

sicule se trouvaient plusieurs calculs, qui avaient causé six ulcérations, les unes superficielles, les autres profondes de la paroi vésiculaire.

Budd (1), qui rapporte diverses observations semblables, explique la formation de ces abcès comme celle de ceux qui coïncident avec la dysentérie, par l'action des ulcérations de la muqueuse de la vésicule et des conduits biliaires, action qui serait transmise par les veines affluant dans la veine porte. Dans les cas que j'ai été à même d'observer (voyez, plus bas, les maladies des voies biliaires), il n'était pas nécessaire de recourir à une explication aussi compliquée. Les voies biliaires étaient, çà et là, détruites par l'ulcération, qui avait directement envahi le parenchyme hépatique environnant.

C'est d'une manière semblable que se produisent les abcès du foie, fréquemment observés comme résultat de la pénétration des vers lombrics dans les voies biliaires. Tantôt ceux-ci provoquent seulement un catarrhe et une dilatation régulière ou ampulliforme des canaux; tantôt, au contraire, ils amènent leur ulcération et la formation d'abcès. Ces derniers sont ordinairement multiples, et communiquent directement ou non avec les conduits. Il n'est pas rare de les voir atteindre un volume considérable, et s'ouvrir dans divers points. Kirkland (2) a vu un vers lombric s'échapper avec le pus, d'un abcès qui s'était ouvert à l'extérieur. Lobstein (3) et Lebert (4) ont décrit des cas où ils se sont frayé un chemin à travers le diaphragme, jusque dans les poumons. De plus, Tonnelé (5) et Forget (6) ont observé des abcès multiples du foie, causés par des vers lombrics. A l'article *Entozoaires du foie*, il sera traité, dans cet ouvrage, des abcès provoqués par la suppuration d'un sac d'échinocoques.

Outre les causes d'hépatite que nous venons d'énumérer, on en accuse encore d'autres dont le mode d'action est plus difficile à expliquer. Parmi celles-ci on doit ranger : l'action des climats brûlants et des miasmes paludéens; celle des boissons spiritueuses, des aliments fortement épicés, du refroidissement, etc., etc. Déjà, à propos de l'hypérhémie du foie, nous nous sommes expliqué sur l'importance de ces agents. Il est difficile de décider si, seuls et par eux-mêmes, ils sont en état de causer des abcès du foie; mais du reste, le nombre des

(1) Budd, *loc. cit.*, p. 92.

(2) *On inquiry into the present state of medical surgery*. London, 1786.

(3) *Journal complémentaire*, 1829, t. XXXIV, p. 172.

(4) Lebert, *Traité d'anatomie patholog.*, Paris, 1860, t. I, p. 412.

(5) Tonnelé, *Journal hebdom.*, Paris, 1829, t. IV.

(6) Forget, *Union médic.*, 29 mai 1856.

cas d'hépatite où une genèse évidente ne peut être établie, est assez considérable. Il ne faut pas s'en étonner, car la même obscurité nous cache le mode d'origine d'autres affections qui, de même que la pneumonie, se présentent bien plus fréquemment à nous que l'hépatite, et sont bien plus accessibles à notre observation.

DESCRIPTION ET SYMPTOMES.

