

tion au milieu d'accidents bizarres de prurit, d'attaques épileptiformes, de collapsus cardiaques et de phénomènes asphyxiques. Que ces accidents étranges soient dus à des réflexes mal connus, ou, comme le pensent Debove, Achard et Chauffard lui-même, à une intoxication hydatique, particulière au kyste, il n'en est pas moins vrai que des accidents ont succédé à la ponction du foie et qu'il faut s'en méfier, même lorsqu'il s'agit d'abcès. Ils sont, je le répète, trop exceptionnels pour qu'on puisse mettre en balance les avantages de la ponction, au point de vue de la précision du diagnostic, avec les dangers minimes qu'elle fait courir.

Dans les cas douteux, on n'hésitera donc jamais à recourir à la ponction exploratrice. Celle-ci pourra être faite avec une seringue de Pravaz, à aiguille longue et de fort calibre. Dans la plupart des cas, la seringue de Pravaz est insuffisante, le pus étant trop épais pour traverser des aiguilles aussi fines. L'aspirateur de Potain ou celui de Dieulafoy sont bien préférables avec leur trocart ou leur aiguille de 2 à 3 millimètres qui, sans faire au foie de blessure sérieuse, permettent en général l'aspiration facile des liquides qu'ils peuvent rencontrer sur leur passage.

La ponction devra être faite aussitôt que possible. Lorsqu'on soupçonne un abcès, il faut, avant tout, tâcher de s'assurer de son existence, sans attendre qu'il ait pris un développement trop considérable. Moins les désordres qu'il aura provoqués dans le foie seront grands, plus sera facile et rapide la guérison, mais aussi plus sera difficile la ponction destinée à le découvrir et plus sera délicate l'opération faite pour l'évacuer et le guérir.

Je crois, pour ma part, l'aiguille inférieure au trocart, même dans les cas où la recherche de l'abcès paraît devoir être difficile, et où elle permet, si le premier coup n'a point conduit l'instrument dans la poche, de l'enfoncer plus avant sans avoir à exécuter les petites manœuvres que nécessite le trocart. Mais celui-ci est plus rigide et la canule ne risque pas de s'oblitérer pendant la traversée du tissu hépatique. Cette question n'a d'ailleurs qu'une importance secondaire et les deux instruments sont bons pourvu qu'ils fonctionnent bien, qu'ils soient assez aigus pour pénétrer facilement à travers la paroi, et pourvu, bien entendu, qu'ils soient parfaitement stérilisés par le flamage ou l'ébullition.

La ponction doit être faite au point le plus saillant de la voussure, lorsqu'elle existe, soit dans un espace intercostal, soit sur la paroi abdominale. Si le foie ne déborde que très peu les fausses côtes, on aura soin d'enfoncer le trocart obliquement en haut et en arrière. Si la tuméfaction n'existe pas, c'est sur la douleur qu'on se guidera et c'est au point où elle est la plus vive qu'on enfoncera le trocart. Une fois le point bien choisi et le trocart bien dirigé, on poussera brusquement, fermement, de façon à pénétrer d'un seul coup à la

profondeur nécessaire. Si, au moment où on établit l'aspiration, le liquide ne coule pas, on explorera plus profondément, en avançant doucement. Si la ponction ne donne rien, ce qui n'est pas rare, on pourra recommencer sur un point voisin et faire ainsi, au besoin, jusqu'à trois et quatre explorations. En général, il sera prudent de ne pas aller plus loin et de laisser le malade se reposer pendant quelques jours, à moins que son état ne fasse juger nécessaire une intervention plus rapide.

Lorsque la ponction ramène du pus, on comprend de quelle importance est l'examen de ce dernier. Le microscope, les cultures donneront des renseignements précieux au point de vue du diagnostic et même du pronostic de l'affection, en permettant de se rendre compte de l'état de désagrégation du foie, comme de la virulence des agents pyogènes qu'il peut renfermer.

Malgré la facilité, l'innocuité et tous les avantages de la *ponction exploratrice*, qui peut rendre et rend chaque jour d'immenses services, il est absolument permis de mettre en parallèle avec elle et même de lui préférer la *laparotomie*. Une laparotomie bien conduite n'a par elle-même, en dehors des cas où les malades sont très profondément atteints, qu'une très faible gravité, et elle présente en outre l'immense avantage de constituer le premier temps d'une opération curative, qui devient précisément toujours nécessaire dans les cas où la ponction a démontré la présence du pus. Elle est, d'autre part, certainement moins aveugle que la ponction, qui, quelle que soit sa valeur, ne saurait cependant renseigner aussi clairement que la laparotomie, d'autant plus que celle-ci peut être complétée par une ponction ultérieure faite directement sur le foie, au point qui paraît le plus favorable.

