

Bibliothèque numérique

medic@

**Vernois, Maxime. - Jusqu'à quel point
le diagnostic anatomique peut-il
éclairer le traitement des maladies du
foie ?**

1844.

***Paris : Imprimerie de Félix
Malteste et Compagnie***

Cote : 90975



Licence ouverte. - Exemplaire numérisé: BIU Santé
(Paris)

Adresse permanente : [http://www.biusante.parisdescartes
.fr/histmed/medica/cote?90975x1844x04x20](http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?90975x1844x04x20)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

CONCOURS PUBLIC POUR L'AGRÉGATION
(SECTION DE MÉDECINE).

THÈSE

SUR LA QUESTION SUIVANTE :

**Jusqu'à quel point le diagnostic anatomique peut-il
éclairer le traitement des maladies du foie ?**

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE

PAR LE DOCTEUR MAXIME VERNOIS,

ANCIEN INTERNE ET LAURÉAT DES HÔPITAUX DE PARIS, MEMBRE TITULAIRE DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION, DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE, ETC.

«... Les signes anatomiques et physiques...
font juger de la disposition, de la forme, de
la grandeur, de la structure, de la densité
des organes ou des substances qui y sont
contenues. Ils sont de tous les plus impor-
tants, et les connaissances qu'ils donnent
sont tout aussi positives que celles qui dé-
rivent des sciences les plus exactes.»

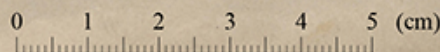
PIORRY, *Traité de Diagnostic et de Sé-
miologie*, t. I^{er}, p. 44.



PARIS,

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET C^e,
18, RUE DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR.

1844.



JUGES DU CONCOURS.

(SECTION DE MÉDECINE)

Professeurs.....	{	MM. FOUQUIER, <i>président.</i>
		ANDRAL,
		BOUILLAUD,
		DUMÉRIL,
		PIORRY,
Agrévés.....	{	ADELON, <i>suppléant.</i>
		MM. CAZENAVE, <i>secrétaire.</i>
		LEGROUX,
		GOURAUD, <i>suppléant.</i>

COMPÉTITEURS.

MM. BARON,	MM. HARDY,
BEAU,	LEGRAND,
BECQUEREL,	MAROTTE,
BEHIER,	MOISSENET,
BURGUIÈRE,	PELLETAN,
CAZALIS,	ROGER,
DELASSIAUVE,	TANQUEREL,
FAUVEL,	TARDIEU,
FLEURY,	VALLEIX,
GRISOLLE,	VERNOIS,
GUÉNEAU,	VIGLA.

THÈSE

DE MÉDECINE

PRÉSENTÉE

PAR

MM. FLORENCE, président.

ROBERT, rapporteur.

A mon ami

HENRI YVER.

MAXIME VERNOIS.

THÈSE

Jusqu'à quel point le diagnostic anatomique peut-il éclairer le traitement des maladies de l'oreille ?

Par M. le Docteur J. VARNIER.

Présentée à la Faculté de Médecine de Paris.

Par M. le Docteur J. VARNIER.

Thèse pour le Doctorat en Médecine.

Paris, 1884.

En pathologie générale on a donné le nom de diagnostics à cette partie des études cliniques dont l'objet est la distinction des maladies. Mais les études dont se compose le diagnostic, les sources en font partie pour l'établir avec certitude. Les sources de diagnostic sont diverses et nombreuses. Elles sont : 1° les symptômes, 2° les lésions anatomiques ou fonctionnelles, 3° les influences héréditaires, 4° les influences locales, 5° les influences générales. Un des points les plus importants du diagnostic est sans doute la détermination du siège et de l'étendue de l'affection qu'on se propose de reconnaître. Cependant il faudrait bien se garder de croire qu'une fois qu'on ait obtenu toutes les notions nécessaires, et qu'on ait alors de l'estec, on possède la maladie entière. Dès le début de cette dissertation, et tout en accordant au diagnostic local l'importance qu'il mérite, et que les recherches modernes ont étendue de jour en jour.

THÈSE

SUR LA QUESTION SUIVANTE :

Jusqu'à quel point le diagnostic anatomique peut-il éclairer le traitement des maladies du foie ?

Considérations préliminaires.

En pathologie générale on a donné le nom de diagnostic à cette partie des études cliniques dont l'objet est la distinction des maladies. Mais les élémens dont se compose le diagnostic, les sources où l'on doit puiser pour l'établir avec certitude appartiennent à des méthodes très diverses et embrassent toute la série des circonstances individuelles ou générales à l'influence desquelles chaque malade peut avoir été soumis.

Un des points les plus importants de ce diagnostic est, sans contredit, la détermination du siège et de l'étendue de l'affection qu'on se propose de reconnaître. Cependant il faudrait bien se garder de croire qu'avec lui seul on pût obtenir toutes les notions nécessaires, et qu' aussitôt qu'il est acquis, on possédât la maladie entière. Dès le début de cette dissertation, et tout en accordant au diagnostic local l'importance qu'il mérite, et que les recherches modernes ont étendue de jour en jour, nous

nous hâtons de poser les limites dans lesquelles il faut accepter ses enseignemens. C'est à lui que quelques auteurs ont donné le nom de *diagnostic anatomique*, probablement parce que toutes les notions qu'il fournit sont tirées de l'état matériel de l'organe, et pour le distinguer du diagnostic, dit *étiologique*, *dynamique*, *statistique*, *différentiel*, etc., etc. Comme ce terme (1) sort un peu des définitions et des mots généralement adoptés, il devient important pour nous d'en fixer le sens, afin qu'il ne reste aucun doute dans l'esprit du lecteur sur la manière dont nous en avons compris la valeur, et dont nous en avons fait l'application à la question qui nous est échue.

Nous entendons par *diagnostic anatomique* celui qui s'applique en général à la détermination locale du siège, de l'étendue, ou de la nature de la maladie d'un organe, et qui, pour arriver à ce but, ne peut recourir qu'aux caractères physiques appréciables par les sens. Il comprend donc l'emploi de tous les moyens matériels à l'aide desquels on peut reconnaître la disposition, la forme, la structure, la densité des organes ou des substances

(1) On ne trouve le mot de *Diagnostic anatomique* que dans M. Piorry (*Traité du Diagn.*, tom. 1, pag. 239), et dans M. Requin (*Élém. de Pathol. méd.*, t. 1, p. 198). Ce terme n'y est accompagné d'aucune définition. M. Requin seul en fait pressentir le sens.

qui y sont contenus. » (Piorry.) Pour l'établir il faudra pouvoir, par suite de méthodes précises, basées non plus seulement sur l'anatomie des rapports des organes étudiés sur le cadavre, mais de ces mêmes rapports observés sur le vivant, limiter la place d'un organe et se souvenir toujours des points où il commence et de ceux où il finit. Le médecin, pour y parvenir, doit donc avoir sans cesse présente à la pensée une anatomie topographique spéciale, une anatomie médicale pratique (qui est peut-être encore à faire) et qui consiste à corriger constamment les observations exécutées sur le cadavre par celles qui sont constatées sur le vivant. Ainsi, tandis que les traités classiques apprennent les rapports du cœur, par exemple, avec telle ou telle côte, ceux du foie et du poumon avec tel ou tel point de l'abdomen et du thorax, l'expérience clinique démontre que les règles posées d'après cette base peuvent souvent conduire à l'erreur. Ces remarques qui n'atteignent certainement pas la disposition des parties fixes, les rapports d'un nerf avec une artère, par exemple, dans la continuité d'un membre, s'appliquent surtout à ceux dont la mobilité relative est naturelle ou plus ou moins étendue. Il faut connaître, pour ainsi dire, les tables comparatives et l'échelle de ces variations pour établir d'une manière utile et précise un véritable diagnostic anatomique. Les organes considérés sur le vivant ne sont plus isolés comme

sur le cadavre. Il existe entre eux un lien et une connexité, qui font à la fois varier leurs rapports et leurs fonctions.

Le praticien ne doit jamais les oublier.

Ces considérations nous ont paru devoir être exposées dans un sujet où le diagnostic anatomique (forme d'étude non précisée jusqu'ici) va jouer le principal rôle, et dont il faudra apprécier l'utilité sous le point de vue thérapeutique.

On comprend immédiatement que pour en poser les bases au lit du malade, il faut parfaitement connaître l'état normal de l'organe dont on veut étudier les lésions, sous les rapports de siège, d'étendue et de connexions anatomiques.

L'importance de ce diagnostic anatomique, le degré de valeur qu'il est appelé à signifier variera nécessairement selon les organes auxquels il sera appliqué. Pour les uns c'est à peine s'il pourra formuler quelques déterminations ; pour d'autres ses indications seront très précises : dans quelques circonstances les renseignemens qu'il fournira seront souverains ; il décèlera à la fois le siège, l'étendue et la nature de la lésion. Pour d'autres enfin, ses enseignemens seront beaucoup plus restreints. Dans la plupart des cas, le diagnostic définitif et complet ne pourra être posé qu'à l'aide de considérations ou d'élémens puisés en dehors de ceux que peut révéler

cette espèce particulière et bornée de diagnostic. C'est, au reste, ce que tous les auteurs de pathologie générale ont eu le soin de mentionner.

On peut dire, en principe, que plus un organe est situé superficiellement, plus il est entouré d'autres organes de structure et de fonctions dissemblables, plus il est naturellement retenu en place par des ligamens solides et peu extensibles, plus aussi le diagnostic anatomique a de chances d'en connaître parfaitement le siège, d'en apprécier les déplacemens, et d'en signaler les maladies. Les dispositions contraires amènent des chances opposées.

Ces observations préliminaires nous semblent de nature à fixer d'avance beaucoup de points relatifs au sujet que nous avons à traiter, et qui pourront se présenter quand il s'agira d'apprécier l'influence positive de ce diagnostic sur la thérapeutique des maladies d'un organe déterminé. S'il est en effet dans son application quelques règles générales, faciles à poser, il y a des distinctions à établir immédiatement, et c'est la marche que nous suivrons à chaque pas de ce travail, afin que nos conclusions finales n'aient rien de trop absolu, et soient corrigées au besoin par les observations appliquées à chaque cas particulier.

Si cependant nous avons conseillé de ne point exagérer la puissance et la valeur du diagnostic anatomique,

nous sommes le premier à proclamer hautement les services qu'il a rendus et qu'il est surtout appelé à rendre à la médecine pratique. Ce qui, pour le public, semble quelquefois donner à la chirurgie une prééminence réelle sur la médecine proprement dite, c'est la précision de son diagnostic fondé, dans la plupart des cas, sur des méthodes physiques d'exploration dont l'importance s'est accrue de jour en jour. Doter la médecine de cette précision *chirurgicale* est un bienfait que l'époque actuelle pourra certainement accomplir. Les recherches patientes et ingénieuses de M. Piorry, les méthodes *exactes* de M. Bouillaud (ajoutées à nos moyens actuels d'investigation) sont certainement les élémens les plus riches et les plus féconds auxquels le diagnostic anatomique puisse emprunter ses lumières et confier ses espérances. Et d'ailleurs, pourquoi ne concevrait-on pas un semblable avenir? Parmi nos moyens d'exploration clinique, la percussion et l'auscultation n'ont-elles pas montré quels germes puissans étaient contenus dans leur sein? Quel est le médecin qui, à la première lecture des idées d'Avenbrugger, de Corvisart et de Laënnec, eût pu prédire à ces méthodes les développemens et les applications qu'elles ont reçus entre les mains de la plupart des professeurs de l'école de Paris, et spécialement de MM. Bouillaud, Piorry et Andral? Ce qui doit engager vivement à accorder au diag-

nostic anatomique une place importante dans l'étude des moyens destinés à distinguer les maladies, c'est que les procédés sur lesquels il repose appartiennent tous à des modes physiques, et par cela seul essentiellement perfectibles; et en second lieu, c'est parce qu'ils nous donnent le moyen de pénétrer profondément dans les organes; c'est que sur le vivant ils déchirent le voile qui les déroberait à nos regards; c'est qu'ils nous en reproduisent extérieurement les limites et l'étendue, et semblent pour ainsi dire nous faire toucher du doigt le principal élément d'une maladie, l'état organo-pathologique du point affecté de souffrance.

Le diagnostic anatomique ne saurait nous être utile à un si haut degré, sans réagir dans le même sens sur le traitement des maladies. Cette influence variera cependant selon les circonstances diverses de son application. Il est évident, en effet, que l'étude de l'anatomie pathologique a fait perdre à la thérapeutique quelque chose de son antique importance. A mesure que la connaissance des lésions a conduit au diagnostic local, on a oublié ou négligé la connexité étroite qui unit un organe malade aux autres organes voisins ou éloignés. Néanmoins, si cet excès a pu être remarqué à une époque qui touche encore à la nôtre, il est vrai de dire aussi qu'on est généralement revenu à des principes plus salutaires. Moins que jamais on ne croit plus à des

maladies isolées ; mais chacun reconnaît, dans une affection morbide, la collection de plusieurs états organopathologiques dont la constatation et la localisation précises, envisagées ensuite sous le point de vue de leur réunion et de leur réaction réciproques, dirigent souverainement le médecin dans l'emploi de ses moyens thérapeutiques.

Il faut le reconnaître encore, le diagnostic anatomique n'indique, le plus souvent, que le traitement local : donnant peu de renseignemens sur la nature intime des lésions, il met plus rarement sur la voie des diverses médications spéciales ou générales dont il faut user. Si, cependant, il n'est point appelé à donner des indications absolues, il faut se souvenir qu'il n'est lui-même qu'une branche limitée et isolée des moyens propres à distinguer des maladies. Et dans quel cas est-on jamais tenu de se prononcer et d'agir d'après lui seul ?