Il est extrêmement difficile de donner une description générale satisfaisante de l'hépatite, car l'ensemble des symptômes varie à l'infini, avec le siège du foyer inflammatoire avec les divers modes de terminaison et l'espèce différente des complications. D'abord, il y a des cas où aucun trouble fonctionnel, aucune altération locale ne vient pendant la vie déceler l'existence du travail inflammatoire, et où, à l'autopsie, on trouve de volumineux abcès hépatiques dont on n'avait pas soupçonné la formation. Andral (1) raconte l'histoire d'un jeune homme, qui, après avoir fait, à cheval, un voyage fatigant, fut attaqué d'une affection fébrile pour laquelle on ne put découvrir aucune cause locale. Le quatrième jour apparurent des accès de frisson et une céphalalgie intense, la langue devint blanche, l'appétit disparut; la constipation était opiniâtre. Le douzième jour le malade commença à délirer; le dix-septième il succomba. Pendant toute la durée de la maladie, l'épigastre et l'hypochondre droit étaient restés mous et indolores; il n'y eut ni vomissement ni ictère; ce fut en vain que, pour découvrir une lésion locale, on examina les divers organes. A l'autopsie aucun organe ne présenta une altération importante, le foie lui-même au premier abord sembla normal, jusqu'au moment où un coup de scalpel, donné au hasard, découvrit un abcès gros comme une orange, que remplissait un pus jaunâtre et inodore, et qui était entouré de substance hépatique rouge et ramollie. De semblables observations ont été faites par Abercrombie, Annesley, Cambay, Haspel, Budd et autres. Budd rapporte l'observation d'un matelot âgé de 62 ans, qui, atteint d'un emphysème pulmonaire avec catarrhe bronchique, fut admis à l'hôpital des marins. Le malade présentait les symptômes d'une fièvre hectique, qui fit soupçonner l'existence d'une tuberculisation; ses forces allèrent sans cesse en diminuant et il succomba, sans que jamais on eût pu constater ni douleurs dans la région hépatique, ni vomissements, ni diarrhée, ni ictère. A l'autopsie on trouva dans le foie un abcès enkysté qui contenait plus d'une pinte de pus. L'estomac et l'intestin étaient normaux; les pou-

(1) Andral, *loc. cit.*, t. II, p. 303.

mons étaient emphysémateux et des mucosités abondantes remplissaient les bronches. Dans un autre cas analogue, dû au docteur Irman de Liverpool, on constata, outre un amaigrissement considérable, une diarrhée opiniâtre sans endolorissement de l'abdomen. L'autopsie fit découvrir, outre une ulcération du gros intestin, trois abcès hépatiques, contenant environ vingt onces de pus.

J'ai été à même d'observer deux cas d'abcès volumineux du foie, qui ne se révélèrent, pendant la vie, par aucun symptôme local. Dans l'un il s'agissait d'un homme de 34 ans qui était en traitement pour une néphrite chronique et un épanchement pleurétique. Outre les lésions ordinaires des reins et de la plèvre, on trouva dans le lobe droit du foie, dont le volume était peu modifié, un abcès mesurant $5 \frac{1}{4}$ pouces de diamètre, et entouré d'une capsule résistante de tissu conjonctif. En outre un autre abcès, gros comme une noisette, occupait le lobe de Spiegel, et dans les muscles abdominaux de la région iliaque gauche, un foyer purulent, du volume d'une noix, s'était formé. L'étiologie fut impossible à découvrir.

Le second cas se présenta chez un homme déjà vieux qui ne resta que peu de temps en traitement à l'hôpital, et qui antérieurement avait mené une vie vagabonde. Il prétendait avoir été atteint d'une fièvre d'accès; sa constitution était épuisée, et il présentait de l'œdème des pieds, de l'ascite, une peau blafarde et couleur de cire, ainsi que d'autres signes d'un état cachectique. La rate et le foie furent examinés avec soin, sans qu'on pût y découvrir de la tuméfaction ou de l'endolorissement. La digestion était entièrement détruite; vomissements d'un mucus gris ou parfois jaunâtre, garde-ropes difficiles et de couleur normale. A l'autopsie, outre un catarrhe chronique de l'estomac, un emphysème pulmonaire et un athérome très-étendu des vaisseaux, on découvrit, vers le bord obtus du lobe droit du foie, un abcès gros comme un œuf d'oie, rempli de pus d'un jaune verdâtre, et dont la paroi lisse et compacte prouvait l'ancienneté.

Dans d'autres cas ce sont les symptômes des affections consécutives ou antérieures à l'hépatite, qui prédominent, tandis que les accidents propres à cette affection restent cachés, ou ne se révèlent que par des troubles peu marqués et faciles à méconnaître.

