

perdues au milieu des autres éléments du pus. Parfois un vaisseau plus volumineux a complètement résisté et traverse de part en part la cavité de l'abcès. Quelquefois la cavité est anfractueuse et comme formée de cavités secondaires. Elle peut d'ailleurs naître de la réunion de plusieurs abcès primitifs qui se sont fondus en un seul, mais gardent encore des vestiges de leur séparation première. C'est ce qu'on observe surtout dans les abcès aréolaires de Chauffard, qui d'ailleurs succèdent plutôt à des infections biliaires, et n'ont avec les abcès tropicaux d'autre caractère commun que leur volume parfois assez considérable (Voy. p. 187).

Autour de l'abcès, les altérations hépatiques sont variables. Il y a souvent une sorte de ramollissement rouge, d'infiltration purulente, surtout dans les abcès récents. Mais on peut voir aussi, grâce à la réaction du tissu hépatique sur la périphérie de l'abcès, une zone conjonctive plus ou moins épaisse qui forme à la collection purulente comme une membrane d'enveloppe et dans l'épaisseur de laquelle les cellules nobles ont à peu près complètement disparu.

Symptômes. — Marche. — Complications. — Rien n'est plus rare ni plus difficile que de surprendre l'abcès du foie au début de son évolution. Évidemment, dans certains cas, dans ceux surtout qui succèdent à un traumatisme de l'hypocondre, à une violence ayant porté sur le foie, il est possible de le reconnaître, et si peu de temps après l'accident on voit le foie se tuméfier et devenir douloureux, en même temps qu'on assiste à l'apparition de la fièvre, il faudra songer au développement de quelque suppuration hépatique. Ce sont là des circonstances exceptionnelles, comme sont exceptionnelles les abcès qui reconnaissent une autre origine que quelque affection des pays chauds.

Les abcès tropicaux eux-mêmes restent très souvent méconnus au moment de leur apparition. Et cependant leur fréquence attire sur eux l'attention, les médecins sont prévenus, et il n'est pas une dysentérique dont le foie ne soit surveillé. C'est que leur développement peut être absolument silencieux et les cas sont nombreux où l'abcès du foie ne s'est révélé que par ses accidents terminaux, irruption dans les bronches ou rupture dans le péritoine. D'autre part, il est fréquent de voir les accidents dus à la dysenterie elle-même masquer les signes de l'abcès. Cependant, dès cette époque, divers symptômes peuvent permettre, sinon d'affirmer l'existence d'un abcès du foie, au moins de soupçonner sa formation. Le plus net est le *point de côté hépatique*, succédant presque toujours à quelque cause occasionnelle, fatigue exagérée ou même simple écart de régime. Au milieu d'une lassitude générale, le malade accuse du côté du foie un sentiment de pesanteur qui peut s'aggraver et dégénérer même en une douleur aiguë. La pression réveille la douleur, l'exaspère et permet souvent de constater que la région est tendue, d'une extrême sensibilité, et même

que le foie est augmenté de volume. En même temps, l'apparition de certains phénomènes, comme la sécheresse de la langue, à laquelle Annesley attachait une grande importance, l'aggravation de l'état général souvent précaire du fait de la dysenterie, la teinte subictérique de la peau et des conjonctives, quelquefois aussi la constatation de selles argileuses et privées de bile, viennent indiquer que le foie est touché. Dans ces conditions, on songe immédiatement à l'abcès dont des signes plus nets ne tardent pas, en général, à confirmer l'existence.

En France, il est rare que nous assistions à ces phénomènes de début, si ce n'est dans certains hôpitaux, comme ceux de Toulon, de Brest et de Marseille, où affluent les malades des expéditions coloniales. Encore ceux-ci arrivent-ils la plupart du temps avec leur abcès en plein développement, mais bien souvent encore difficile à reconnaître, tant les signes par lesquels il peut se traduire sont incertains et inconstants.

Les *phénomènes généraux* qui accompagnent l'abcès tropical en pleine évolution n'ont rien de pathognomonique. Ce sont ceux de toutes les suppurations : troubles gastro-intestinaux, langue saburrale, inappétence absolue, amaigrissement plus ou moins rapide, faciès terreux, etc. C'est aussi et surtout la *fièvre*.