Il suffit, en cette circonstance, de se rappeler que les renseignemens donnés à la thérapeutique par le diagnostic le plus définitif et le plus parfaitement établi peuvent être complets ou incomplets. S'il en est ainsi, alors qu'on a appliqué à la découverte du siège et de la nature d'une maladie, toutes les facultés que les ressources cliniques peuvent offrir, on ne sera plus surpris si à l'aide d'un *seul* ou d'une *portion* des élémens du diagnostic en général, on n'apporte à la thérapeutique

que des renseignemens limités. Le plus souvent alors, si le médecin était réduit à son seul secours, tout son pouvoir serait de préparer une bonne thérapeutique, sinon de la déterminer d'une manière absolue.

Quand il s'agit, du reste, d'indiquer le degré d'influence que cette forme de diagnostic exerce sur les moyens de traitement, le premier travail à faire est de passer en revue la nature et la somme des notions qu'il peut fournir à l'esprit. Il est évident que, selon la netteté des faits qu'il traduira, selon la lumière plus ou moins vive dont il éclairera la trame obscure et profonde de nos tissus malades, les inspirations thérapeutiques auxquelles il donnera naissance seront plus ou moins instantanées, plus ou moins applicables et rationnelles. En principe donc, et quand on veut tirer du diagnostic anatomique (comme de tout autre) quelques conséquences thérapeutiques, il faut commencer par établir l'inventaire de ce que cette forme d'exploration est capable de produire, relativement à l'organe que l'on se propose d'étudier. Les conséquences en découlent ensuite presque d'elles-mêmes. En effet, il ne s'agit plus alors ni d'un diagnostic absolu, ni d'un diagnostic différentiel, mais de l'application du degré d'utilité pour la thérapeutique, d'un moyen de diagnostic spécial.

Ajoutons aussi que souvent le degré d'énergie et d'activité, de la thérapeutique sera indiqué par les in-

ductions tirées de la connaissance acquise du siège et de l'étendue des lésions. Alors même, en effet, que tous les moyens d'exploration locale réunis auront révélé l'existence d'un mal incurable, le diagnostic anatomique dirigera encore le médecin dans la conduite qu'il aura à suivre. Il fera du moins qu'il n'ait pas recours à des médications nuisibles ou intempestives.

Enfin, il ne faut pas oublier que si, dans la plupart des cas, le diagnostic anatomique indique des fragmens de la lésion, ou la lésion toute entière, il n'en peut que rarement décèler la nature, et qu'alors les indications thérapeutiques manquent de la précision qu'elles lui empruntent dans d'autres circonstances.

Il nous a paru convenable d'exposer ces principes et ces idées générales. Il nous reste à en faire l'application à l'étude des maladies du foie, et à voir dans quelles limites et jusqu'à quel degré, le diagnostic anatomique, dirigé vers leur étude, peut servir à éclairer la thérapeutique qui leur convient.

A l'exemple de tous les auteurs qui se sont occupés de la pathologie du foie, nous avons joint à cette étude celle des voies biliaires. Il est bien entendu qu'il ne s'agira ici que des moyens physiques d'exploration, à l'aide

desquels on peut mesurer l'étendue, apprécier la forme et les caractères particuliers des lésions du foie et de la vésicule biliaire, et de savoir si les connaissances que ces moyens révèlent à l'esprit éclairent la thérapeutique qui leur est applicable.

Moyens à l'aide desquels on peut établir l'état organique normal du foie, et celui de la vésicule biliaire.

Les moyens à l'aide desquels on peut constater la place qu'occupe le foie à l'état normal, et les rapports qu'il a avec les organes qui l'entourent sont la *palpation*, le *toucher*, la *mensuration* et la *percussion plessimétrique*. C'est à dessein que nous passons ici sous silence l'*inspection* de la région du foie : dans l'état de santé, elle ne fournit aucun document sur la forme et les dimensions de ce viscère, non plus que sur le point des parois abdominales où se trouve placée la vésicule biliaire. Il n'y a de saillie ou de déformation de l'organe (sans lésion morbide du foie ou des parties voisines) que dans le cas où il existe une déviation de l'épine.

La palpation ainsi que le toucher, appliqués à reconnaître la position du foie, ne donnent de résultat que chez les sujets maigres, et dans les cas où il est assez

apparent à l'épigastre, et assez descendu au dessous du rebord inférieur des fausses côtes pour être saisissable par la main ou par les doigts. En haut, son bord correspond ordinairement à la cinquième côte; en bas, au rebord des cartilages. Cependant ce serait une erreur de penser que le foie, en santé, ne fit jamais saillie hors les fausses côtes. « Il déborde plus ou moins, dit M. Cruveilhier, chez la plupart des femmes, la base du thorax, descend jusque dans la fosse iliaque droite, et même atteint le détroit supérieur, sans lésion aucune de sa substance. » Si donc en général le foie paraît suivre le rebord inférieur des côtes, on peut le voir quelquefois dépasser cette limite de un ou deux travers de doigt. Quand le malade est debout, qu'il fait une forte inspiration, ou qu'il porte le ventre en avant (les mains étant fixées vers le sol), le foie s'abaisse, et son bord libre inférieur, qu'on sent à peine, en dehors de ces conditions, devient souvent plus apparent d'un demi-pouce. Les expériences de MM. Baudran et Condret, relatées par M. Piorry (1), ne laissent aucun doute à cet égard.

La palpation et le toucher peuvent encore saisir et sentir une autre partie du foie; c'est la portion gauche qui s'avance plus ou moins au devant de l'épigastre. Si

(1) *Traité de la Percus. méd.* p. 190.

le sujet est maigre, que les muscles droits soient relâchés, on peut, avec la main, limiter assez imparfaitement la forme et l'étendue de cette portion. Dans beaucoup d'autres circonstances, la tension des muscles ne permet de constater qu'une résistance inégale des deux côtés de la ligne blanche. D'autres fois on prend pour le bord tranchant du foie la première intersection aponévrotique du muscle droit. Les autres points de la surface de ce viscère échappent complètement à la palpation et au toucher, et jamais à l'aide de ces moyens isolés on ne parviendrait à en indiquer la position.

C'est à la *percussion plessimétrique* seule qu'il appartient d'indiquer d'une manière précise et invariable les limites entre lesquelles le foie se rencontre à l'état normal, et les points de contact de ce viscère avec les organes divers qui l'environnent. A M. Piorry sont dues toutes les recherches qui existent sur ce sujet. Dans son *Traité de la percussion médiate* (1) et dans le *Traité du diagnostic* (2), il a réuni les élémens nécessaires à la détermination des mesures normales qui doivent servir de base à toute recherche et à tout diagnostic anatomique appliqué aux maladies du foie. M. Maillot, dans son *Traité pratique de la percussion* (3), a également

(1) P. 189.

(2) T. 2, p. 198.

(3) P. 201.

exposé les règles à suivre dans l'application de ce moyen, pour arriver à poser des bases d'observation.

Les recherches comparatives que M. Piorry a tentées sur la percussion du foie, tant chez le vivant que sur le cadavre, lui ont démontré qu'on pouvait, avec le plessimètre, saisir la position et le volume de ce viscère, et dessiner extérieurement la forme de ses bords supérieur et inférieur, à l'aide des sons différents qu'on obtient en percutant sa surface. Nous voudrions pouvoir reproduire ici les lignes que M. Piorry conseille de tracer pour conduire le doigt dans le trajet de la percussion, et l'empêcher de s'égarer dans une route incertaine ; nous voudrions pouvoir noter sur la direction de ces lignes les indications abrégatives à l'aide desquelles il désigne les points où la percussion doit être forte ou faible, superficielle ou profonde, si l'on veut savoir d'une manière certaine la limite en avant et en arrière de la portion du foie au dessus de laquelle passe une languette du poumon, et en arrière le point recouvert par la partie supérieure du rein, etc., etc. ; mais ces détails appartiennent bien plus à un traité didactique qu'au sujet dont nous nous occupons en ce moment. Nous nous bornerons à donner les résultats obtenus par M. Piorry ; résultats qui deviennent des chiffres d'une valeur presque absolue et qui doivent être toujours présents à l'esprit du médecin chaque fois qu'il veut déterminer

si la glande hépatique a conservé ou perdu sa forme et son volume ordinaires. Pour arriver, dans cette exploration, à un résultat convenable, il faut de toute nécessité se servir d'un plessimètre.

Le foie, dans tous les points où il est en contact avec les parois de l'abdomen ou du thorax, donne lieu à un son particulier connu sous le nom de *son jécoral*, et qui s'entend, dans l'état parfaitement sain, dans l'espace de deux pouces tout à fait à gauche, de deux pouces et demi tout à fait à droite de l'appendice xyphoïde, de trois pouces vers la hauteur du mamelon, et de quatre pouces au niveau de l'aisselle. Il y a quelquefois, dans la pratique, un assez grand nombre d'exceptions à cette règle; M. Maillot en a cité des exemples (1).

C'est par une percussion plus légère que le son jécoral persiste au devant de l'estomac rempli de gaz; une percussion plus forte, dans le même point, signalerait plus profondément l'existence d'une cavité contenant du liquide ou du gaz.

Les médecins connaissent assez bien aujourd'hui les nuances qui divisent l'échelle des sons plessimétriques pour qu'il ne nous soit pas besoin de les rappeler, et de dire que la percussion, grâce à l'habile emploi de ces variations, a seule pu, et sans le secours d'autres

(1) *Trait. de Percus.*, p. 203 et 204.

moyens, faire ce que tous les autres avant elle étaient impuissans à produire.

L'extension du foie à gauche est loin d'être toujours la même. Il dépasse à peine, dans quelques cas, la ligne médiane, tandis qu'il se confond parfois avec la rate. La percussion seule alors pourra en donner les limites.

Nous ne pouvons quitter ce point important, sans présenter ici le résumé des dernières recherches de M. Piorry sur la percussion de la partie postérieure du foie. Elle est très délicate à pratiquer, et nous avons entendu ce professeur l'exposer complètement dans les leçons qu'il vient de faire dernièrement à l'hôpital de la Pitié (mars 1844). Nous devons à l'obligeance de M. Bidault, interne de M. Piorry, la note suivante, qui indique l'état de la science à ce sujet :

* Les limites du foie sont plus difficiles à déterminer en *arrière* qu'en avant, et la difficulté tient, pour la partie postérieure, à la présence d'une lame très épaisse du poumon droit qui s'interpose entre le foie et les parois thoraciques; et pour le bord supérieur, à la présence du rein et du colon souvent rempli de matières. Voici, du reste, les lignes que le plessimètre doit parcourir. Une première ligne parallèle à l'axe du corps est menée à quelques centimètres de distance de la colonne vertébrale. La percussion pratiquée suivant cette

ligne, de haut en bas, doit être d'abord très forte, très profonde, afin que le foie puisse trahir sa présence, en masquant le son clair du poumon. Une fois la limite supérieure bien établie (et c'est un point toujours difficile, à cause de la grande épaisseur du poumon interposé), la percussion doit être de plus en plus légère et superficielle. Elle indique bientôt le point où cesse le poumon, et la présence du foie se reconnaît sous le plessimètre par la matité et la résistance des sons qui lui appartiennent.

» La matité du foie se confond souvent en bas avec celle du rein : la distinction ne peut être établie qu'avec beaucoup de soin. M. Piorry parvient cependant à la déterminer : *une résistance au doigt plus considérable, une absorption complète du son*, dit-il, décèlent la présence du rein et le séparent du foie. Sur le trajet d'une seconde ligne, plus en dehors, vers le bord postérieur de l'échelle, il faut pratiquer en haut une percussion profonde et forte, en bas une percussion très superficielle ; et dans ce dernier point, si le bord inférieur du foie n'est pas nettement senti, s'il reste quelque doute, il suffit d'évacuer par un purgatif les matières placées dans l'intestin, et qui obscurcissent le son clair qui leur appartient. »

En résumé, pour arriver à l'aide de la percussion à connaître la forme, le volume et la position du foie, il faut

percuter d'abord le poumon très haut, sous l'aisselle, sous la clavicule, dans le dos, et explorer l'abdomen très bas.

Moyens à l'aide desquels on peut déterminer la position normale de la vésicule biliaire.

Dans l'état de santé, il est impossible, à l'aide d'aucun moyen, hors la percussion, dans quelques circonstances, de limiter la position de la vésicule. Il faut qu'elle contienne une assez grande quantité de liquide, et fasse saillie au-dessous du bord tranchant du foie pour que le plessimètre puisse en saisir la présence. Ce cas étant le plus rare, et constituant quelquefois même déjà une maladie, nous dirons que rien, à l'état normal, si ce n'est la position indiquée dans les traités d'anatomie topographique, ne peut révéler la forme et le volume de la vésicule biliaire. Voici néanmoins les signes que M. Piorry donne à ce sujet (1) :

« Une matité, avec peu de résistance au doigt, dépassant le rebord du foie, dans un espace de forme circulaire, variant d'un à plusieurs pouces de diamètre, et se trouvant sur un point correspondant à celui où se rencontre la vésicule biliaire, est ordinairement en rap-

(1) *Traité Diagnost.* t. 2, p. 217.

port avec la présence de ce réservoir. Il en sera surtout ainsi, quand le bruit hydro-pneumatique se rencontrera sur l'espace occupé par le son mat, et lorsque le malade étant couché sur le côté gauche (position qui permet aux liquides de l'estomac et des intestins de se porter du même côté) la matité dont il s'agit persistera. Par l'étendue de l'espace où se trouve le son mat, on juge très bien du volume de la vésicule biliaire (1). » Elle est habituellement en rapport, selon M. Maillot (2), avec l'extrémité antérieure de la dixième côte. Les différences de forme et de situation du foie, soit normales, soit accidentelles (pendant l'acte de la respiration, etc., etc.), influent sur la situation du fond de la vésicule.