Dans nos climats c'est surtout sous l'apparence de la maladie nommée infection pyémique, que les abcès du foie ont coutume de se développer insidieusement; dans les pays chauds, au contraire, c'est la dysentérie, ou une fièvre intermittente, principalement la tierce, d'après Haspel, que l'on diagnostique faussement au lieu de l'inflammation du foie. Dans certains cas, les symptômes des affections secondaires à

l'hépatite, comme la péritonite, et plus souvent encore la pleurésie ou la pneumonie, deviennent tellement prédominants, que le foyer primitif de la maladie est négligé et méconnu.

Enfin on observe encore certaines espèces, dans lesquelles l'hépatite se développe sous le masque d'un catarrhe gastrique fébrile, et où on n'arrive à soupçonner l'existence d'une affection grave, que tardivement, et après l'apparition d'accès irréguliers de frisson.

Ces formes latentes de l'hépatite sont du reste moins fréquentes que celles où l'inflammation du foie s'annonce par une série de symptômes précis, qui dès l'abord suffisent pour fixer l'attention sur le siège de la maladie, et permettent de suivre celle-ci dans ses différentes phases. Pourtant il n'est pas rare que ces symptômes de la localisation morbide aient si peu de relief et soient tellement voilés par d'autres, qu'il devient difficile d'analyser avec justesse une longue série d'accidents multiples et variant à l'infini suivant les différentes périodes de la maladie, ainsi que de distinguer les phénomènes essentiels d'avec les secondaires, les désordres étiologiques ou consécutifs d'avec ceux qui caractérisent directement l'affection elle-même. Ici, le diagnostic n'acquiert pas toujours cette base positive, sur laquelle repose celui des affections d'autres organes.

Pour tracer une description générale de l'hépatite, il faut choisir de préférence les cas simples d'origine traumatique, parce que ce sont ceux qui, le plus souvent, sont exempts de complications.

Après une chute sur la région hépatique, après un coup, une contusion, les malades se plaignent de douleurs, d'une sensibilité anormale du côté droit; l'hypochondre est dur et tendu; la plupart du temps, à l'aide de la percussion ou de la palpation, on découvre que le foie est amplifié. Celui-ci, tantôt se développe en haut, aux dépens du thorax, tantôt au contraire son bord dépasse en bas, d'une manière anormale, le rebord des côtes. De plus, dans plusieurs cas, il y a de l'ictère; mais assez souvent la couleur de la peau n'est point modifiée. En même temps que le gonflement et l'endolorissement du foie apparaissent, d'habitude, les accès d'une fièvre plus ou moins intense, à laquelle se joignent des maux d'estomac. La peau devient brûlante et sèche, la fréquence du pouls augmente, la langue se couvre d'un enduit gris ou jaune; assez souvent de la bile est vomie, tandis que les selles sont tantôt rares et difficiles, tantôt fréquentes et bilieuses. Si le foyer inflammatoire est à la partie supérieure de la glande, la respiration est altérée, l'action de la moitié droite du diaphragme devient gênée, la matité hépatique remonte dans le thorax, une toux courte et sèche s'établit, parfois aussi de la douleur se fait sentir dans l'épaule droite.

Aussitôt que la suppuration commence, le mal d'estomac s'accroît, la fièvre devient plus intense, le frisson apparaît par accès irréguliers, qui sont suivis de chaleur et de sueurs épuisantes. Dès que l'abcès est entièrement formé, la tuméfaction générale du foie diminue, pour l'ordinaire, et alors, si le siège de la suppuration le permet, une tumeur fluctuante peut être perçue ; mais dans un grand nombre de cas, l'abcès reste enfermé dans le parenchyme hépatique, et son existence ne peut être prouvée. La marche ultérieure peut être fort diverse. Dans certains cas heureux, la suppuration se résorbe, l'abcès peu à peu diminue et se cicatrise, tandis que les symptômes disparaissent progressivement. Au contraire, quand la suppuration continue de s'accroître et reste diffuse, alors la maladie a une issue fatale, qui arrive ordinairement au milieu d'accidents typhoïdes, ou bien par l'épuisement qu'entraîne une fièvre hectique. Parfois encore, il se développe une péritonite, qui d'abord reste localisée, mais bientôt après envahit toute l'étendue du péritoine, et devient alors mortelle.