Celle-ci, qui manque rarement, se présente avec des caractères un peu spéciaux, que j'ai longuement décrits au chapitre précédent (Voy. p. 191) et sur lesquels je passe rapidement. C'est la fièvre intermittente symptomatique de Charcot, la *fièvre bilio-septique* de Chauffard, dont les accès ressemblent beaucoup à ceux de la fièvre palustre et présentent comme eux, après un violent frisson qui peut durer jusqu'à une et deux heures, un stade de chaleur, suivi d'un stade de sueur, d'ailleurs beaucoup moins constant que dans la fièvre paludéenne. D'autres caractères distinguent encore ces deux intoxications fébriles. L'accès hépatique est presque toujours vespéral, alors que l'accès paludéen se montre surtout dans la matinée. En outre, le sulfate de quinine, souverain contre la malaria, est à peu près sans action sur la fièvre qui accompagne l'abcès du foie.

L'élévation de température, qui atteint facilement 40 et même 41°, est, en général, quotidienne, et il est rare de voir la fièvre revêtir le type tierce ou le type quarte. On peut cependant quelquefois la voir apparaître à intervalles éloignés, tous les sept ou huit jours. Mais c'est plutôt une fièvre rémittente, et qui, si elle peut être presque aussi violente que la fièvre palustre, est en tous cas beaucoup moins régulière dans ses manifestations.

L'*ictère* manque très souvent. Il n'existe guère que dans un quart des cas. Encore est-il en général fort peu prononcé.

Les *troubles fonctionnels* ont beaucoup plus de valeur. Le plus

constant et le plus important est sans contredit la *douleur*. Elle existe presque toujours, dans les 4/5 des cas, d'après Rouis. Elle est en général peu violente, c'est une sensation de pesanteur plutôt qu'une douleur vive. Elle est spontanée, mais s'accroît avec les mouvements d'inspiration profonde. La pression la réveille et l'exagère, mais à condition qu'elle soit exercée au niveau du point précis où siège l'abcès. C'est une douleur circonscrite, et c'est là, on le conçoit, un fait des plus importants au point de vue du diagnostic non seulement de l'abcès, mais encore de son siège exact. A un abcès de la face concave, correspondrait, d'après Mac Lean, un maximum de douleur au-dessous du rebord costal. Pour les abcès de la face convexe, c'est dans les espaces intercostaux qu'il faudrait le chercher; enfin, dans les abcès du bord postérieur, le point le plus douloureux siègerait à la région lombaire.

Si la douleur, de sourde et profonde, devient violente, il faut presque toujours songer, d'après Rendu, à quelque complication du côté des séreuses. Il ne s'agit plus alors simplement d'hépatite, mais de périhépatite, ou même de pleurésie. Ce caractère, contesté par Hache, est d'ailleurs loin d'être absolu.

La douleur de l'épaule droite, si commune dans les affections hépatiques, se rencontre très souvent dans l'abcès du foie, où tous les auteurs la signalent. Rouis l'a rencontrée en Algérie dans 17 cas sur 100 (1) et Annesley pense qu'elle est caractéristique des abcès de la face convexe.

On rencontre aussi diverses autres douleurs, mais plus rares, plus irrégulières et plutôt susceptibles d'égarer le diagnostic que de le confirmer. C'est ainsi qu'on en a signalé à l'épigastre, entre les deux épaules, dans le dos, vers les lombes, le sacrum et l'épine iliaque antéro-supérieure du côté droit.

Cette douleur hépatique provoque de la *dyspnée* qui s'exagère encore lorsque l'abcès, s'étendant vers le haut, détermine des phénomènes d'inflammation du côté du péritoine sous-diaphragmatique.

Cette dyspnée persistant pendant longtemps et accompagnée de fièvre serait, d'après Dutroulau, en l'absence de signes stéthoscopiques indiquant une affection pulmonaire, presque suffisante pour faire penser à une suppuration hépatique.