Moyens à l'aide desquels on peut établir le diagnostic anatomique des maladies du foie et de la vésicule biliaire, suivis de l'indication des conséquences thérapeutiques qui en découlent.

Aux moyens déjà indiqués pour constater le volume du foie à l'état normal, se joindront un certain nombre de nouveaux éléments quand il s'agira d'étudier les maladies dont il peut être affecté.

(1) *Trait. Percus. méd.*, p. 241.

(2) *Loc. cit.*, p. 217.

Nous les classerons sous les titres suivans :

- 1° Inspection de la région du foie ;
- 2° Palpation ;
- 3° Toucher ;
- 4° Pression locale et circonvoisine ;
- 5° Mensuration locale et comparée ;
- 6° Percussion plessimétrique ;
- 7° Auscultation ;
- 8° Ballotement ;
- 9° Fluctuation ;
- 10° Bruits particuliers ; sensations spéciales ;
- 11° Ponctions exploratrices ;
- 12° Décubitus du malade.

L'étude de chacun de ces points, appliquée au diagnostic anatomique des maladies du foie, comprend la série de tous les moyens qui appartiennent à cette forme limitée d'exploration. En notant avec soin la nature des états organiques qu'ils ont la puissance de traduire en dehors, il deviendra facile d'en déduire immédiatement les applications pratiques qui pourront en découler.

Il est important de rappeler ici que nous n'avons à nous occuper, ni des complications qui peuvent accompagner les maladies du foie comme les épanchemens dans la cavité abdominale, dans la plèvre, etc., ni des autres moyens de diagnostic empruntés à une autre forme qu'au diagnostic *dît* anatomique. La question,

telle qu'elle nous a été posée, nous oblige à ne recourir qu'à ses seules lumières, et à déterminer jusqu'à quel point elles sont suffisantes ou impuissantes à éclairer la thérapeutique des maladies du foie.

§ I. — *De l'inspection de la région du foie et de celle de la vésicule biliaire.*

Cette exploration qui, dans l'état de la santé, ne donne aucune notion sur le siège et la forme du foie, devient, dans quelques cas de maladie, la source de plusieurs indications importantes. Le volume énorme que le foie peut acquérir dans le cours de certaines affections donne lieu à une saillie très évidente de l'hypocondre droit. Le développement morbide (quelle qu'en soit la cause) de la partie inférieure et de la portion gauche du foie détermineront à la simple inspection une saillie prononcée au-dessous du rebord des fausses côtes droites et d'une tumeur à l'épigastre, accompagnées dans ces deux cas d'une dépression quelquefois très marquée de la région hépatique droite, et tout à fait sous-costale. On a vu dans quelques circonstances des carcinômes du foie, des tumeurs hydatifères venir faire saillie à la face inférieure du viscère ; les côtes sont alors déjetées de manière à ce que leur bord supérieur de-

viennent postérieurs (1). Les cas qui peuvent donner lieu à l'augmentation de volume du foie dont nous parlons ici sont très nombreux et très variés. Nous les signalerons avec plus de fruit dans les articles qui vont suivre. L'inspection peut encore signaler l'existence d'un œdème ou d'un empatement local ou généralisé. L'œil peut aussi remarquer les développemens partiels de la région hépatique.

L'inspection de la région *vésiculaire* ne donne lieu à quelques remarques que dans les cas où elle est isolément et énormément dilatée. Cela peut arriver dans les cas rares de cystiectasies biliaires énormes.

On voit donc qu'à l'aide de l'inspection le médecin pourra, tout au plus, et dans certains cas seulement, reconnaître que le foie dépasse plus ou moins ses limites normales, ou que la région costale qui lui correspond est partiellement ou généralement soulevée ou déprimée. Jamais à l'aide de ce seul moyen il ne pourra connaître l'espèce ou la nature de la lésion. Il ne pourra même pas déterminer si le foie est seulement déplacé ou si les saillies qu'il détermine sont produites par un accroissement morbide de son tissu. Dans un seul cas, la présence visible d'un œdème superficiel plus ou moins bien limité, coïncidant ou non

(1) Andral, *Cliniq. Médic.*, t. 2, p. 278. — *Compend. de Méd.*, t. 4, p. 69.

avec un développement de la région du foie, devra lui faire soupçonner l'existence d'un abcès. Pour que ce signe eût une valeur absolue, il faudrait que l'œdème fût constant dans cette circonstance, ce qui n'est pas. Les renseignemens diagnostiques fournis par ce moyen sont donc excessivement bornés.

Applications pratiques et conséquences thérapeutiques.

Les notions que ce procédé apporte au diagnostic n'ayant aucune précision, il ne sera jamais possible, d'après lui, de concevoir l'idée d'une médication particulière. En effet, toutes les saillies et déformations de la région hépatique qu'il est apte à signaler peuvent tout autant dépendre d'une maladie du thorax et de l'abdomen, que du foie lui-même, et le regard ne saurait suffire à les différencier. La constatation de l'œdème, si elle est bien précise, peut seule, en faisant songer à un abcès, conduire à l'emploi des remèdes conseillés contre cette affection. Dans quelques cas douteux, ce renseignement de l'inspection peut engager à pratiquer sur le point engorgé des ponctions ou des incisions salutaires. Voilà tout : rien de particulier pour l'état de la vésicule.

§ II. — *De la palpation* (1).

La palpation qui se pratique avec la main tout entière ne peut fournir de notions que sur les points où le foie n'est pas caché sous les côtes, sous les muscles fortement contractés, ou sous des couches épaisses de graisse sous-cutanée. Toutes les fois donc que ce viscère fera saillie plus ou moins en dehors des limites gauches et inférieures qui lui ont été assignées, la palpation pourra reconnaître la forme, le volume et les dispositions particulières de surface, qu'alors il présentera. La palpation saura distinguer si la tumeur est mobile ou fixe, si elle se continue ou non avec la portion sensible du foie, ou si elle lui est étrangère. La palpation n'étant qu'un toucher grossièrement ou généralement appliqué, les notions qu'elle apporte à l'esprit, quoique plus précises que celles empruntées à l'inspection, n'auront cependant pas encore une grande valeur. Ceci tient à ce que, dans beaucoup de circonstances, quand le foie est malade, et très malade même, le viscère ne faisant nulle part de saillie qui puisse être saisie par la main, il devient impossible d'être rensei-

(1) On trouvera dans M. Andral (*loc. cit.* p. 276) et M. Brière de Boismont (Observat. sur quelques maladies du foie dans *Arch. Génér. de méd.*, t. 16, 1^{re} série, p. 414) la description des procédés à suivre pour bien pratiquer cette palpation.

gné par ce mode d'exploration. On ne constate souvent qu'une résistance inégale à la pression des deux côtés de la ligne blanche (1). Le seul état organique du foie sur lequel la palpation puisse parfois nous renseigner est l'hyperhépatotrophie (quels que soient son origine et sa nature) : c'est l'assurance que le foie ne dépasse pas ses limites ordinaires ; c'est dans quelques cas la fixité d'une tumeur, dans la région de l'hypocondre droit, et sa continuité avec l'organe lui-même ; c'est l'existence d'une tuméfaction plus ou moins étendue à l'épigastre ou à l'ombilic, paraissant bien arrêtée et faire corps avec le foie. Mais la palpation n'a la faculté de rien prouver, de rien démontrer au delà de ces limites. Elle ne saurait faire affirmer que telle tumeur placée à l'épigastre s'étend ou ne s'étend pas sous les côtes, de tel ou tel autre côté.

Dans quelques circonstances cependant, si l'on varie le décubitus du malade, la palpation pourra saisir et accuser le poids du foie qui se portera à la partie la plus déclive. Mais en tout cela, aucun renseignement sur la nature et le volume de ce développement extra-normal ou sur l'état d'un foie qui ne se révèle par aucune saillie. Ici pourtant, plus que par l'inspection, la main appliquée sur une portion de foie saillante et tuméfiée pour-

(1) Andral, *loc. cit.*, p. 274.

ra, grossièrement il est vrai, et selon la netteté des cas, distinguer s'il existe des bosselures, des battemens dans la tumeur; ces deux élémens serviroient à éclairer le diagnostic, mais ne le détermineront pas d'une manière précise.

Il faudrait une tuméfaction isolée et très saillante de la vésicule pour que ce signe pût être perçu par la palpation.

Les relevés que M. Piorry a consignés dans le *Traité de la percussion médiate* démontrent que dans 38 cas où le foie avait été exploré à l'aide de la palpation, par un très habile observateur, il est arrivé que le volume et la situation de la glande biliaire ont été complètement reconnus.

Applications pratiques et conséquences thérapeutiques.

Comme on vient de le voir, la palpation ne peut limiter qu'imparfaitement les engorgemens ou les développemens anormaux du foie, soit à gauche, soit tout-à-fait en bas. Dans ce cas encore les renseignemens obtenus pouvant s'appliquer, soit à de simples déplacements sans lésion de l'organe, soit à des maladies très diverses, il devient évident que, sous son influence, le médecin ne saurait formuler la plus légère prescription thérapeutique. Il tomberait à chaque instant dans les

plus grossières erreurs. Disons, en effet, ainsi que nous aurons peut-être l'occasion de le répéter encore dans le cours de ce travail, que si, à l'aide de la palpation, comme de tout autre moyen aussi borné dans ses facultés, le médecin soupçonne quelquefois avec justesse telle ou telle lésion du foie, et se décide à conseiller une thérapeutique particulière; c'est bien plutôt par suite d'un diagnostic différentiel qui s'opère involontairement dans sa pensée, que par suite du signe lui-même qu'il a perçu.

§ III. — Du toucher.

C'est au toucher, véritable et plus intelligente palpation, que les maladies du foie devront, dans quelques circonstances, d'être un peu mieux limitées et parfois reconnues. En effet, la surface qu'examinent les doigts peut être aussi bornée qu'on le désire. Les doigts, en se réunissant et en se courbant à volonté, parviennent à pénétrer au dessous des côtes pour y palper le bord et la face intérieure de l'organe. Mieux que la paume de la main, ils suivent les contours et les formes variées d'une tumeur placée sur les limites naturelles du foie. Ils sont aptes même à reconnaître, non seulement l'augmentation du volume, mais la nature des aspérités ou des déformations qu'ils signalent. Ils peuvent saisir quel-

ques différences de densité générales ou partielles, superficielles ou profondes qu'offrent les parties du foie accessibles à leur investigation. Mais cette facilité d'examen, cette intelligence qui les guide dans la détermination du volume et de la forme, les abandonne bientôt comme elle avait abandonné la palpation. Tout se borne à l'examen des parties qui font saillie en dehors des côtes. Tout au plus, pourrait-on dire, quand une maladie est bornée au lobe gauche, que le toucher est apte à la reconnaître ; mais que signalerait-il encore ? une augmentation de volume, une tumeur plus ou moins irrégulière à sa surface, plus ou moins dense à la pression successive et méthodique des doigts ? Avec ces signes, qui oserait se prononcer sur l'espèce et la nature de la lésion ? Il y a cependant quelques-unes de ces modifications, appréciables au toucher, qui auront une valeur assez grande. Si le doigt a constaté des inégalités, des bosselures, comme le fait appartient surtout à la nature des masses cancéreuses (1), il faudra y attacher la plus grande importance. Il y a plus, si dans le même point où primitivement on aura constaté une saillie, il est survenu un affaissement, une cavité sensible, ce sera presque infailliblement le signe qu'un ramollisse-

(1) On s'aperçoit que dans cette circonstance on est obligé de sortir du cercle du diagnostic anatomique pur, et de faire appel à des souvenirs d'anatomie pathologique.

ment s'est opéré dans ce même lieu (1). Le toucher seul cependant pourra rarement mettre sur la voie de ces faits. Néanmoins, s'il faut en croire M. Cruveilhier (*Anat. path.*), ce moyen suffirait pour faire reconnaître parfaitement certaines formes de cancer, celle surtout à laquelle il a donné le nom de cancer *grippé du foie*.

On pourrait, jusqu'à un certain point, rattacher au toucher, et faire dépendre de lui quelques unes de ces sensations remarquables connues sous les noms de fluctuation, de bruit de collision, etc., etc., que les doigts sont aptes à reconnaître et à développer dans quelques circonstances. Mais nous avons pensé, à cause de leur importance, devoir les considérer comme des phénomènes spéciaux et qui demandaient à être traités dans un chapitre à part. Nous n'en parlerons donc qu'à l'article qui leur est consacré.

La vésicule biliaire ne présente par le toucher, dans le cas de cytiectasie très notable, que la sensation d'une poche plus ou moins distendue. Comme les rapports variables du foie peuvent, en portant sa face inférieure en avant, faire quelquefois saillir la vésicule dans le même sens, le toucher seul serait inapte à déceler une lésion particulière de cet organe.

(1) Andral, *loc. cit.* p. 286.

Conséquences pratiques et thérapeutiques.

Ce moyen, commençant à pénétrer plus avant dans l'étude des formes et de la densité des organes, apporte aussi plus de précision au diagnostic et par suite quelques élémens rationnels pour le traitement. Plus parfait que la palpation, il rend un compte bien plus net de l'état des portions du foie accessibles à ses explorations. Mais il est borné dans les indications qu'il peut fournir. L'augmentation générale du volume n'indique aucun remède particulier. Si le lobe gauche était bien évidemment seul développé, le toucher pourrait, en annonçant un engorgement de ce point, faire soupçonner dans quelques circonstances et selon les coïncidences du fait une rétention de bile, suite d'un obstacle apporté à son cours dans le canal cholédoque : indiquer alors l'emploi d'un purgatif ou des moyens propres à faire cesser cette tuméfaction. En montrant des tumeurs marronnées, saillantes d'abord, et plus tard remplacées par des dépressions, il y avait la *probabilité* d'une affection cancéreuse, le ramollissement d'un tubercule, et par suite l'emploi des moyens généraux destinés à combattre ces sortes de cachexies. Mais, il faut l'avouer, de tels renseignemens seraient bien vagues.