Si l'abcès se fraye une voie à l'extérieur, ou bien s'ouvre dans un organe ou une cavité voisine, alors les symptômes prennent un aspect qui varie avec la direction que prend le pus. Pénètre-t-il dans la cavité péritonéale, il résulte de là une péritonite, par perforation, rapidement mortelle. Si l'abcès se dirige vers le dehors, une tumeur fluctuante se développe dans la région hépatique, ou bien, dans les lombes ou la région du bassin, si le pus fuse en bas. Dans le cas où il s'ouvre dans l'estomac, du pus est vomé ; si c'est dans l'intestin ou, ce qui est plus rare, dans les voies biliaires, le pus s'échappe avec les selles. La pénétration dans la cavité pleurale droite fait naître l'ensemble symptomatique d'un épanchement dans la plèvre. Dans le cas où, poursuivant sa route, l'abcès s'enfonce dans le poumon adhérent, il suit de là une pneumonie suppurative ; puis une communication s'établissant avec les bronches, du pus ordinairement sanglant et à demi putréfié est expectoré.

Les cas observés au lit du malade ne ressemblent qu'assez rarement à cette esquisse de la forme la plus simple de l'hépatite, que nous donnons ici comme description générale, car, presque toujours leur aspect est rendu beaucoup moins simple par des complications. Alors, pour s'orienter, il devient nécessaire de soumettre les symptômes à une analyse minutieuse, sous le point de vue de leur développement et de leur signification.

SYMPTÔMES LOCAUX.

Il y a des cas où la seule inspection de la région hépatique fournit des données positives pour le diagnostic. En effet, tantôt cette région est dans toute son étendue soulevée uniformément, tantôt au contraire, et surtout dans le cas d'abcès, elle présente en un point une proéminence à courbure aplatie. Habituellement, c'est en vain que l'on cherche dans l'hypochondre un changement appréciable à la vue, et l'on est ordinairement contraint de recourir à la percussion et à la palpation, pour déterminer le volume de l'organe.

Dans beaucoup de cas, la palpation révèle une exagération de la sensibilité, qui, tantôt, occupe toute l'étendue de la glande, tantôt, est circonscrite en un point limité (1). Si le foyer inflammatoire est favorablement placé, on sent que l'endroit malade est dur, ou même, si la suppuration existe déjà, fluctuant. Au contraire, si, comme il arrive très-souvent, le foyer siège dans la partie convexe de la glande, alors, les limites inférieures de celle-ci ne sont pas modifiées, et la percussion peut seule nous renseigner, à moins que l'abcès ne produise la fluctuation des espaces intercostaux. Dans de telles circonstances, il faut préciser, à l'aide du plessimètre, les contours du foie dans toutes les directions ; car, rarement la tuméfaction est uniforme. Ordinairement, il existe des proéminences hémisphériques, qui font saillie soit dans le thorax, soit dans d'autres directions, et peuvent facilement passer inaperçues, si on se contente de déterminer seulement quelques diamètres du foie (2). Qu'on n'oublie pas, du reste, qu'il n'est pas rare de rencontrer des cas où l'exploration locale ne fournit aucune donnée, où la sensibilité n'est point exagérée, le volume ni la forme de l'organe ne sont pas modifiés. Andral, Catteloup, entre autres, ont transmis des observations de cette espèce, moi-même j'en ai maintes fois rencontré (3).