Les *signes physiques* doivent être recherchés avec soin. La *palpation* attentive peut donner des indications précieuses. Lorsque le foie déborde les fausses côtes et que l'abcès vient se mettre au contact de la paroi abdominale, il peut être parfois possible de sentir une sorte de tumeur étalée et rénitente, assez vague, mais tranchant néanmoins quelque peu sur la convexité du foie. Cependant il ne faut pas trop

(1) Rouis, Recherches sur les suppurations endémiques du foie, d'après les observations recueillies dans le nord de l'Afrique. Paris, 1860.

compter sur ce signe qui ne se rencontre guère que dans les grands abcès, qui est rare, et fort difficile à apprécier. J'en dirai tout autant de la *fluctuation*, mais il n'en est pas de même de l'*augmentation de volume du foie* presque constante, surtout dans les abcès un peu anciens, et assez facile à apprécier avec quelque précision, surtout avec l'aide du phonendoscope qui peut rendre dans ces cas de véritables services.

Quelquefois des abcès, et même des abcès peu volumineux, déterminent autour d'eux une zone d'induration, véritable barrière inflammatoire que la palpation révèle parfaitement. Les tissus, et surtout les tissus profonds, manquent totalement de souplesse; il y a une résistance lointaine, une sorte de plastron dur dont la constatation est un signe des plus précieux. Parfois même il y a, superficiellement, un peu d'œdème que déprime le doigt en y laissant sa trace.

Le *frottement périhépatique*, sur lequel a récemment insisté Bertrand (1), a aussi une certaine importance. L'oreille et la main appliquées sur l'hypocondre droit le perçoivent, le plus souvent, au niveau du septième ou du huitième espace intercostal, sur la ligne axillaire. Ce frottement, qu'il faut éviter de confondre avec un frottement pleural, est l'indice d'une participation de la séreuse à l'inflammation. Il y a là, entre le foie et la paroi, des adhérences dont il n'est pas inutile de connaître l'existence au point de vue de l'intervention.

D'après Hassler et Boisson (2), ce frottement, qui correspond aux mouvements du diaphragme, et peut être comparé à une fine crépitation neigeuse, ne serait point dû à des phénomènes de périhépatite, mais bien à une sorte d'*œdème intrahépatique*. Ce signe serait, d'après eux, absolument pathognomonique.

Hache (3) a signalé comme un bon signe l'*élargissement des espaces intercostaux*. Mais ce phénomène n'aurait, pour le diagnostic d'un abcès du foie, d'importance réelle que lorsqu'il est limité à un ou deux espaces. Lorsque tous les espaces intercostaux correspondant au foie sont élargis ensemble, on en peut conclure à l'augmentation de volume de la totalité du viscère. La tuméfaction localisée, telle que peut la produire un abcès du foie, ne retentit au contraire que sur une région limitée, mesurée par un ou deux espaces.

Bien entendu, pour peu que l'abcès soit volumineux, l'augmentation de volume du foie se traduira par une *voussure* de la paroi, appréciable à la vue et facile à reconnaître en saisissant entre les deux mains, l'une postérieure, l'autre antérieure, l'épaisseur du flanc tout entier et en le comparant avec le flanc opposé.

Je n'insiste pas sur quelques signes de moindre importance, comme la contracture de la portion supérieure du muscle droit voisin de

(1) BERTRAND (de Toulon), *Acad. de méd.*, 4 mars 1890.

(2) HASSLER et BOISSON, Étude sur les abcès dysentériques du foie (*Rev. de méd.*, oct. 1896, et *Sem. méd.*, 1896, p. 450).

(3) HACHE, *Acad. de méd.*, 22 juillet 1890.

l'abcès et l'attitude spéciale que prennent quelquefois les malades qui se couchent sur le côté droit en fléchissant les cuisses. Cette attitude n'est point particulière à l'affection qui nous occupe, elle est commune à toutes les affections douloureuses de la même région. C'est l'attitude de moindre douleur, que le malade prend parfois inconsciemment, même en l'absence de celle-ci, pour éviter de la voir survenir, et qui, dans certains cas difficiles, peut avoir, pour le diagnostic, une certaine importance.

Tels sont les signes les plus communs de l'abcès du foie. Mais tous les abcès du foie ne se ressemblent pas et ils peuvent présenter entre eux, suivant leur marche et leur terminaison, les plus grandes différences.