Le toucher de la vésicule, en signalant son développement excessif, pourra faire penser à un engorgement

biliens de ce réservoir, et par suite à toutes les causes qui, placées dans le voisinage de son col, ont pu en amener la réplétion. Ces causes sont très variables, et le toucher ne sait les distinguer entre elles; aucune indication thérapeutique utile ne peut donc en découler. Dans les cas où le toucher aurait pu constater seul l'existence de calculs biliaires isolés ou multiples, les conséquences pratiques deviennent plus positives. Là, comme dans la vessie, où le cathéter a signalé la présence d'une pierre, plusieurs remèdes s'offrent à la pensée. Ce sont ceux dont l'action a pour but de résoudre ces calculs, d'empêcher ou de tempérer leur action irritante sur les parois de la vésicule, et de s'opposer à la diathèse générale qui tend à les reproduire. Ici donc, le signe ayant acquis une valeur positive, la thérapeutique précise en découle, et le diagnostic anatomique a pu seul en avoir indiqué les bases.

§ IV. — *De la pression locale et circonvoisine.*

La pression, dans la véritable signification clinique du mot, est encore un des moyens qui dépendent du diagnostic anatomique. Quoiqu'elle ait pour but d'éveiller un symptôme qui se rattache au diagnostic physiologique, les limites dans lesquelles nous l'étudions, en ce moment, la font rentrer un instant dans le cadre

que nous avons tracé. C'est alors, en effet, une sorte de palpation plus profonde et plus énergique, dont l'objet est généralement de localiser la forme et l'étendue de l'organe par suite du développement spécial de la douleur qu'on cherche à y faire naître. Bien des affections du foie sont *indolores*, c'est dire combien de fois la pression ne donnera aucun signe. Dans quelques autres circonstances, au contraire, la douleur ne sera éveillée dans le viscère qu'à la suite de la pression qu'on aura exercée sur lui, et le moyen, quoiqu'indirect, dans le cas où le foie échappe à la palpation immédiate, décelera qu'il est l'organe souffrant. D'autres fois cette pression, quand le foie est très développé (hépatite aiguë), distinguera cette forme de l'engorgement sanguin simple (hyperhépatohémie) en montrant que dans l'une la pression est douloureuse, que dans l'autre elle ne le devient pas.

La pression circonvoisine servira à limiter d'une manière plus précise le siège de la douleur, et quand elle se trouvera réfugiée dans les limites d'espace où le foie doit être contenu, il pourra devenir certain que la douleur appartient à cet organe. Dans quelques hépatalgies (névralgies du foie) la pression réveille la douleur et indique assez bien qu'elle appartient au viscère. Mais indiquer la présence et le siège d'une douleur dans un organe n'est pas en déterminer la cause

et la nature, et sans ces renseignemens le médecin n'est pas suffisamment éclairé.

Dans le cas d'arrêt de calculs dans les conduits libres de la bile, il peut y avoir des douleurs vagues et profondes ; la pression pratiquée avec soin et intelligence sur la région qui correspond au siège de ces conduits pourra quelquefois, quoique s'irradiant au pourtour, indiquer que là est le foyer, signaler au médecin une des causes, ou toute la cause de la maladie.

Nous ne nous sommes occupé de la douleur que sous le point de vue mécanique de sa production et de sa localisation ; il ne nous appartenait pas ici de suivre et d'étudier ce symptôme dans les signes qu'il peut fournir au diagnostic des maladies du foie : c'eût été faire du *diagnostic physiologique*.

Conséquences pratiques et thérapeutiques.

Ce moyen manque évidemment de la précision désirable pour que la thérapeutique en bénéficie d'une manière certaine. C'est cependant à son aide, et d'après elle seulement que plusieurs formules de remèdes sont journellement conseillées et appliquées. L'incertitude de la méthode introduit nécessairement du doute dans les conséquences de son application. Généralement cependant la pression fait assez bien reconnaître les dou-

leurs aiguës, superficielles ou profondes qui appartiennent au foie; elle localise mieux celles qui se rapportent à la vésicule elle-même. Les indications thérapeutiques auxquelles elle conduit sont l'emploi des moyens destinés à combattre cette douleur; selon les cas, dans les inflammations, elle commandera l'application locale des antiphlogistes ou la saignée générale. Dans d'autres, les hépatalgies (névralgies du foie), elle mettra sur la voie des opiacés, des narcotiques, des grands bains, etc.

Remarquons bien cependant que la thérapeutique faite d'après le seul signe *douleur* sera bien plus souvent palliative que curative, parce que dans la plupart des circonstances la douleur elle-même ne constitue pas toute la maladie, mais n'est que le symptôme d'une foule d'états organo-pathologiques différens appliqués aux douleurs situées sur le trajet de la vésicule et des conduits biliaires; la pression peut éveiller des coliques dites hépatiques, faire soupçonner des calculs engagés dans ces parties, et indiquer ainsi le traitement approprié à cette sorte de lésion.

§ V. — *De la mensuration locale et comparée.*

Elle est apte, dans quelques circonstances, à nous donner des renseignemens sur l'état de la région du foie, sur son développement plus ou moins grand; mais

voilà tout. Elle constatera un état bombé, ou la présence de dépression; la région du foie comparée à celle du côté opposé offrira parfois des différences qui pourront encore déguiser la réalité sous l'influence des variations que les gaz placés dans l'estomac et les intestins donneront à la portion correspondante de l'abdomen. De tous les moyens déjà passés en revue, comme éléments de diagnostic anatomique, et considérés en l'absence de tout autre moyen, la mensuration, au point de vue de ce qu'elle peut apprendre, est évidemment une méthode infidèle et qui ne saurait fournir au médecin aucune notion précise sur l'état morbide du foie.

Il n'y a point de conséquences *pratiques et thérapeutiques* attachées à un moyen qui ne fournit aucun renseignement utile au diagnostic.

§ VI. — *De la Percussion Plessimétrique.*

Si la percussion plessimétrique à l'état normal a seule pu nous donner des dimensions exactes et des détails précis sur le siège et sur le volume du foie, c'est encore et surtout à la prééminence de ses méthodes que l'on doit les lumières vives et positives qu'elle jette sur l'étude de ses maladies. Pour s'en convaincre on n'a qu'à parcourir tous les traités et les articles spéciaux destinés à la pathogénie de ces

affections et l'on s'apercevra du doute, de l'hésitation, de l'ignorance même où la plupart des praticiens étaient avant l'application de cette méthode à la localisation des nombreuses maladies de ce viscère. Combien d'erreurs de diagnostic, consignées, du reste, avec une admirable bonne foi dans la plupart des livres classiques, et qui deviennent impossibles aujourd'hui ! On peut dire que l'application de la plessimétrie aux maladies du foie a été pour cet organe ce que l'auscultation est devenue pour les maladies du poumon. Il faut avoir suivi les progrès que l'étude patiente du cadavre et du malade fait faire chaque jour à cette méthode d'exploration pour comprendre tout ce qui peut sortir de son application et surgir des renseignemens qu'elle fournit. Nous sommes heureusement (dans la sphère élevée de la pratique) loin de cette époque où l'on écrivait que « la constatation d'un son mat dans les points de l'hypocondre droit où il n'existe pas ordinairement montrait que le foie occupait un espace plus considérable que de coutume, etc. etc. » où l'on ne pouvait distinguer ni le foie d'avec la rate ni le rein d'avec le foie, etc., etc. La percussion plessimétrique appliquée à l'étude des maladies a fait depuis quelques années des pas de géant. Elle montre chaque jour qu'elle a pénétré plus avant dans l'intelligence des sons. Comme l'auscul-

tation qui distingue les râles au milieu des râles, le bruit respiratoire au-dessous des bruits de frottement et des sensations les plus diverses, la percussion sait assigner à chaque nuance de son sa profondeur, son siège et sa signification. L'auscultation n'a que l'oreille pour juger; la percussion a l'oreille et le doigt, deux sens réunis et qui s'entraident, deux sens dont l'éducation spéciale est possible et facile, et dont le développement est loin d'être réservé, ainsi qu'on l'a dit si souvent, à *quelques organisations privilégiées*.

Qu'on ne pense pas, après ces courtes paroles, que nous ayons ici fait à dessein une digression en faveur de la percussion. Cette méthode d'exploration est assez bien posée dans la science pour n'avoir besoin ni d'être prônée ni d'être défendue. Mais les notions qu'elle apporte quand on l'applique au diagnostic anatomique des maladies du foie sont si précises et si nombreuses: elles sembleront si extraordinaires à ceux qui ne sont point familiarisés avec elle, qu'il était nécessaire d'en bien établir la puissance, afin qu'il ne fût plus possible de douter de ses effets.

Beaucoup mieux et bien plus complètement que les autres procédés dont nous avons déjà parlé, la percussion plessimétrique nous fera connaître tout ce qui, dans l'état du foie, amènera des changemens de

position, de volume, de consistance, de forme, de dispositions particulières. Si dans cette énumération ne sont pas compris tous les symptômes matériellement saisissables des maladies du foie, tous les phénomènes locaux auxquels elles donnent lieu, on peut dire cependant que la majorité de ses affections s'y trouve représentée. On y rencontre, en effet, toutes les lésions de circulation, de nutrition, de sécrétion, et presque toute l'histoire des produits anormaux qui sont susceptibles de s'y développer.

La percussion plessimétrique peut signaler, relativement au foie malade, des *altérations* :

A. — *De position.* — Toutes les fois, quelle qu'en soit la cause, que le foie surmonte la cinquième côte de 3, 4 et 5 centimètres seulement, il est plus élevé que d'habitude; toutes les fois qu'il dépasse les fausses côtes de 4, 6, 8 centimètres et davantage, il est abaissé au-dessous de sa position normale. Les exemples d'élévation et d'abaissement du foie (ce viscère étant malade) sont assez fréquents. La percussion peut alors en dessiner la forme et les contours, en préciser les limites. Il découle presque nécessairement de cette exploration, dans tous les cas où elle est bien faite, un diagnostic différentiel, relatif alors non pas toujours à la détermination nominale de la maladie du

foie, mais à l'état sain ou morbide des organes environnans. Les changemens de position du foie qui sont accusés matériellement par la percussion, et dont l'indication ne va pas au-delà du fait constaté, dépendent le plus souvent de maladies situées dans la zone supérieure à ce viscère, ou du poids énorme de l'organe malade; il y a alors abaissement. Dans le cas contraire ce phénomène appartient aux désordres survenus dans les fonctions des membranes ou des organes placés au-dessous de lui, dans la zone qui lui est inférieure.

B. — *De volume.* — La percussion est souveraine pour en déterminer toutes les variations. Comme ce volume, à l'état normal, n'a pas de mesure *absolument* déterminée, il est difficile quelquefois de préciser le début exact d'une atrophie ou d'une hypertrophie de son tissu. Mais arrivées à un certain degré les modifications qui dépendent de ces changemens sont saisissables par les moyens ordinaires de la percussion, et ils comprennent toutes les formes relatives à l'*augmentation* de ce volume. (Congestions sanguines, actives et passives dans les maladies du cœur (1), chez les scorbutiques (2), à l'approche des règles chez la

(1) Andral, *loc. cit.*, p. 342, 345, 352.

(2) Bonnet, *Traité des mal. du foie*, p. 281.

femme (1); les hémorrhagies (2); certaines tumeurs érectiles (3) dans la fièvre jaune (4); les hypertrophies (5), en un mot les excès de développement dont la cause peut être attribuée à la présence, dans l'intérieur de son tissu, d'abcès, de tubercules, d'hydatides, etc.; à la *diminution* de ce même volume par l'atrophie (6); les degrés progressifs de la cyrrhose, la polyanhémie (Piorry).

Ces variations de volume en plus ou en moins siégeront sur tout l'organe ou sur quelques portions limitées de son étendue. La percussion seule en donnera les limites. Elle pourra donc déjà, et par ses propres ressources, déterminer très exactement les variations de position et de volume, et cela d'une *manière absolue*. Peu d'affections, il est vrai, pourraient être reconnues à l'aide de ces deux indications; mais la percussion se charge d'apporter plus de précision dans ses actes.

(1) Piorry, *Traité Diagn.*, t. 2, p. 255.

(2) Andral, *loc. cit.*, p. 260 et Louis, *Mémoire ou Rech. d'Anatomie pathol.*, p. 381.

(3) Bérard, *Compte-rendu de la Société Anat.*, 1828.

(4) Louis, dans *Arch. Gén. méd.*, t. 6, septembre 1839.

(5) Andral, *loc. cit.*, p. 374, 379, 423; et *Compendium de Médecine*, tom. 4, p. 68.

(6) Andral, p. 434, 439, 442, 568. — Van Swieten, *Comment.*, tom. 3, § 946. — Lieutaud, liv. 1, obs. 820. — *Compendium*, t. 4, p. 84.

Un point très important relatif au volume du foie, et qui est sous la puissance de la seule percussion, c'est la constatation successive et presque instantanée qu'elle peut faire des moindres changemens qui s'opèrent dans les dimensions de l'organe, soit sous l'influence de la maladie, soit sous celle d'une médication bienfaisante ou intempestive. Saignez largement ou purgez énergiquement un malade atteint, par exemple, d'une hyperhepatohémie, et après quelques jours, quelques heures, souvent même presque immédiatement, il est facile de constater la diminution qui s'opère dans le volume du foie. Ainsi fait-on et observe-t-on, avec le même procédé, dans l'étude de la marche et dans le traitement résolutif des épanchemens des cavités séreuses ou des engorgemens de la rate.

Dans quelques autres circonstances, la percussion pourra constater l'inefficacité ou la nocuité de telle ou telle méthode de traitement, ou la simple persistance des accidens primitifs.