Le caractère et l'intensité de la douleur, dans l'hépatite, sont extrê-

(1) On doit, en palpant, tenir grand compte de la tension des muscles abdominaux, surtout de celle du muscle droit, que Twining regarde comme un signe d'abcès hépatiques profondément situés.

(2) Voyez plus bas un cas d'abcès hépatique, suite de la suppuration d'une colonie d'échinocoques.

(3) D'après Rouis (*Recherches sur les suppurations endémiques du foie*, Paris, 1860) dont les observations nombreuses ont été choisies avec soin, l'augmentation du volume de l'organe enflammé fut notée 73 fois sur 122 malades. Les résultats des autopsies donnent une proportion un peu plus forte et égale à 70 sur 101 cas. L'hypertrophie ne devenait ordinairement sensible qu'au commencement de la

mement variables. Dans beaucoup de cas elle fait complètement défaut, notamment lorsque l'inflammation siège dans les parties profondes de la glande; au contraire elle devient vive quand le travail inflammatoire se rapproche de la superficie, et se propage à l'enveloppe séreuse du foie. Rouis, sur 177 malades, en a compté 144 offrant ce symptôme; c'est 85 p. 100. Rarement la douleur se déclare dès le début de la maladie; plus ordinairement elle apparaît en même temps que la suppuration, pour disparaître un peu plus tard. Son siège varie avec celui du foyer morbide; tantôt il est situé dans l'hypochondre droit, tantôt dans l'épigastre, tantôt en arrière à la base du thorax, partout enfin où le mal se développe; d'habitude la douleur reste locale, mais peut, cependant, se propager au loin. Au début elle est, presque toujours, sourde et comprimante, pour devenir pongitive et percutante, lorsque la suppuration s'établit. La percussion l'exagère, et même assez souvent la fait naître. Outre la douleur locale, il en existe fréquemment une autre (d'après Rouis 28 fois sur 163, c'est-à-dire 17 p. 100), qui est sympathique, siège habituellement dans l'épaule droite, mais peut aussi être ressentie dans l'omoplate ou le bras. C'est une sensation de pression ou de tension; parfois aussi cette douleur devient térébrante, et est exaspérée par le moindre mouvement communiqué à la région hépatique. Pour l'ordinaire, ce symptôme ne dure que quelques jours, et il disparaît dès que l'on trouve une issue. Dans un cas, Rouis a vu, comme phénomène consécutif, l'atrophie du muscle deltoïde. Louis doute que ce signe appartienne à l'hépatite, car il manquait dans cinq observations de cette affection qu'il a recueillies. Budd l'a trouvé 5 fois sur 15. Annesley croyait pouvoir conclure de l'existence de la douleur scapulaire, que la partie convexe du lobe droit était atteinte.

L'ictère est un symptôme assez rare de l'hépatite; Casimir Broussais l'a observé 23 fois sur 66, Rouis 26 fois seulement sur 155 cas. Habituellement il est peu intense et de courte durée; il commence presque toujours en même temps que la suppuration, rarement il lui est antérieur ou précède de peu de temps la mort. Ainsi donc, pour le diagnostic, l'ictère est sans valeur. Quant à sa genèse, elle pourrait trouver une explication suffisante dans la compression (1) de gros canaux biliaires, par le foyer inflammatoire, et aussi dans leur catarrhe concomitant.

suppuration, rarement elle précédait les autres symptômes ou survenait en même temps qu'eux.

(1) Cruveilhier (*Diction. de méd. et chir. pratiq.*), dans des circonstances semblables, a toujours pu découvrir un obstacle mécanique à l'excrétion biliaire; Rouis croit cette opinion peu fondée.

TROUBLES DE L'APPAREIL DIGESTIF.