Pour peu que l'abcès supposé soit éloigné de la paroi abdominale, et qu'on coure le risque de blesser quelque organe interposé, il est, je crois, préférable d'avoir recours d'emblée à l'incision exploratrice. De même si on a la presque certitude de l'existence d'un abcès. Il est alors inutile, pour confirmer un diagnostic presque certain, de pratiquer une ponction qui, sans donner aucun résultat thérapeutique, peut risquer, rarement il est vrai, de provoquer des accidents. Mais il n'y a là aucune règle précise. C'est une question d'habitudes chirurgicales, d'installation et de sécurité opératoire qui varient avec chaque chirurgien. Pour moi, j'aurais plutôt tendance à préférer la laparotomie, sauf peut-être dans les cas très douteux où l'abcès est problématique et où une intervention sérieuse ne semble pas indiquée. Au reste, cette question des indications réciproques de la ponction et de l'incision exploratrice sera discutée plus loin. Elle se pose en effet de nouveau pour les kystes hydatiques (Voy. p. 321).

Et cependant, malgré l'emploi de ces diverses méthodes d'investi-

gation, malgré les signes les plus nets, malgré les renseignements donnés par la ponction elle-même, il est une affection qu'il est parfois presque impossible de distinguer de l'abcès du foie. C'est le *kyste hydatique suppuré*. Et d'ailleurs ce kyste hydatique suppuré est-il, en réalité, autre chose qu'un abcès du foie? Oui, si l'on considère son origine, qui est autre; non, si l'on ne tient compte que de ses signes objectifs, car il n'est, en somme, comme l'abcès du foie, qu'une collection purulente intrahépatique. Les antécédents du malade peuvent cependant permettre, dans bien des cas, de se décider pour l'une ou pour l'autre des deux affections. Et d'ailleurs, par l'examen du pus qui montre parfois des fragments de membranes hydatiques, parfois même la présence de crochets, on peut quelquefois porter, en connaissance de cause, un diagnostic précis. La confusion des deux maladies ne saurait d'ailleurs avoir aucune espèce d'importance, puisque le traitement à leur opposer est identiquement le même.

Traitement. — « *Ubi pus, ibi evacua* », et ce précepte antique n'est pas moins vrai pour le foie qu'il l'est partout ailleurs. L'abcès du foie doit être ouvert, et le plus tôt possible, et le plus largement possible. Il ne saurait y avoir aujourd'hui sur ce point même l'ombre d'une hésitation. C'est pourquoi je ferai bon marché des pratiques anciennes, qui ne pouvaient pas ne pas être hésitantes et timides, pour décrire avec plus de soin le traitement tel qu'il faut aujourd'hui le comprendre et l'exécuter.

L'ouverture par les caustiques destinés à provoquer la formation d'adhérences entre le foie et la paroi et à empêcher ainsi l'irruption du pus dans le péritoine, comme le faisaient Récamier, Béhier, Hardy et beaucoup d'autres; l'ouverture en deux temps, imaginée aussi par Récamier, exécutée par Bégin et Graves, et qui tendait au même but; le trocart de Cambay, qu'il laissait à demeure, etc., n'ont plus aujourd'hui qu'un intérêt historique. J'en dirai autant du procédé de la double ponction, préconisé par Verneuil, surtout pour les kystes hydatiques. Ces procédés lents, incertains, sont en somme aussi dangereux que les procédés modernes sans en présenter aucun des avantages, et le mieux est encore de ne s'en point servir, le meilleur ne valant pas grand'chose.

On a pu espérer que la *ponction aspiratrice* du contenu de l'abcès pourrait remplacer toutes les méthodes anciennes. Si elle a donné quelques succès, que la stérilité de certains abcès permet d'expliquer, comme dans le cas de Moutard-Martin, ils sont au moins exceptionnels, et je crois pour ma part que le temps que l'on perd à pratiquer la ponction et à en attendre les effets a trop d'importance pour qu'on le sacrifie à la faible espérance d'une guérison problématique.