Quoi qu'il en soit cependant de ces lumières que la connaissance exacte de la position et du volume du foie puisse donner au diagnostic, il est évident que dans beaucoup de cas la nature du mal ne pourra en être déduite. Il faut chercher des notions plus étendues dans un des autres élémens des maladies de l'organe.

C. — *De consistance.* — Ces changemens comprennent les indurations (1) et les ramollissemens (2). La percussion donne à ce sujet de très utiles renseignemens. Le foie est beaucoup plus dur sous le doigt qui percute, quand il contient plus de sang qu'à l'état normal ou quand son tissu est rempli de tubercules, de productions marronnées (3), denses et élastiques; quand le foie est gras et volumineux, qu'il contient des calculs biliaires en grand nombre (4), des concrétions de diverse nature (5). Le contraire a lieu dès que le tissu de l'organe (sans nous occuper ici des dépôts de pus et de sang, etc.) a subi un ramollissement général (dégénérescence gélatineuse, graisseuse, albumineuse). Les ramollissemens partiels demandent une grande habitude pour être saisis et localisés. Mais en tout cela il ne faut que de l'étude, de l'attention et de la persévérance.

S'il fallait admettre comme non contestée l'observation rapportée par M. Louis (6) d'un cas d'emphy-

(1) Voir dans Andral, *loc. cit.*, les observ., p. 401, 406, 408, 410, 416.

(2) Andral, *loc. cit.*, p. 383, 387, 392, 394, 398, et Hourmann, *Thèse de concours*, p. 30.

(3) Andral, *loc. cit.*, p. 498, 501, 505, 509, 520, 522, 527, 529, et Morgagni, *In lettr.*, 29, p. 12, 51, p. 20, 30, 14.

(4) Bouisson, *de la Bile*, p. 197.

(5) Bianchi, *Concretiones gypseæ, tartareæ, lapideæ*; Bouisson, *loc. cit.*, p. 156.

(6) Voir le *Compendium de Méd.*; *loc. cit.*, p. 105.

sème de tout le tissu du foie, et s'il n'était pas plus rationnel de reconnaître dans ce fait une lésion survenue *post mortem*, ce serait ici le lieu de placer cette singulière modification de densité du foie, et nul doute que la percussion ne donnât pour la distinguer des élémens qu'on emprunterait en vain à toutes les autres méthodes d'exploration.

D. — *De forme.* — Bien mieux encore que l'inspection, la palpation et le toucher réunis, la percussion est apte à constater les variations survenues sous cet autre rapport. En effet, elle n'est plus arrêtée par la nature des parois qui recouvrent le foie; elle en suit tous les détours et les sinuosités au-dessous du poumon, au-dessous du rein, au dessous des intestins, et détermine ainsi, nous ne dirons pas les plus minimes anfractuosités et éminences de sa surface, mais toutes les tubérosités saillantes et d'un certain volume qui, cachées sur les côtes, ne pouvaient avant elle être appréciées par aucun autre moyen. Malheureusement, la plupart de ces changemens de forme n'ont rien de constant dans les maladies du foie; voilà pourquoi encore les notions précises, mais isolées, que la percussion fournirait dans ces cas ne serviraient pas toujours à éclairer puissamment le diagnostic anatomique.

Tout autant que sur la limite du toucher se placeraient ici les bruits particuliers dits de collision, de frémississement ; ils seront, avons-nous dit, étudiés à part.

Ce que nous avons avancé de la percussion relativement au foie s'applique aussi bien aux divers états de la vésicule biliaire. Dans tous les cas où elle sortira de ses *limites naturelles*, dans ceux où elle aura acquis *un volume et une densité au dessus ou au-dessous des règles posées au début de ce travail*, la percussion saisira ces différences (1) et le diagnostic isolé de ces altérations fournira quelquefois des indications parfaitement motivées (2). Nous ajouterons ici, mais

(1) Voir les *Obs. isolées du Cancer de la vésicule*, dans M. Cruveilhier, *Anat. path.*; dans Durand-Fardel, *Arch. Génér.*, t. 8, 3^e série, p. 167; et les faits cités par le *Compendium*, *loc. cit.*, p. 88.

(2) Pour étudier avec fruit les cas dans lesquels il est possible de constater ces anomalies de forme et de volume, il sera bon de consulter les observations dont nous indiquons ici la source. On verra que si, à une certaine époque, elles ont été méconnues et confondues dans la pratique avec des lésions, soit du foie lui-même, soit des organes voisins, c'est qu'on ne possédait pas encore les moyens capables de les reconnaître.

Pour les distensions par accumulation de la bile, voir M. Andral, *loc. cit.*, p. 556, 559. — Petit, *Mém. Acad. Chir.*, t. 1^{er}, p. 117. — *Id.* Vésicule ouverte pour un abcès du foie, p. 134. — *Id.* Cas de dilatation énorme, p. 135. — Boyer, *Traité des mal. chir.*, t. 7, p. 568. — Morgagni, *lettres*, 49, 45, 24. — J.-P. Frank, tom. 2, p. 76, édit. de M. Double. — Mavré, *Thèse inaug.*, p. 53. — Hake, *Arch. gén. méd.*, 1840, t. 1, p. 219.

Pour les calculs, Andral, *loc. cit.*, p. 570, 575. — Petit, *loc. cit.*, p. 130, 131. — Bouisson, *de la Bile*, p. 202, 213. (Cas où l'on a trouvé 1,000, 1,100, 1,600, et jusqu'à 2,000 calculs.)

seulement comme *souvenir* anatomo-pathologique, hors les limites du diagnostic anatomique, que M. Durand-Fardel pense qu'il y a presque toujours à la fois cancer de la vésicule et cancer du colon.

Applications pratiques et conséquences thérapeutiques.

Quand on considère les notions multipliées et d'une exactitude presque mathématique fournies par la percussion sur les états morbides du foie physiquement appréciables, il est facile de supposer d'avance les éclaircissemens qu'elle doit donner ou préparer à la thérapeutique. Cependant, si elle a aplani beaucoup de difficultés qui entravaient la localisation exacte et la détermination précise de la nature matérielle de l'affection pendant la vie, à côté de cela les ressources thérapeutiques dont elle pouvait faire naître l'espoir n'ont pas acquis la certitude de ses procédés. Nous avons déjà suffisamment expliqué pourquoi, et nous l'avons fait pressentir dans les considérations préliminaires qui ont précédé cette étude. C'est que, tout en limitant parfaitement les excès et les défauts de développement du foie, les saillies et les enfoncemens de sa surface, les indurations ou les ramollissemens de son tissu, la percussion, pas plus que beaucoup d'autres méthodes, n'a la vertu de déterminer la *nature intime* de ces troubles divers. Quoi qu'il en soit, si une maladie localisée est une maladie presque gué-

rie, ou si du moins sa localisation doit en faire présager ou en préparer de mieux en mieux la curation, on peut dire que dans les maladies du foie, nulle méthode d'exploration n'est appelée à un plus haut degré qu'elle à éclairer la thérapeutique.

Un des premiers services que rend ici la percussion, c'est que l'on peut toujours, grâce à elle, reconnaître la forme et le volume de l'organe, et dans tous les déplacements qu'il subit, sous l'influence des maladies des organes voisins, éviter de diriger vers lui quelque une des médications qui, sans cet *état de lieux préalable*, auraient pu lui être adressées. Combien de fois la médecine pratique, privée de cette faculté essentielle, s'est-elle égarée dans ses jugemens et dans ses prescriptions!

L'appréciation du volume et de la forme du foie indique très nettement les maladies partielles ou générales de l'organe; elle démontre que dans certains ictères il n'y a que tel lobe ou tel autre qui est engorgé; elle laisse apprécier les tuméfactions localisées dont il peut être atteint, soit comme maladie de son tissu propre, soit comme signe de la présence d'un produit nouveau, organique, ou inorganique, déposé dans son sein. Elle permet d'étudier le volume comparatif du foie dans toutes les maladies, et son degré de réaction ou d'activité dans le cours des affections

qui lui sont propres ou étrangères. Nous savons déjà que c'est sur la juste appréciation du *siège*, qu'est basée la localisation des douleurs qui peuvent lui appartenir. La percussion en révélant, dans le volume et la forme du foie, soit instantanément, soit du jour au lendemain, des variations remarquables, en plus ou en moins, ou un *statu quo* bien marqué dans son état, annonce au médecin l'existence de plusieurs affections parfaitement caractérisées, et contre lesquelles il peut, d'une façon assez rationnelle, conseiller certains moyens thérapeutiques. Ainsi, la constance de l'excès du foie dans l'hypertrophie (hyperhépatrophie) comparée aux variations des simples congestions sanguines de cet organe (hyperhépatohémie), indique immédiatement, d'abord la nature spéciale de l'affection, en second lieu, et dans ce dernier cas, l'emploi des saignées et des purgatifs; dans le premier, celui des remèdes généraux fondans et résolutifs généraux (eaux minérales) et locaux (applications topiques résolutives). La décroissance de volume que les saignées, par exemple, dénotent dans l'état du foie hyperhémie, montre qu'on est dans la bonne voie, et qu'il y a lieu d'insister sur ce moyen.

La localisation de certains engorgemens dans tel ou tel point bien circonscrit désigne immédiatement à la thérapeutique externe le lieu sur lequel son action

devra être portée, et quelquefois la nature des agents auxquels on devra recourir. Telles seront les frictions résolutives, les emplâtres calmans, les cautères, les cataplasmes maturatifs, etc., etc. C'est ce qui arrive encore dans les cas où la percussion a pu signaler des altérations notables de densité, ceux où, par exemple, elle aura signalé la présence de liquides ou de gaz ; mais ces circonstances vont bientôt être étudiées à part.

Gardons nous cependant d'exagérer la puissance de la percussion. Souvent ses renseignemens donneront à l'esprit des idées générales exactes et précises, il est vrai, sur la forme, le volume et la densité de l'organe ; mais alors et seuls ils n'auront point la faculté de résoudre la question du diagnostic différentiel de plusieurs affections diverses ayant pour caractère commun la même lésion générale, soit de forme, soit de volume, soit de densité ; ainsi, quelques hépatites chroniques limitées, quelques tumeurs hydatifères profondes, etc., etc. Il faut bien reconnaître, en effet, que dans ces cas, ou d'autres analogues, si les notions fournies par la percussion illuminent aussitôt le jugement, c'est qu'il existe dans la mémoire et dans la pensée de l'observateur des connaissances étrangères au diagnostic anatomique, des notions d'anatomie pathologique, par exemple, qui,

mises à l'instant en rapport avec les faits constatés, révèlent jusqu'à un certain point la nature de la lésion, en lui donnant à la fois plusieurs caractères réunis.

Certains relevés généraux cités par M. Piorry donneront quelquefois à la plessimétrie une importance qui, en désignant la lésion, indiqueront assez rapidement la thérapeutique qu'il faut lui appliquer. Ainsi, ce professeur a noté que dans l'hépatite la moyenne de la dimension du foie est, dans le sens vertical, de près de deux pouces au-dessus de l'état normal, et que le volume de la glande est également très développé dans le sens horizontal. Dans les maladies du cœur, les dimensions sont généralement très considérables, mais moindres que dans l'hyperhépatopathie primitive, etc. (1). La thérapeutique peut, à coup sûr, tirer profit de cette indication.

Appliquée aux maladies de la vésicule, la percussion plessimétrique, en indiquant la présence d'un obstacle au cours de la bile, soit dans le conduit cholédoque, soit dans le duodénum, peut dans ces circonstances (mais le plus souvent, concurremment avec d'autres moyens) engager le médecin à exercer des pressions sur le fond de la vésicule avec la main

(1) Piorry, *Traité de Diagn.*, t. 2, p. 218.

ou à l'aide d'un bandage approprié, dans le but de surmonter les obstacles dont il vient d'être question. Dans les cas d'abcès avec fistule extérieure (cas de J.-L. Petit) et calculs reconnus par la percussion, il faudrait chercher à en faciliter la sortie naturelle ou à en opérer l'extraction.

Une indication hygiénique et par suite thérapeutique peut encore ressortir de l'étude de la forme et de la position du foie. Chez quelques jeunes personnes par suite de l'usage de corsets mal construits, chez des malades, à la suite de l'application constante et maladroite de certains bandages, il pourrait survenir des déplacements accidentels ou permanens du foie, nuisibles aux fonctions de l'organe et dont la cause, peu visible à l'extérieur, n'eût été reconnue que par la percussion plessimétrique; chacun comprend alors l'importance des conseils que les enseignemens de ce moyen inspireront alors à la thérapeutique.

§ VII. — *De l'auscultation.*

L'auscultation appliquée au diagnostic anatomique des maladies du foie est loin d'être aussi féconde en résultats positifs que la percussion. Le premier service qu'elle rend, mais qui nous semble consécutif à quelques-unes des notions acquises par la plessimé-

trie, c'est la détermination exacte qu'elle contribue à donner des points où finit et s'efface le poumon, et de ceux où l'estomac et les intestins cessent d'accuser leur présence. Il faut se hâter de reconnaître que, quant à ce dernier point, l'auscultation seule aurait peu de valeur, et que la perception du bruit respiratoire possède au contraire une importance bien plus légitime. Par les changemens que les fonctions du poumon subissent, ainsi que les sons rendus par les parois thoraciques, dans les cas d'épanchement ou d'emphysème, l'auscultation enseigne à localiser les maladies et à attribuer à chaque organe la part qu'il prend à ces différens désordres. Disons cependant ici, que quant à la détermination précise du siège des épanchemens situés en arrière et tout à fait en bas de la poitrine, c'est bien moins à l'auscultation qu'aux dernières recherches plessimétriques de MM. Maillot et Damoiseau (1) que l'on doit de savoir à quoi s'en tenir à ce sujet.