Souvent, pendant l'hépatite, les fonctions des organes de la digestion restent parfaitement intactes; ce n'est qu'à partir du moment où la suppuration s'établit, que la langue se couvre d'un enduit gris ou jaunâtre. A Alger, Rouis sur 143 cas d'hépatite aiguë en a compté seulement 30, par conséquent 21 p. 100, qui fussent accompagnés des accidents d'un catarrhe gastro-entérique, de perte d'appétit, nausées, douleur et gonflement de l'épigastre, vomissements, selles bilieuses et demi-fluides, etc. Habituellement ces symptômes ne durent que quatre à cinq jours. Un vomissement violent et opiniâtre avait lieu quand l'estomac était comprimé par un abcès formant tumeur; ce phénomène entraînait, par conséquent, un pronostic fâcheux.

D'après Annesley, la saillie faite par les papilles rouges au-dessus de l'enduit gris de la langue, qui plus tard devient brune ou rouge brique, formerait un signe précieux de l'hépatite commençante; mais les observations des médecins français, notamment de Haspel, ne s'accordent pas avec cette opinion. On n'a pas mieux réussi à prouver l'existence de la salivation critique, qui, d'après Portal, Wedekind, P. Frank et d'autres auteurs, accompagnerait l'inflammation du foie.

Avec l'hépatite chronique, les troubles gastriques sont un peu plus fréquents, mais généralement ils sont moins marqués et n'ont qu'une durée passagère. Nous avons traité précédemment, à propos de l'étiologie, du degré de fréquence de la diarrhée, et surtout de la dysentérie, comme phénomènes concomitants de l'hépatite. Les organes abdominaux peuvent encore, dans cette affection, présenter d'autres phénomènes morbides plus tardifs, à savoir: la péritonite et l'ascite. La première est assez fréquente; tantôt elle reste locale et se termine par des adhérences, tantôt elle devient générale, et dans ce dernier cas, surtout si elle est causée par l'ouverture d'un abcès dans la cavité péritonéale, elle est rapidement mortelle. L'ascite est plus rare et résulte de l'occlusion de la veine porte, consécutivement à la compression de ce vaisseau par un foyer inflammatoire. Haspel a observé deux cas de cette espèce.

TROUBLES DE LA RESPIRATION.

Les désordres respiratoires qui accompagnent l'hépatite, sont de diverses espèces. Tantôt ils dépendent de la douleur hépatique, tantôt de la tuméfaction de l'organe, tantôt enfin de la propagation de l'inflammation à la plèvre et au poumon, ou bien de la pénétration du

pus au sein de ces parties. La respiration devient courte, fréquente, incomplète, costale, lorsque la douleur paralyse l'action du diaphragme; parfois il y a, en même temps, une toux que déjà Hippocrate avait décrite comme : *Tussis arida, sicca, molesta quidem, sed rara*. Habituellement les accidents respiratoires causés par la tuméfaction du foie sont moins prononcés, et ne prennent la forme d'une dyspnée intense, que quand les malades se meuvent. Dans ce cas, on peut, à l'aide de la percussion, s'assurer que les limites inférieures du poumon ont remonté; en outre, dans les portions comprimées du poumon, on entend une respiration faible, incertaine, parfois même bronchique.

Si l'inflammation se propage du foie aux plèvres, ou bien si l'abcès s'ouvre dans la cavité pleurale, les symptômes d'une pleurésie aiguë ou subaiguë apparaissent, et avec un peu d'attention, on ne manque pas de découvrir cette complication. Lorsque c'est le poumon qui s'enflamme, il se produit une infiltration subaiguë du lobe inférieur droit, qui est accompagnée de ses symptômes ordinaires, jusqu'au moment où l'abcès venant à percer dans le poumon, le pus est expectoré en quantité considérable. Dans ce cas, les troubles subjectifs restent souvent insignifiants, la toux n'existe que par accès, et, dans les intervalles, la respiration reste calme ou ne devient dyspnéique que si le malade fait un effort. A cette règle toutefois, il y a des exceptions, dans lesquelles de violents accès de suffocation tourmentent presque incessamment les malades. Il en est ainsi, notamment, lorsque le diaphragme a contracté, avec les organes voisins, des adhérences nombreuses, et que sa structure musculaire est gravement lésée; ou bien quand il s'est produit une hépatisation étendue et de vastes cavernes.