Il en est qui évoluent de façon *aiguë*. Si bien qu'en dix à douze jours, et parfois moins, il est possible de constater, au milieu d'un appareil fébrile intense et de phénomènes généraux graves allant même jusqu'à l'état typhoïde, tous les signes d'une collection intrahépatique. Mais ces cas sont rares et la marche *subaiguë* est beaucoup plus commune. C'est celle qui correspond à la description que j'ai donnée plus haut. L'évolution demande alors plusieurs semaines.

Enfin la marche peut être *chronique*, soit d'emblée, soit à la suite d'une des deux formes précédentes. Dans ces conditions, la maladie peut se prolonger très longtemps avec des symptômes très atténués, peu de fièvre, peu de douleur, un état général simplement médiocre. L'affection est en un mot presque latente. Mais elle n'en est pas moins parfois sujette à de terribles réveils et capable de se terminer brusquement par quelque *complication* foudroyante.

Celles-ci proviennent surtout du sens dans lequel l'abcès, qui tend à s'ouvrir quelque part, fera sa migration. Sans doute tous ne s'ouvrent pas, et Rendu, sur une statistique de 563 abcès, en compte 311, soit 55 p. 100, qui sont restés sans s'ouvrir. Les autres, soit 45 p. 100, s'étendant peu à peu, ont fini par aboutir quelque part.

Le plus grand nombre se portent vers le haut et proéminent du côté de la *cavité thoracique*. La barrière diaphragmatique est peu à peu envahie, perforée, et l'abcès arrive au contact de la plèvre droite, dans laquelle il peut s'ouvrir (5,5 p. 100 des cas, d'après Rendu). Mais plus souvent (10,5 p. 100), les deux feuillets de la plèvre s'enflamment, adhèrent l'un à l'autre et l'abcès arrive au contact du *poumon* dans lequel il creve tôt ou tard. Cet accident donne lieu à des signes variables suivant les particularités anatomiques de chaque cas et le contenu de l'abcès. Tantôt, si la communication avec les *bronches* originelles est petite, il y a des quintes de toux fréquentes et répétées, donnant lieu à l'évacuation de crachats purulents de peu de volume, d'aspect variable suivant l'état des poumons et le contenu de l'abcès. Parfois ces crachats sont verts, franchement purulents; parfois ils

sont formés d'une bouillie noirâtre, quand l'abcès contenait du sang; parfois enfin, ils sont mélangés d'écume et de mucus bronchique. Si la communication est large, et que l'abcès s'ouvre directement dans une grosse bronche, l'évacuation peut se faire en masse, presque subitement, et on assiste alors à l'expectoration violente d'un flot de pus qui peut parfois obstruer les bronches et tuer le malade par une suffocation soudaine.

L'abcès ouvert dans le poumon ne tarde pas à s'infecter et l'expectoration, qui au début pouvait être inodore, devient rapidement fétide. Elle est parfois mélangée de bile et le malade accuse à chaque expectoration une sensation d'amertume. On comprend combien ces divers détails peuvent être utiles pour le diagnostic. Quant aux signes stéthoscopiques qui traduisent ces lésions pulmonaires, ils sont des plus variables, mais consistent le plus ordinairement en râles humides, bruits caverneux, gargouillements, etc. L'ouverture dans la plèvre, plus rare, mais aussi plus insidieuse, peut passer inaperçue. Elle ne détermine le plus souvent que des phénomènes d'oppression respiratoire. Mais la percussion de la paroi et l'auscultation donnent ici des renseignements plus précis. La matité, l'abolition du murmure vésiculaire, etc., indiquent la présence d'un épanchement dans la plèvre.

Quelquefois, lorsque l'ouverture se fait brusquement et que la plèvre est subitement inondée, il peut y avoir un point de côté violent et des phénomènes de pleurésie aiguë qui ne tardent pas à emporter le malade.

Le *péricarde* a été envahi dans un certain nombre de cas d'abcès du lobe gauche. Cet accident, rapidement mortel, n'est en général reconnu qu'à l'autopsie. La dyspnée, l'anxiété précordiale, la syncope, la petitesse du pouls, l'affaiblissement des bruits du cœur, en constituent les signes les plus nets, encore que fort obscurs.