En 1880, Stromeyer-Little (de Shang-Haï) fit l'ouverture franche

et rapide. Son premier opéré, le D^r Ayme, parfaitement guéri, décrit (1) le procédé de son sauveur, et dès cette époque le traitement des abcès du foie entra dans une voie nouvelle.

J. Rochard communiqua cette observation remarquable, en même temps que deux autres, à l'Académie de médecine (2), et depuis lors des travaux et des communications sans nombre sont venus sur ce point fixer les idées d'une façon qu'il est permis de croire définitive (3).

Stromeyer-Little a eu le grand mérite d'ériger en méthode l'ouverture rapide que Ralfe et Dikson Hunter avaient d'ailleurs faite avant lui en 1874 et 1876, mais sans en tirer aucune conséquence.

Le procédé de Little, qui d'ailleurs ne conserve plus que de rares partisans, de moins en moins nombreux, bien que constituant un progrès considérable sur tout ce qui s'était fait jusqu'alors, est, il faut bien le dire, passible d'objections fort sérieuses. On sait en quoi il consiste : le plus tôt possible, au premier soupçon de suppuration hépatique, un trocart explorateur est enfoncé, au point qui paraît le plus propice, et, traversant la paroi, pénètre dans le foie à la recherche du pus. C'est une simple ponction exploratrice. Dès que le pus est trouvé, sans vider la poche, sans aspirer son contenu, avec un long bistouri conduit le long du trocart on pénètre jusque dans la poche et on incise alors, d'un seul coup, toute l'épaisseur des tissus traversés. L'incision porte donc à la fois sur le tissu hépatique et sur la paroi, qu'il y ait ou non des adhérences entre les deux. Cette incision, qui n'a pas moins de 6 à 8 centimètres, donne une large issue au pus qui jaillit au dehors. On vide complètement l'abcès, en s'aidant au besoin de pressions sur les parties latérales et sur l'abdomen, puis on le lave avec une solution phéniquée à 1 p. 100, jusqu'à ce que le liquide ressorte complètement limpide. On introduit dans la cavité un gros drain qu'on fixe à la paroi, et on termine l'opération en appliquant sur la plaie un pansement antiseptique.

(1) STROMEYER-LITTLE et AYME, *Arch. de méd. navale*, t. XXXIV, nov. 1880, p. 525.

(2) Jules ROCHARD, *Acad. de méd.*, 26 oct. 1880.

(3) Parmi ces travaux, je citerai seulement les plus importants et les plus récents : LONG, Des diverses méthodes de traitement des abcès du foie, thèse de Montpellier, 1884. — CARAVIAS, Traitement des collections purulentes du foie par incision large et antiseptique, thèse de Paris, 1885. — MABBOUX, Du traitement des abcès du foie par la méthode de Stromeyer-Little (*Revue de chir.*, 1887, p. 354 et 467). — DEFONTAINE, Traitement des abcès du foie (*Gaz. des hôp.*, 19 mai 1888). — MORVAN, Ouverture des abcès du foie, thèse de Bordeaux, 1888. — GREMILLON, Consid. sur le traitement des abcès du foie, thèse de Paris, 1889. — CHAUVEL, Incision directe des abcès du foie (*Arch. gén. de méd.*, 1889, p. 129, et *Bull. de la Soc. de chir.*, 8 janv. 1890). — BERTRAND, *Revue de chir.*, 1890, p. 621. — GODLEE, *Brit. med. Journ.*, 25 janv. 1890. — Discussion à la *Soc. de chir.*, 7 janvier 1891. — FONTAN, De l'ouverture large des abcès du foie (*Soc. de chir.*, 23 déc. 1891). — KOERTE, Diagnostic et traitement des abcès du foie (*Soc. de méd. de Berlin*, 6 juillet 1892). — FLANDIN, Traitement chir. des abcès du foie, thèse de Lyon, 1893. — CORNIL, *Acad. de méd.*, 6 fév. 1894. — GALANO, Traitement des abcès du foie, thèse de Bordeaux, 1894. — BRESSON, Le curettage des abcès du foie, thèse de Bordeaux, 1894-95. — FONTAN, *Acad. de méd.*, 20 août 1895. — RICARD, *Soc. de chir.*, 15 janvier 1896. — LOISON, WALTHER, FONTAN (de Toulon), ROBERT, *Soc. de chir.*, janvier-février, 1898.