A peine est-il nécessaire de noter que, avec l'hépatite, la respiration reste souvent tout à fait normale; tel est le cas, par exemple, quand le foyer est situé dans la profondeur de la glande et que ni le diaphragme, ni le péritoine, ne sont atteints.

TRoubles de la circulation. — FIÈVRE.

Il peut arriver que l'hépatite, quand elle est suraiguë, ou lorsqu'elle se complique prématurément d'une inflammation des séreuses, soit, pendant toute sa durée, accompagnée par de la fièvre. D'une manière générale cela est rare. Plus fréquemment, la fièvre concomitante de l'inflammation disparaît, pour revenir plus tard, sous une autre forme; ou bien, surtout quand la maladie affecte une marche insidieuse, il y a, d'abord, absence complète de mouvement fébrile, et c'est seulement la

formation d'un abcès, qui amène du frisson, une augmentation vers le soir dans la fréquence du pouls et dans la température, des sueurs nocturnes, etc. (1). Dans ce dernier cas, la fièvre se présente, dès l'abord, sous la forme hectique, et cela souvent, lorsque aucun symptôme n'est encore venu indiquer le siège de la suppuration. D'après Annesley, Haspel, Rouis, etc., il n'est pas rare que l'ensemble des phénomènes fébriles revêtent le caractère intermittent, et se manifestent suivant les types quotidien, tierce, quarte, simples et même doubles. Au bout d'un certain temps, les accès deviennent irréguliers, apparaissent plusieurs fois le même jour, et décèlent par là, ainsi que par l'inefficacité du quinquina, leur véritable nature.

Outre ces pseudo-intermittentes, on pourrait, d'après Haspel (2), rencontrer l'intermittente vraie, comme complication de l'hépatite. Cela semble d'autant plus croyable, que les effluves miasmatiques, qui provoquent les fièvres d'accès, la dysentérie, etc., exercent aussi une influence marquée sur le développement de l'hépatite (3).

Il est rare d'observer, dans cette affection, de graves désordres nerveux; ce n'est que peu de temps avant la mort qu'apparaissent, ordinairement, le délire, la somnolence, etc., etc. La nutrition, non plus, n'est pas toujours notablement lésée. Il est vrai que l'épuisement a coutume d'arriver progressivement; mais il y a des cas où, malgré l'existence des abcès, l'amaigrissement ne se produit pas; Rouis (4) rapporte même trois observations, où, dans ces conditions, on remarqua une forte augmentation du tissu cellulo-adipeux.

Tels sont les principaux accidents qui se montrent lors des débuts, ou pendant la marche de l'hépatite suppurante. On ne doit pas s'attendre à rencontrer toujours en entier l'ensemble des symptômes, car cela n'arrive que rarement; habituellement on ne l'observe, en totalité ou en partie, qu'à certaines époques de la maladie; parfois tous les signes d'une lésion locale font complètement défaut. D'après les observations recueillies à Alger par Rouis (5), l'ensemble des symptômes était complet 8 fois sur 100, il était incomplet 79 fois sur 100; enfin 13 fois sur 100, la maladie resta latente. Cela suffit pour montrer les difficultés auxquelles le diagnostic de l'hépatite est exposé.

(1) Fouquier (*Gaz. des hôpitaux*, 16 nov. 1844) pense que c'est une propriété particulière aux organes parenchymateux, principalement au foie, de ne point causer de la fièvre, alors même qu'ils sont fortement malades.

(2) *Loc. cit.*, p. 274.

(3) Galien, déjà, pense : « *Tertianas fieri jecore laborante*; » Baillou et Senac plaçaient le siège de la fièvre intermittente dans le foie.

(4) *Mal. de l'Algérie*, p. 119.

(5) *Loc. cit.*, p. 107.