L'ouverture extérieure, à travers un *espace intercostal*, est fort rare, mais il y a parfois des complications du côté des *côtes*, et Chauvel a signalé leur envahissement et leur carie (1).

La migration vers la *cavité abdominale* est moins fréquente que la migration vers la cavité thoracique. Elle fait suite aux abcès de la face concave. En général, l'abcès s'avance en créant au-devant de lui des adhérences péritonéales qui isolent la séreuse et viennent souder la poche purulente aux organes voisins. C'est ainsi qu'il peut se déverser dans l'*intestin*, dans l'*estomac*, dans le *colon*. C'est dans cette partie des voies digestives qu'il s'ouvre le plus fréquemment, ce qui est tout naturel si l'on songe aux rapports intimes qu'affecte le colon avec la face inférieure du foie. Cette complication, qui n'en est pas toujours une et qui peut même n'être

(1) CHAUVEL, *Acad. de méd.*, 21 janvier 1890.

qu'un accident heureux conduisant à la guérison, est parfois assez facile à reconnaître. Le pus qui remplit l'estomac peut donner lieu à des vomissements où il est facile de le distinguer. Celui qui inonde le côlon peut être retrouvé dans les selles qu'on doit examiner chaque jour, suivant le précepte d'Annesley. Mais il est plus difficile de reconnaître celui qui s'est déversé dans l'intestin, et surtout dans sa partie supérieure, car il est rendu méconnaissable par les phénomènes de la digestion et son mélange avec les matières intestinales.

Je ne cite que pour mémoire l'ouverture dans le *rein* et le *bassin* du côté droit, ou encore dans la *veine cave*. Ce sont là des trouvailles d'autopsie. L'ouverture dans le *péritoine* est plus commune (7 p. 100 d'après Rendu). Elle peut être brusque et dans ce cas s'accompagner soit d'une douleur vive, soit au contraire d'une sorte de détente de tous les symptômes. D'ailleurs, cette rupture ne tarde pas à être suivie d'accidents d'infection péritonéale rapidement mortelle. Il ne faut cependant pas désespérer lorsque survient cette complication. La laparotomie, le lavage du péritoine, peuvent encore guérir le malade, et Hulke en a récemment communiqué un beau cas à la Société royale de Londres (1). Mais l'envahissement du péritoine peut ne pas avoir cette brusquerie. La péritonite peut se localiser et n'être plus qu'un abcès circonscrit par des fausses membranes, abcès qui peut lui-même s'ouvrir secondairement dans une cavité naturelle.

Si l'ouverture dans l'intestin peut être un mode de guérison, elle peut aussi provoquer l'aggravation du mal. On comprend qu'il puisse se faire une infection secondaire de la poche; le pus devient fétide et des phénomènes de septicémie peuvent apparaître, pour peu qu'il s'écoule mal et que l'orifice de communication avec l'intestin soit obstrué.

Les abcès du foie bien et dûment constitués peuvent-ils guérir spontanément, sans ouverture d'aucune sorte soit à l'extérieur, soit dans quelque cavité naturelle? Rendu le pense. Les médecins qui exercent dans les pays chauds ont fréquemment, dit-il, l'occasion de constater chez des sujets morts d'affections diverses la trace d'anciens foyers de suppuration hépatique réduits à l'état de noyaux caséux ou crétaqués et devenus complètement inoffensifs. On comprend qu'il soit fort difficile de constater cliniquement la guérison avérée d'un abcès parfaitement reconnu. Mais il est évident que tout ce que nous savons aujourd'hui sur la stérilité fréquente du pus de ces abcès nous autorise à penser qu'ils peuvent se résorber spontanément, sans qu'il soit nécessaire d'invoquer, pour expliquer

(1) HULKE, *Sem. méd.*, 1892, p. 483.

leur disparition, l'ouverture dans les voies biliaires ou tel autre mode d'évacuation rapide.

Cette description des signes de l'abcès du foie et des accidents qui peuvent le compliquer me dispense d'insister sur le *pronostic*. C'est une affection grave, presque toujours mortelle si on l'abandonne à elle-même, mais qui, heureusement, trouve dans l'intervention chirurgicale un remède héroïque et d'autant plus puissant qu'il est appliqué de façon plus précoce.