L'auscultation peut servir, mais secondairement, à saisir les divers bruits dont nous avons déjà parlé (de collision, de frottement), quoique ces bruits soient beaucoup plutôt perceptibles par les doigts que par

(1) Damoiseau, *Recherch. Cliniq.* sur plusieurs points du diagn. des épanchem. pleurétiques. *Arch. Génér. de Méd.* 4^e série, t. 3, p. 429, 408. Avec planches.

la transmission des vibrations à l'aide du stéthoscope jusqu'au tympan. Un bruit qu'il est plus facile de percevoir par ce moyen, c'est celui qui s'entend même aussi sans son secours, et qui est produit par le frottement de plusieurs calculs les uns contre les autres, dans l'intérieur de la vésicule biliaire, quand ils sont préalablement agités à dessein par les doigts. Le stéthoscope appliqué dans ces cas répète ce que M. Lisfranc avait déjà conseillé de faire, pour percevoir la crépitation dans les cas de fracture, et ce qu'il avait aussi lui-même pratiqué, dans la circonstance de calculs biliaires (1). M. Cruveilhier assure avoir entendu ce bruit, et M. Maillot (2) pense que la percussion plessimétrique le rendrait encore plus sensible.

C'est ici le lieu de parler d'un bruit que l'auscultation nous a révélé soit sans le stéthoscope, soit aidé de son secours, chez un malade placé en 1834 dans le service de M. Andral, à l'hôpital de la Pitié. C'était un homme âgé de 40 ans environ. Il portait une tumeur, qui de la région épigastrique s'étendait vers celle du foie : les désordres généraux étaient considérables. Dans les premiers jours de son entrée à l'hôpital et des examens auxquels la nature de sa mala-

(1) Lisfranc, *Mém. sur de nouv. applic. du Stét.*, août 1823.

(2) Maillot, *loc. cit.*, p. 220.

die donna lieu, aucun bruit particulier n'avait été perçu; un jour, à la suite de pressions répétées, on fut fort surpris d'entendre une crépitation très manifeste dans presque toute l'étendue de la tumeur. Il semblait qu'on eût déplacé un grand nombre de fragmens de matière solide. Ce bruit continua jusqu'à la fin de la vie du malade, et par l'auscultation médiate nous le percevions avec la plus grande intensité. Le malade succomba à une péritonite aiguë survenue avec tous les symptômes d'une perforation intestinale. A l'autopsie, on trouva une péritonite sur-aiguë, l'estomac et les intestins sans lésions de continuité, mais au-devant du foie, un vaste kyste creusé dans son tissu, et perforé sur un des points de son étendue. Ce kyste contenait des matières crétacées réduites en fragmens assez volumineux, et mélangées à une espèce de bouillie blanchâtre. Cette matière épanchée dans la cavité de l'abdomen avait causé la péritonite et la mort du malade. Ce fait nous a paru assez curieux, dans l'histoire des maladies du foie, et au point de vue où nous sommes placé en ce moment, pour devoir être rappelé. Il est bien évident que la thérapeutique n'avait pu être éclairée par la nature des signes obtenus pendant la vie.

Dans quelques circonstances particulières, l'auscultation est cependant appelée à être appliquée avec

ruit : tout le monde connaît le passage suivant de Laënnec (1) : « Je pense, disait-il, que le stéthoscope pourra faire reconnaître les abcès du foie et les kystes hydatiques formés dans ce viscère, lorsqu'ils viendront à s'ouvrir soit dans l'estomac ou les intestins, soit dans les poumons, comme on en a vu quelques exemples. Dans les deux premiers cas en pressant l'abdomen dans la portion molle de l'hypocondre droit, on obtiendra *probablement* un gargouillement manifeste dû à l'introduction des gaz intestinaux dans l'excavation du foie. Dans le dernier, c'est-à-dire dans le cas de communication fistuleuse de l'abcès du foie avec les bronches, je ne doute pas que l'on n'obtienne la toux et la respiration caverneuses, le râle de même nature, peut-être même la transmission de la voix à travers le tube du cylindre, et si l'excavation était très vaste, le tintement métallique. »

En effet, dans plusieurs des circonstances qu'avait prévues Laënnec, on a eu lieu de constater, sinon tous les signes, une partie au moins de ceux qu'il avait indiqués. Il faut donc reconnaître que la présence d'un gargouillement bien localisé dans le foie (et nous possédons les moyens de le faire avec précision) deviendrait un signe pathognomonique de la

(1) Laënnec, *Traité d'Auscult.*, t. 3, p. 534. Édit. de M. Andral.

plus haute importance. Nous insistons sur ce point, parce que jusqu'ici nous n'avons pas encore rencontré de signe qui fût digne de porter ce nom, et parce que, quelles que soient contre des symptômes de cette nature les ressources de la thérapeutique, on doit les recueillir avec soin à cause de leur valeur et de leur rareté. On peut consulter à ce sujet les quelques pages que MM. Barth et Roger lui ont consacrées dans leur excellent *Traité pratique d'auscultation* (1).

Conséquences pratiques et thérapeutiques.

Ce moyen ne sert en général qu'indirectement à la thérapeutique. Il contribue avec d'autres à préciser les points qui séparent le foie des autres organes et peut apprendre dans certaines circonstances où le bistouri, où les cautères devront être portés, quand on veut atteindre soit les parties de la plèvre situées au-devant du foie, soit les parties du foie lui-même recouvertes ou inégalement entourées par les anses intestinales. L'auscultation ici partage une partie de ces avantages avec la percussion. Toutes les fois qu'elle est appliquée concurremment avec le toucher, la pression, etc., et qu'elle fait percevoir les bruits particuliers dont nous parlerons bientôt (comme dans

(1) *Traité prat. d'auscult.*, par MM. Barth et Roger, p. 417.

ce cas, le diagnostic anatomique est positif) la thérapeutique qui en découle est très nettement indiquée. Si l'auscultation avait fait découvrir des gargouillemens, quelques-uns de ces bruits caverneux soupçonnés par Laënnec, et qui sont l'indice d'abcès larges et profonds, ou du moins de cavités spacieuses, communiquant avec les poumons ou quelques points du tube intestinal, il est une indication thérapeutique qui en découlerait immédiatement. C'est la compression de la région hépatique, afin de fermer le foyer à l'accès des gaz dont la présence ne peut qu'être très nuisible dans une excavation du foie.

Si, par le même moyen, on avait aussi reconnu l'existence de plusieurs calculs dans la vésicule biliaire, on serait immédiatement mis sur la voie d'une certaine série de moyens destinés à combattre cette affection.

En somme, l'auscultation, dans les limites où nous l'avons considérée, soit à cause de la rareté des circonstances où son application peut être faite, soit à cause de la manière indirecte dont elle s'applique aux altérations propres du foie, et dont elle en spécifie les caractères, ne donne que fort peu d'indications véritablement utiles à la thérapeutique.

§ VIII. — *Du ballottement.*

Ce mode d'exploration a été conseillé par M. Fournet (1) dans un mémoire fort étendu et destiné à diagnostiquer les tumeurs abdominales. Il est évidemment, et surtout au point de vue où nous sommes placé, très borné dans son application; car il exige pour première condition la présence dans le péritoine d'une certaine quantité de liquide épanché. Dans ce cas alors, à l'aide des déplacements rapides et des ballottemens successifs que la main ferait subir aux colonnes du liquide, on pourrait, selon l'auteur, reconnaître la forme, les limites et la consistance des tumeurs abdominales. Les bosselures et les inégalités d'un foie cancéreux, par exemple, seraient facilement appréciées à l'aide de la sensation transmise par le liquide intermédiaire. Les kystes hydatiques eux-mêmes donneraient à la main, par ce procédé, la sensation qu'on produit en frappant du doigt une poche pleine de mercure (2). M. Fournet établit longuement la différence qui existe entre ce procédé et ceux qui sont connus sous les noms de succussion, fluctuation abdominale et percussion. Nous n'avons

(1) Fournet, *Revue Médicale*, juin 1840, p. 326.

(2) Il est probable que cette sensation notée par M. Fournet n'est autre que le bruit hydatique, si singulier et si difficile à décrire.

point eu l'occasion de répéter les expériences de cet habile observateur; le ballottement, au reste, ne serait ici pour nous qu'un signe tout à fait secondaire. Ne nous occupant que des maladies du foie, et non des renseignemens que les complications environnantes peuvent apporter au diagnostic, il nous est pour ainsi dire interdit de supposer une seconde altération pour chercher à expliquer la première. Ainsi donc, sans nier des résultats que nous n'avons pas essayé de reproduire, nous pouvons établir que ce procédé, appliqué au diagnostic anatomique des affections du foie, ne peut avoir par lui-même qu'une valeur très limitée.

Conséquences pratiques et thérapeutiques.

Les raisons qui rendent l'application de ce moyen difficile pour les usages du diagnostic anatomique se reproduisent encore avec plus de force, quand il s'agit de tirer des signes incertains qu'il a donnés des notions applicables à la thérapeutique. La coexistence nécessaire d'une certaine quantité d'épanchement abdominal change immédiatement la question et limite les avantages du procédé, s'ils sont réels, au diagnostic des maladies du foie *compliquées* d'ascite. Dans ces cas néanmoins, et qui ne sont pas rares en pra-

tique, il serait à désirer qu'au début de l'épanchement abdominal chacun, dans son exploration, fût aussi habile que M. Fournet. On comprend que dans la plupart des cas le diagnostic devenant une chose facile et positive, les indications thérapeutiques en découleraient sans peine.

§ IX. — *De la fluctuation.*

La fluctuation appliquée à la recherche des affections du foie et des points spéciaux de son tissu où elle peut se rencontrer, se constate là comme dans les autres parties du corps. En général, elle ne peut être perçue que quand les collections liquides sont superficielles, ou quand, placées plus profondément, elles occupent un espace assez grand. C'est immédiatement écarter de notre étude, comme ne pouvant être signalés par la fluctuation, les abcès du foie dits métastatiques, et *de très petit volume*. MM. Piorry et Récamier ont accordé beaucoup d'importance à ce signe. Nous ne parlerons pas ici des travaux des chirurgiens. On trouvera à ce sujet dans les mémoires et prix de l'Académie de chirurgie, et dans les œuvres de Boyer (1), etc., tous les renseignemens dé-

(1) *Mém. Acad. Chir.*, tom. 2, p. 42, 49, 447. Tom. 3, 450. — Boyer, *loc. cit.*, t. 5, p. 148, t. 7, p. 550, 557, 560.

sirables relatifs à l'étude de la fluctuation dans les abcès du foie. Ici la question se présente à nous d'une manière beaucoup plus générale. La sensation d'un flot pourra être perçue par le doigt, dans plusieurs circonstances diverses. Elle indiquera alors toujours la présence d'un liquide ; mais ce liquide ne sera pas ainsi déterminé ; il pourra être indifféremment du pus, de la sérosité limpide ou chargée d'hydatides, des tubercules cancéreux ramollis, des liquides très composés venus de la poitrine ou d'un point du canal digestif, dans les cas de communication de ces cavités du foie avec les organes voisins (1).

La fluctuation pourra encore faire reconnaître des distensions énormes de la vésicule. Mais dans ces deux organes, le foie et la vésicule, la fluctuation employée seule comme moyen d'exploration n'aura qu'une valeur limitée. C'est un signe commun qu'elle n'a pas en elle-même la faculté de différencier. Ainsi les hydatides peuvent donner lieu ou non à la fluctuation (2), et le liquide signalé peut être de nature diverse. Pour être plus amplement renseigné, il faudra

(1) Consulter les observations rapportées par M. Andral, *loc. cit.*, p. 449, 455, 459, 464, 470, 474, 477, 480, 486, 488 (Abcès ouvert dans l'estomac), 492 (ouv. dans la poitrine), dans le *Précis d'anat. path.*, tom. 3, p. 601. — Louis, *loc. cit.*, p. 351. — Pepper, dans *Arch. Génér. de Méd.*, 1838, tom. 2, p. 471.

(2) Barrier, *Thèse inaug.*, p. 61 et 62.

avoir recours à d'autres signes plus ou moins pathognomiques ; car il est bien évident qu'on ne peut plus admettre aujourd'hui avec M. Cruveilhier (1) que la fluctuation est un signe positif de la collection d'un liquide séreux. M. Tarral (2) a depuis longtemps corrigé ce que cette assertion avait de trop absolu.

Conséquences pratiques et thérapeutiques.

Ce signe, quand il a été constaté, et il est un de ceux dont l'existence est généralement facile à reconnaître, suscite une importante indication thérapeutique : c'est de donner issue au liquide qui a été signalé. Nous n'avons point à nous occuper ici des divers procédés à l'aide desquels cette indication peut être remplie. Notons seulement qu'elle est précise, et qu'en même temps elle éveille dans l'esprit du médecin l'idée de l'application d'une foule d'autres remèdes locaux ou généraux destinés à combattre soit la maladie elle-même pour laquelle l'ouverture du foyer aura été pratiquée, soit la diathèse générale qui, dans quelques circonstances (kystes séreux, hydatifères), semble avoir présidé à son développement ou pouvoir donner lieu à une récurrence.

(1) *Dict. de Méd. et Chir. prat.*, t. 1, p. 208.

(2) Tarral, *Journal hebd.*, 1830. t. 7, p. 10.

§ X. — *Bruits particuliers et sensations spéciales.*

Le bruit hydraérique (hydro-pneumatique) est celui que l'on perçoit, à l'aide de la percussion, toutes les fois qu'il existe soit superficiellement, soit profondément, une collection de liquide, mélangée à des gaz. Ce bruit ne peut être observé que dans les cas d'abcès communiquant avec le poumon et l'intestin. Le bruit *humorique* est celui que l'on obtient en percutant une tumeur remplie de liquide (abcès, kystes séreux simples).

