; elle pesait 8^{kl},7. A côté du ligament suspenseur, le parenchyme du foie contenait deux noyaux cancéreux gros comme des haricots; de semblables dépôts secondaires se trouvaient dans le lobe supérieur du poumon gauche; le lobe inférieur était comprimé; le cœur, à l'état normal d'ailleurs, était refoulé en haut; la rate contenait peu de sang et avait un volume médiocre; l'estomac et le canal intestinal ne présentaient aucune altération de texture essentielle. Le rein gauche était hypertrophié.

Je ne pouvais guère prétendre épuiser ici toutes les sources d'erreurs diagnostiques, qui peuvent rendre incertaines les données obtenues au lit du malade par l'examen du foie; mon but était d'énumérer celles que j'ai pu moi-même découvrir, soit à la clinique, soit à l'amphithéâtre, et que j'ai cru les plus importantes et les plus nécessaires à connaître (1). Celui qui veut parfaitement être le maître sur ce terrain de technique diagnostique, en tant qu'il est possible ou qui même ne prétend qu'à éviter avec sûreté les erreurs les plus graves, doit s'étudier, spécialement en vue du diagnostic, à bien connaître les rapports pathologiques que peuvent contracter les viscères abdominaux; il doit être assidu à l'amphithéâtre, et ne perdre aucune occasion de vérifier ou d'étendre, à l'aide des autopsies, les résultats donnés par la clinique.

Acquérir l'habitude de limiter avec précision et sûreté les viscères abdominaux, à l'aide du plessimètre, est un travail préparatoire indispensable pour réussir dans cette étude. Quant à celui qui croit se suffire avec ses seules ressources, il ne devra pas s'étonner si bien souvent l'autopsie vient le désabuser.

(1) Je n'ai pas tenu compte ici des déplacements du foie par les anévrysmes de l'aorte et de l'artère hépatique, par les tumeurs rétropéritonéales, parce que je n'ai pas eu l'occasion de suivre complètement, c'est-à-dire jusqu'à l'autopsie, des faits de cette nature. Ce que nous avons dit suffirait pour s'orienter en pareille circonstance.