Diagnostic. — Assurément, lorsqu'il se montre avec ses caractères les plus nets et chez un malade qui revient des pays chauds ou qui présente encore des accidents dysentériques, à plus forte raison lorsqu'on est dans les pays mêmes où l'on a coutume de le voir et où l'on y songe toujours, rien n'est plus aisé à reconnaître qu'un abcès du foie. Rien n'est plus difficile, au contraire, lorsque les signes physiques, et en particulier l'augmentation de volume du foie, font défaut, même si le malade, revenant des tropiques, est encore en proie à des désordres intestinaux suffisants pour attirer l'attention du côté du foie et permettre de soupçonner l'abcès.

Il peut d'ailleurs être confondu avec les affections les plus diverses suivant son volume, suivant son siège, et surtout suivant le sens dans lequel il se sera porté. Je passerai rapidement sur le détail de toutes ces erreurs, qu'on trouvera avec tous leurs développements dans une foule de thèses récentes, sans compter les anciennes et en particulier dans celles de Gremillon, de Bichon, de Debergue, de Leblond (1). C'est ainsi que des abcès du foie se propageant sur la cavité thoracique ont été pris et assez fréquemment pour une *pleurésie purulente*, dont ils présentent la plupart des signes locaux, point de côté, oppression, matité, absence de respiration, voussure circonscrite, etc. L'erreur inverse a même été commise, beaucoup plus rarement, il est vrai, et Rendu (2) cite le cas d'un officier de marine, ancien dysentérique, chez lequel, égaré par ces antécédents, on faillit conclure à la présence d'un abcès du foie. Ce n'est que peu à peu, et grâce à l'apparition de signes stéthoscopiques du côté du sommet et de la base du poumon droit, qu'on se rallia au diagnostic de pleurésie purulente qu'une incision dans le huitième espace intercostal vint démontrer être le vrai. Il y a cependant un signe qui permet de reconnaître si un épanchement purulent vient de la plèvre ou bien du foie. Il faut, pour cela, qu'il soit ouvert et qu'il s'écoule avec une certaine abondance. Dans ces conditions, les mouvements d'inspiration ralentissent ou arrêtent l'écoulement s'il s'agit d'un épanchement pleural, et l'accélèrent s'il s'agit d'une

(1) GREMILLON, thèse de Paris, 1889. — BICHON, thèse de Montpellier, 1890. — DEBERGUE, thèse de Montpellier, 1889. — LEBLOND, thèse de Paris, 1893.

(2) RENDU, *Clinique médicale*, t. I, 1890, p. 280.

collection du foie ou plus exactement d'une collection sous-diaphragmatique. L'expiration produit l'effet inverse, modérant l'écoulement pour la collection sous-diaphragmatique, et l'accélération au contraire pour l'épanchement pleural.

Les cas où l'on a pris un abcès du foie pour une *tuberculose pulmonaire* ne sont pas très rares ; les phénomènes généraux, la fièvre, l'amaigrissement, les crachats purulents dus à une communication avec les bronches peuvent donner le change. On comprend l'importance que peut avoir sous ce rapport l'examen microscopique et bactériologique des crachats.

On a même pris la maladie qui nous occupe pour une *pneumonie aiguë* et certaines des observations qu'on rapporte montrent combien cette erreur peut être facile à commettre (1).

Lorsque l'abcès du foie se porte vers la cavité abdominale, les erreurs auxquelles il donne lieu sont naturellement d'un autre ordre.

Plusieurs fois on a pris pour des abcès du foie des collections purulentes siégeant dans le *rein*. Il est d'ailleurs des cas, comme celui de Gallard (2), où il était impossible de ne pas faire la confusion, qui ne put être rectifiée qu'à l'autopsie, après l'enlèvement du foie.

Les affections les plus différentes ont été la source d'erreurs du même genre et l'abcès du foie a été confondu avec une *hydronéphrose*, un *cancer de l'estomac*, un *anévrisme de l'aorte*. Auguste Broca (3) crut à un abcès du foie alors qu'il s'agissait d'un *abcès de la gaine du grand droit*, et P. Segond, dans son remarquable article du *Traité de chirurgie*, raconte s'être trouvé deux fois en présence de la même difficulté (4).