Frémissement hydatique (1), bruit hydatique, de collision (2) : cette sensation toute particulière a été signalée d'abord par MM. Briançon (3) et Piorry, puis par tous les auteurs dont, en note, nous venons de rappeler les travaux. La perception sensoriale qui en résulte semble à la fois se rapporter au doigt qui percute et à l'oreille qui écoute. « Il consiste, dit M. Piorry (4), dans une vibration, dans une oscillation très analogue à celle que font sentir au doigt qui percute le timbre d'une montre à répétition et les fauteuils

(1) Piorry, *Traité de Percus.*, pag. 32. *Traité du Diagn.*, t. 2, p. 222. — Barrier, *loc. cit.*, p. 29. — Tarral, *loc. cit.*, p. 97. — Reynaud, *Dict. de Médec.*, art. hydatide, t. 15, p. 433.

(2) Cruveilhier, *Dict. de Méd. et Chir. prat.*, 1829, t. 1^{er}, p. 208.

(3) Briançon, *Essai sur le Diagn. et le Traitement des Acéphal.*, 1828, p. 216.

(4) *Traité du Diagnost.*, p. 222.

qui contiennent des ressorts élastiques. C'est un sentiment de frémissement qui se prolonge et qui rappelle très bien au toucher et à l'ouïe les oscillations que présente à la vue la gelée de viande solidifiée qui vient à être agitée par une cause quelconque. » Ce que M. Barrier a appelé bruit hydatique et qu'il distingue du frémissement hydatique, n'est probablement que le son humorique, qui peut être perçu quand la quantité de liquide contenue dans la tumeur est assez grande. Ces deux élémens appartiennent au même phénomène.

Corrigan (1) a donné le nom de bruit de cuir neuf au frémissement ou au bruit de frottement qui est quelquefois perçu dans certaines tumeurs du foie.

Les autres bruits de craquement, de frottement ou de crépitation, indiqués par Brigh (2) et par Beatty (3) n'ont pas de rapport avec les bruits que nous étudions en ce moment et qu'on peut constater dans certaines maladies de l'enveloppe séreuse du foie.

M. Maillot (4), dans son *Traité pratique de percussion*, a parfaitement indiqué ce qu'on devait entendre par ce signe, et la manière de le produire.

(1) Du bruit de cuir neuf, *Arch. Gén. de Méd.*, t. 12, 2^e série, pag. 226.

(2) *Medic. Chir. transact.*, 9^e vol.

(3) Dublin, *Journ. of Med. and. surg. sc.*, t. 6.

(4) *Loc. cit.*, pag. 46.

Ce bruit est pathognomonique. On ne l'a jamais rencontré que dans les tumeurs hydatifères (qu'il y ait une ou plusieurs hydatides). M. Maillot et la plupart des auteurs qui se sont occupés de ce phénomène ne l'ont jamais signalé, ni pu retrouver dans aucune autre espèce de tumeur du foie. M. Barrier (1) est le seul qui mette quelques restrictions à la valeur de ce signe. Voici comment ce médecin s'exprime dans son excellente monographie : « Dans tous les cas où ce signe existe, il me paraît d'une grande valeur et de nature à laisser très peu de doutes dans l'esprit du praticien. Ce n'est pas cependant qu'il ne puisse se rencontrer dans des tumeurs autres que des kystes hydatiques. *Peut-être* les tumeurs biliaires contenant de la bile et des calculs nombreux pourraient-elles fournir une sensation analogue. Dans quelques abcès qui contiennent des brides des cloisons, on constate quelquefois des bruits et une espèce de crépitation analogues au frémissement hydatique. » On voit, néanmoins, que M. Barrier n'émet ainsi son opinion que sous une forme dubitative, et sans qu'une expérience suffisante lui ait positivement démontré la réalité de son hypothèse. Ainsi, quant à ce signe, non seulement il n'a été observé que dans les cas d'hydatides,

(1) *Loc. cit.*, pag. 67.

mais recherché avec beaucoup de soin dans toutes les autres conditions morbides de ce viscère, on n'a pu parvenir à en constater l'existence (1). On comprend que le signe appartient à tous les points de la surface du foie : il appartiendrait à la vésicule, si celle-ci devenait le siège d'hydatides. On doit ajouter à ces détails que pour la perception de ce bruit, il faut ordinairement un nombre considérable d'hydatides relativement à la quantité du liquide qui les contient, et la présence d'une faible quantité de ce dernier ; si le liquide, en effet, est trop abondant, la sensation ne peut pas être produite. Notre confrère M. Vaussin, interne des hôpitaux, a bien voulu nous communiquer une observation d'hydatides du foie, très remarquable sous le rapport du diagnostic, et dont nous donnerons une courte analyse. Le sujet de l'observa-

(1) Consulter pour la question des hydatides, et les signes extérieurs qu'on peut y signaler, M. Andral, *loc. cit.*, p. 535, 542, 544. Barrier, *loc. cit.*, p. 22. Observ. du service de M. Legroux, p. 47, 58. Observ. du service de M. Fouquier, p. 81, 83, 90. Observ. de M. Jobert (de Lamballe). Morgagni, *Lettres*, 36 p. 4. — 38, p. 42. — 40, p. 23. — 45, p. 8. — Les articles de MM. Cruveilhier et Reynaud, Tarral, Lassus. — J.-P. Frank, tom. 2, pag. 76 et 342, édition de M. Double. — Cas de kystes séreux. Hesse (Horn's, *Arch.*, oct. 1815). Hawkins (Lond. med. chir. trans. *Arch. Gén. Méd.*, t. 5, 2^e série, pag. 258.) — Mavré, *Loc. cit.*, pag. 53. Observ. de M. Fouquier. — Portal (de Palerme), *Arch. Gén. Méd.* 1842, t. 3, p. 98. — Livois, *Rech. sur les Échinocoques*. Thèse, 1843 (Observ. de Curling, Neucourt et Caron).

tion, âgé de 22 ans, était placé à l'hôpital Beaujon, dans les salles de M. Robert (décembre 1842). Il portait à la région du foie une tumeur énorme, dans laquelle il était facile de percevoir la fluctuation. Souvent et avec beaucoup d'attention on avait recherché le frémissement hydatique : ce fut en vain. M. Robert, cependant, et par voie d'exclusion étant arrivé à croire à la présence d'hydatides dans cette tumeur, se décida à l'ouvrir. Il s'en échappa un flot considérable de liquide séreux, sans hydatides, et nul autre signe ne fut signalé : 10 jours après seulement, le frémissement hydatique apparut, et à l'aide d'une canule, on put extraire un certain nombre de poches hydatiques, mais en très petit nombre. Dans cette observation on trouvait réunies les deux conditions qui s'opposent en général à la perception du frémissement, la présence de beaucoup de liquide, et peu d'hydatides relativement à la quantité de sérum dans lequel elles nageaient.

L'étude des tumeurs hydatiques est une de celles où l'on commet le plus souvent de graves erreurs de diagnostic. Nous ne citerons ici, pour exemple, que l'observation communiquée par notre compétiteur M. le docteur Burguière à M. Barrier, et insérée dans la thèse de celui-ci (pag. 70). Nous voudrions pouvoir indiquer le moyen de ne pas confondre ces

bruits appartenant aux tumeurs hydatifères du foie avec des sensations presque analogues, éprouvées, soit par les malades eux-mêmes, soit par la main de l'observateur, dans quelques cas remarquables de *pyélite calculeuse* signalés par M. Rayer (1). M. Rollet, dans sa thèse (2), a rapporté un fait emprunté à la clinique de M. le professeur Fouquier, où ce frémissement était très bien senti dans une tumeur placée à la partie antérieure du rein gauche, et qui contenait plusieurs calculs volumineux. Mais nous ferions du diagnostic différentiel; il nous suffit d'avoir signalé ce rapprochement curieux. La constatation du frémissement hydatique est donc de la plus haute importance puisque ce signe est pathognomonique, et indique une lésion toujours identique.

Conséquences pratiques et thérapeutiques.

C'est à propos de ces bruits spéciaux qu'on peut remarquer l'influence d'un diagnostic anatomique précis sur la nature du traitement qui doit être appliqué. Comme la sensation est spéciale et qu'elle signifie toujours la présence d'hydatides vivantes, la thérapeutique qui leur est convenable suit immédiatement la perception qui en a été obtenue. Le traitement, en effet, doit

(1) *Traité des malad. des reins*, t. 3, p. 23.

(2) *Dissert. sur la néphrite calcul.* 1829, p. 29.

tendre à donner issue aux vers vésiculaires dont la présence a été signalée, et à oblitérer la cavité au centre de laquelle ils se sont développés. Telle est l'indication qui se rattache immédiatement à la détermination obtenue par le diagnostic anatomique.

§ XI. — *Ponctions exploratrices.*

Dans quelques cas de tumeurs placées dans la région du foie et dont le siège ou la nature n'avaient pu être parfaitement déterminés, on avait, avant que la percussion fût bien connue, conseillé d'étudier la nature de ces tumeurs par des ponctions dites exploratrices. C'est le même procédé qu'on a quelquefois employé pour découvrir la nature de certains engorgemens du testicule, de la glande mammaire, etc., etc. On l'exécute avec une aiguille à acupuncture ou avec un trocart capillaire. Dans le premier cas, quand on suppose l'aiguille enfoncée dans la tumeur, on cherche à lui imprimer des mouvemens de latéralité; si l'aiguille cède facilement, c'est qu'elle se promène dans un liquide ou dans un tissu très ramolli : si, au contraire, elle reste immobile malgré les efforts qu'on fait pour mouvoir son extrémité inférieure, c'est qu'elle est implantée dans un tissu ferme et d'une notable densité. La ponction exploratrice, à l'aide

d'un trocart très délié, a pour but de rechercher si la tumeur est solide, ou liquide, et dans ce dernier cas, de déterminer par avance la nature du produit qu'elle contient. On plonge le trocart capillaire dans le point douteux, on retire le mandrin, et à l'aide d'une ventouse on cherche à faire pénétrer dans la canule quelques gouttes du liquide supposé. Si rien ne s'écoule, c'est qu'on a affaire à une tumeur solide; s'il s'écoule un liquide, on peut le soumettre immédiatement à l'analyse.

Si l'on excepte cette dernière source de jugement qui, dans tous les cas, a une grande valeur, mais dont l'origine n'est pas toujours sans danger, ces méthodes, suffisantes avant l'époque actuelle, n'ont plus besoin d'être pratiquées. Assurément, la percussion bien faite pourra toujours déterminer si la tumeur qu'on examine est solide ou liquide; mieux et plus rapidement que par ces procédés, elle en limitera la forme et l'étendue. Si l'exploration par le trocart capillaire devait être constamment innocente, nul doute que dans la plupart des circonstances il n'y eût utilité à se renseigner d'une manière aussi précise sur la nature du liquide contenu dans la partie fluctuante d'une tumeur; mais nul ne saurait affirmer qu'il n'y ait là la possibilité d'accidens très graves vers le péritoine; et un médecin prudent ne doit jamais s'exposer à la

chance même la plus légère d'une complication de cette nature. On sait que M. Bégin proscriit formellement cette manière d'agir.

Cette méthode d'opération par ponction ne pourrait, au reste, s'appliquer qu'à l'étude des tumeurs bien limitées au foie, de certaines tubérosités nettement déterminées, et dans lesquelles d'autres inductions étrangères au diagnostic anatomique auraient pu faire soupçonner la présence soit de pus, soit de sérosité, soit de poches hydatifères. De meilleures méthodes d'exploration doivent aujourd'hui faire renoncer à l'emploi de ces moyens. Ce procédé ne peut et ne doit jamais être appliqué à la vésicule.

Conséquences pratiques et thérapeutiques.

Considérées en elles-mêmes, et en-dehors des autres procédés à l'aide desquels on peut obtenir plus rapidement et avec moins de danger pour le malade les notions nécessaires sur la densité ou la liquidité des engorgemens du foie, les ponctions exploratrices du premier genre (par aiguilles) ne donnant que des signes communs et mal déterminés, il n'en peut découler l'indication d'aucun remède précis. Il n'en est pas de même, si à l'aide du trocart on a pu obtenir quelques gouttes d'un liquide particulier. Selon

sa nature, un traitement spécial peut être immédiatement formulé, et sous ce rapport le diagnostic anatomique a pu en être souverainement éclairé. Il est permis jusqu'à un certain point de comparer les enseignemens qui ressortent de l'examen du liquide obtenu à ceux qui naissent de l'étude des matières vomies, ou expectorées relativement aux maladies de l'estomac, ou de l'appareil respiratoire. Entre les mains de M. Récamier, ce moyen d'exploration a immédiatement et sans autre recherche, indiqué le traitement qui devait être appliqué à la maladie.

§ XII. — *Du Décubitus.*

Dans quelques circonstances données, le diagnostic anatomique, pour préciser le siège d'une tumeur douteuse, devra tirer quelques renseignemens des observations qu'il est facile de constater, en faisant coucher le malade dans diverses positions. Si le lobe droit du foie est très développé et le plus malade, le décubitus sur le côté gauche ne sera ni possible, ni durable. Il en arrive ainsi à droite quand c'est le lobe gauche (circonstance plus rare) qui a augmenté le volume. Dans les cas d'abcès volumineux du foie, les anciens avaient déjà noté la forme particulière du décubitus. Voici ce qu'on lit dans Avicenne (lib. 3,

fin. 4, tract. 3, c. 2). « *Et habentes quidem apostemata hepatis proprie calida et magna, non possunt dormire super latus dextrum: et gravat eos dormire etiam super latus sinistrum, propter tensionem apostematis ad inferiora. Immò inclinatio eorum est ad dormiendum resupina.* »

Conséquences pratiques et thérapeutiques.