De même, il est parfois impossible de ne pas confondre l'abcès du foie avec certaines affections voisines, l'*abcès sous-diaphragmatique*, des *périhépatites suppurées* de siège divers, le *phlegmon sous-péritonéal* de la région hépatique, les *abcès* et les *tumeurs de la vésicule biliaire*, le *cancer du foie*, la *cirrhose de Hanot*, etc.

Lorsque l'abcès du foie, sans présenter de phénomènes locaux bien nets, se traduit surtout par des accidents d'infection générale, on comprend combien l'erreur est facile à commettre, et comment on a pu le confondre avec un simple *embarras gastrique fébrile*, avec la *fièvre typhoïde*, la *granulie*, la *fièvre biliaire des pays chauds*, les *angiocholites*, en un mot toutes les infections générales qui peuvent déterminer des troubles du côté du foie.

Le diagnostic de l'abcès du foie est donc souvent hérissé de

(1) HASPEL, *Rec. des mém. de méd. et de pharm. milit.*, t. LV, p. 66.

(2) GALLARD, *Clinique médicale*, Paris, 1877, p. 245.

(3) A. BROCA, *Gaz. hebdom.*, 1891, p. 474.

(4) P. SEGOND, *Traité de chirurgie* publié sous la direct. de Duplay et Reclus, t. VII, 1892, p. 249.

difficultés, et il n'y a ici ni règle ni loi qui puisse permettre de les éviter. Il est de toute évidence que l'étude des antécédents du malade est ici de la plus haute importance ; elle pourra parfois induire en erreur, comme dans le cas de Rendu que j'ai cité plus haut, mais dans l'immense majorité des cas elle sera du plus grand secours. Le séjour dans les colonies, l'existence d'une dysenterie antérieure à peine guérie, existant encore, ou même remontant assez loin, suffisent, lorsqu'il y a du côté du foie quelques phénomènes suspects, pour établir de très fortes présomptions de suppuration hépatique. Si l'étude des phénomènes locaux permet de constater une augmentation de volume, une voussure nette, une sensation de rénitence et de fluctuation, s'il y a une douleur localisée, de la fièvre et surtout ces accès un peu particuliers qui ressemblent beaucoup à ceux de l'infection paludéenne, les présomptions se changent en presque certitude et l'on se trompe bien rarement, malgré l'absence complète de tout signe pathognomonique. Il restera toujours, évidemment, des cas atypiques et paradoxaux au sujet desquels on commettra quelques erreurs. C'est là le cas de toutes les maladies, et on rencontre partout en médecine des cas exceptionnels au sujet desquels il n'est pas permis de ne pas se tromper, parce que la clinique est parfois le contraire de la pathologie, et qu'au lit du malade il faut toujours pencher pour la solution la plus simple, contre l'invraisemblance et contre le paradoxe.

Et d'ailleurs, dans les cas difficiles, n'avons-nous pas un moyen des plus simples de lever les doutes et de faire disparaître les hésitations ? La *ponction exploratrice*, d'une simplicité sans égale et d'une innocuité à peu près complète, vient suppléer à l'insuffisance des moyens ordinaires d'investigation et donner des renseignements sur la valeur absolue desquels il est inutile d'insister.

En vérité, les dangers de la ponction exploratrice bien faite sont à peu près nuls. Elle a été faite un nombre incalculable de fois, et on en est encore à compter les accidents. Si l'on choisit une aiguille d'un diamètre convenable, l'hémorragie n'est pas à redouter. L'écoulement du pus dans le péritoine ne l'est pas davantage, ou, en tous cas, si quelques gouttes de pus viennent sourdre à la surface du foie, le péritoine les tolère et les absorbe et les accidents ne se montrent point. Bien plus, la légère irritation locale qui en résulte peut avoir pour conséquence la formation d'adhérences entre le foie et la paroi abdominale, adhérences salutaires au moment de l'intervention. Les accidents sont donc des plus rares. Ils ont été cependant notés, surtout lors de la ponction des kystes hydatiques. Chauffard (1) a même vu tout récemment la mort survenir quelques minutes après la ponc-

(1) A. CHAUFFARD, *Sem. méd.*, 1896, p. 265.