Les signes tirés de ce moyen d'exploration ne donnant au diagnostic anatomique que des notions fort incomplètes, il ne peut en découler pour la thérapeutique que des indications dénuées d'efficacité. Peut-être, *a priori*, et quand on a constaté l'existence d'une tumeur volumineuse à gauche, devrait-on prescrire au malade le décubitus de ce côté; la détermination d'un engorgement énorme du côté opposé, ou de la totalité de l'organe, porterait à conseiller le décubitus sur le dos, la flexion des membres sur le bassin, et l'éloignement de la station du malade sur son séant. On préviendrait ainsi l'action du poids de la tumeur sur le diaphragme, la gêne consécutive de la respiration et de la circulation, et le tiraillement excessif ainsi que la distension des parois abdominales.

Ici s'arrête la série des moyens dont le diagnostic

anatomique a droit de disposer, pour arriver à la connaissance des maladies du foie. S'il a pu dans les circonstances variées de leur application faire soupçonner quelquefois, préciser dans d'autres la nature et l'étendue d'un grand nombre de lésions, il est facile de s'apercevoir que plusieurs d'entre elles aussi n'ont pu être signalées par lui. C'est ainsi que l'état gras, sans hypertrophie concomitante, l'état tuberculeux miliaire, l'état granuleux sans atrophie, les abcès dits métastatiques de petit volume, quelques cancers très profonds, des ramollissemens peu avancés, la mélanose de l'organe, les calculs profonds et peu volumineux, ce qu'on a appelé les ulcérations du foie, etc., toutes ces lésions en un mot, soumises aux procédés explorateurs du diagnostic anatomique, n'ont pu être tirées de l'obscurité qui les entoure. Si la médecine clinique ne disposait que d'eux seuls, elle pourrait s'en affliger, en considérant le grand nombre d'affections dont elle serait impuissante à découvrir le siège et à formuler la guérison. Mais nous n'avons pas besoin de rappeler que le travail que nous avons entrepris n'est qu'une étude incomplète sur une partie isolée elle-même du véritable diagnostic. Quoi qu'il en soit, on peut dans un court résumé voir à quels résultats elle nous a conduit. Il est bien évident que les moyens dont se sert le dia-

gnostic anatomique pour établir ses principales notions ne peuvent point tous être placés sur la même ligne d'utilité. L'inspection, le ballottement, la mensuration, le décubitus fournissent à peine quelque lumière. La palpation, le toucher, la pression, l'auscultation et les ponctions exploratrices, contribuent à préparer le diagnostic plutôt qu'à le désigner immédiatement. Les bruits particuliers et spécifiques, la fluctuation qui s'y ajoute, et joint ses indications à leur signification parfois si précise, élèvent peu à peu le diagnostic anatomique à la certitude d'un diagnostic définitif. Enfin la percussion, par la généralité de son application, par la multiplicité de ses ressources, par la rectitude de ses enseignemens, domine cette série de modes explorateurs, de toute la hauteur de sa supériorité pratique ; réunissez tous les autres moyens ensemble, interrogez avec eux l'état muet et souffrant de l'organe, ils ne sauront jamais en découvrir la cause capitale : il faut que la percussion intervienne, qu'elle dirige les autres méthodes dans leur marche et dans leur application ; et qu'en dernière analyse elle participe autant à ces indications fugitives dont les conséquences sont limitées, qu'à ces manifestations pathognomiques, dont la traduction proclame à la fois et la nature de la maladie et le remède qui doit la guérir.

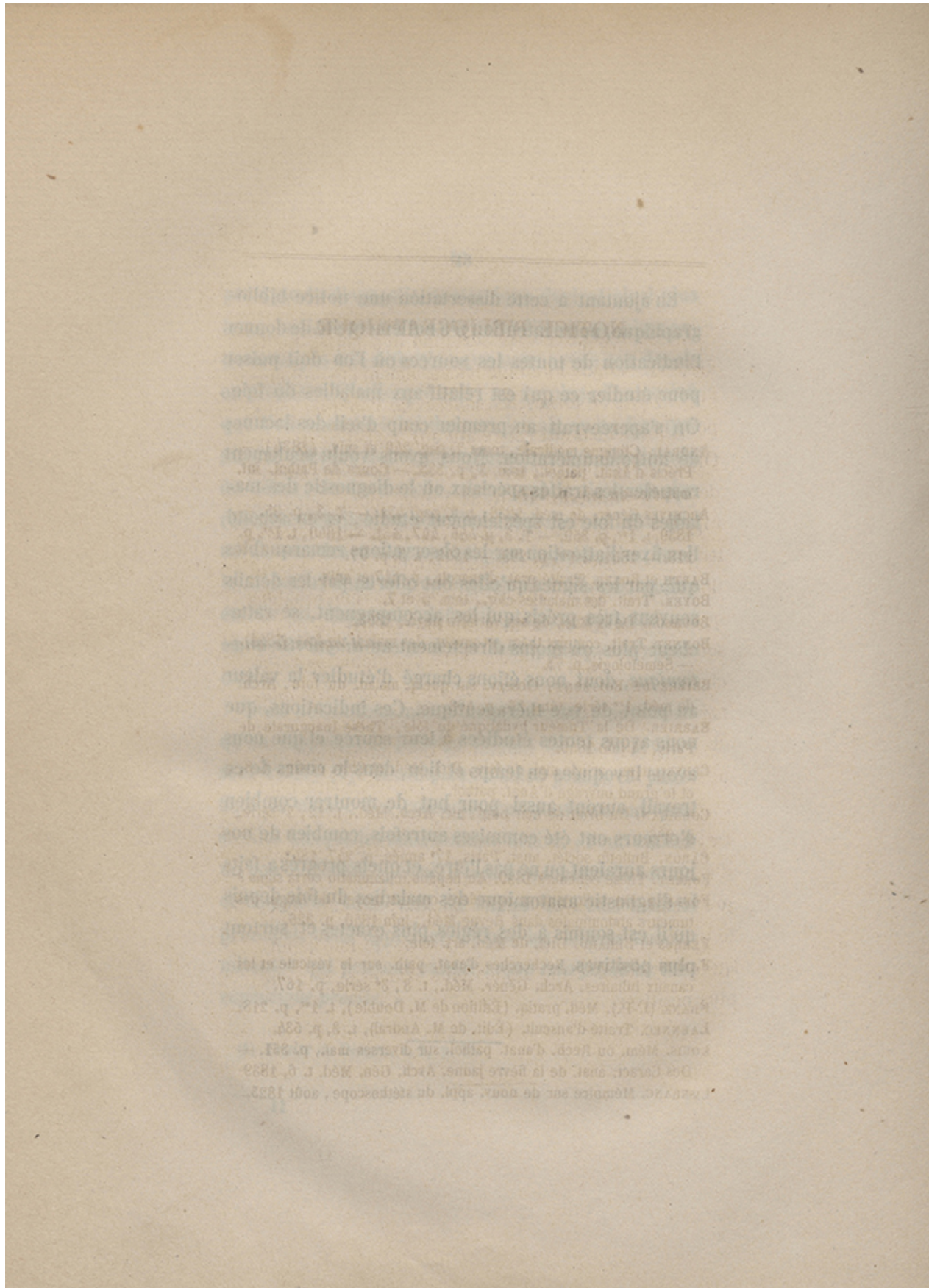
Quant à l'influence de ce diagnostic anatomique sur la thérapeutique des maladies qu'il a signalées, nous pensons qu'il serait fastidieux de retracer ici les conséquences où l'analyse exacte de tous les faits particuliers nous a mené. On se sera facilement aperçu que si l'on excepte quelques-unes des circonstances dans lesquelles le symptôme est pathognomique, et le traitement conséquemment bien déterminé, le médecin, dans sa pratique, guidé par les lumières du seul diagnostic anatomique, demeurerait souvent dans une assez grande incertitude. Nous devons cependant ajouter que, si au lieu de demander isolément à chacun des moyens dont il dispose, sa valeur, sa signification et par suite son influence sur la thérapeutique, nous unissons plusieurs ou tous ces signes à la fois, il en résulterait probablement une intelligence plus facile des phénomènes qu'il est chargé d'interpréter et de guérir. Joignez ainsi les notions que le toucher, la percussion, l'auscultation et la fluctuation sont susceptibles de révéler, et dans beaucoup de circonstances, une lésion d'abord à peine entrevue et localisée se dessinera peu à peu sous les doigts, se laissera pénétrer dans son essence, et en trahissant à l'esprit son siège et sa nature, elle indiquera comme d'elle-même le remède spécial qu'il convient de lui appliquer. Cette manière d'envisager la partie théra-

peutique du diagnostic anatomique devient ainsi plus large, mais touche à d'autres conditions qui n'appartiennent pas à la définition que nous avons cru devoir en proposer. Quelle que soit, au surplus, l'extension que l'on cherche à lui donner, jamais on ne fera que sans le secours des signes commémoratifs, de l'étude du début, de la marche, des complications et des réactions fébriles ou non d'une maladie sur l'état général, sans des notions statistiques, individuelles, etc., le médecin, dans la grande généralité des cas, puisse établir un diagnostic définitif et bien raisonné, et en tirer les élémens d'une thérapeutique d'application.

Nous ne saurions mieux terminer cette dissertation qu'en rappelant le passage suivant de M. le professeur Piorry (1). Il complètera notre pensée et justifiera la nature des conséquences peut-être un peu stériles auxquelles nous sommes arrivé. « Pour établir un bon diagnostic spécial, il faut non seulement réunir et comparer entre eux les signes de l'état maladif principal, mais apprécier encore les lésions concomitantes qui peuvent exister : *sans cela point de thérapeutique précise.* »

(1) *Traité de Diagn.*, t. 2, p. 55.

En ajoutant à cette dissertation une notice bibliographique, notre intention n'a nullement été de donner l'indication de toutes les sources où l'on doit puiser pour étudier ce qui est relatif aux maladies du foie. On s'apercevrait au premier coup d'œil des lacunes de notre énumération. Nous avons voulu seulement rappeler les traités spéciaux où le diagnostic des maladies du foie est spécialement étudié, et en second lieu fixer l'attention sur les observations remarquables qui, par les signes qu'elles ont offerts, par les détails souvent très précis qui les accompagnent, se rattachent plus ou moins directement au *diagnostic anatomique*, dont nous étions chargé d'étudier la valeur au point de vue thérapeutique. Ces indications, que nous avons toutes étudiées à leur source et que nous avons invoquées en temps et lieu, dans le cours de ce travail, auront aussi pour but de montrer combien d'erreurs ont été commises autrefois, combien de nos jours auraient pu ne pas l'être, et quels progrès a faits le diagnostic anatomique des maladies du foie depuis qu'il est soumis à des règles plus exactes et surtout plus positives.



NOTICE BIBLIOGRAPHIQUE.

- ANDRAL. Clinique médicale, tome 2, pag. 240 et suiv. (1834). — Précis d'Anat. pathol., tom. 3, p. 583. — Cours de Pathol. int. maladies du foie, p. 189.
- ARCHIVES Génér. de méd. 1838, t. 2, pag. 471. — T. 3, p. 95. — 1839, t. 1^{er}, p. 359. — T. 3, p. 445, 447, 451. — 1840, t. 1^{er}, p. 218. — 1841, t. 1^{er}, p. 229. — 1842, t. 3, p. 97.
- BARTH et ROGER. Traité prat. d'auscult., p. 417 et suiv.
- BOYER. Traité des maladies chir., tom. 5 et 7.
- BOUISSON. De la Bile, de ses Variétés phys., 1843.
- BONNET. Traité complet théor. et pratiq. des malad. du foie (1841). — Semeïologie, p. 73.
- BRIÈRE DE BOISMONT. Observ. sur quelq. malad. du foie, Arch. de méd. 1^{re} série, tom. 16, p. 408.
- BARRIER. De la Tumeur hydatique du foie, Thèse Inaugurale de Paris, 24 juin 1840.
- CRUVEILHIER. article mal. du foie, Dict. Méd. et Chir. pratiq., t. 8, et le grand ouvrage d'Anat. pathol.
- CORRIGAN. Du bruit de cuir neuf, etc. Arch. Méd., t. 12, 2^e série, p. 226.
- CARON. Bulletin sociét. anat. Paris, 17^e année, p. 247, 1842.
- FORCET. Thèse concours 1829. An hepatis inflammatio certa signa?
- FOURNET. Du ballonnement considéré comme moyen de diagn. des tumeurs abdominales dans Revue Méd., juin 1840, p. 326.
- FERRUS et BÉRARD. Dict. de Méd. art. foie.
- FARDEL (Durand). Recherches d'anat. path. sur la vésicule et les canaux biliaires. Arch. Génér. Méd., t. 8, 3^e série, p. 167.
- FRANK (J.-P.). Méd. pratiq. (Édition de M. Double), t. 1^{er}, p. 218.
- LAENNEC. Traité d'auscult. (Édit. de M. Andral), t. 3, p. 534.
- LOUIS. Mém. ou Rech. d'anat. pathol. sur diverses mal., p. 351. — Des Caract. anat. de la fièvre jaune. Arch. Gén. Méd. t. 6, 1839.
- LISFRANC. Mémoire sur de nouv. appl. du stéthoscope, août 1823.

- LIVOIS. Recherches sur les Échinocoques. Thèse. Paris 1843.
 LASSUS. Journ. de Corvisart, an 9, t. 1^{er}.
 MAILLOT. Traité pratiq. de Percussion, 1843, p. 201 et suiv.
 MAVRÉ. Dissert. sur les sign. physiq., etc. Th. Paris, n° 277, 1830, 31 août.
 MONNERET et FLEURY. Compendium de Médecine, t. 4, 67 et suiv.
 MÉMOIRES ACADÉM. Chir. (Édit. 1819, in-8°), tom. 1, 2, 3.
 PIORRY. Traité de la Percussion. Malad. du foie, p. 189 et suiv. —
 —Traité du Diagnostic, tom. 2, pag. 198 et suiv. — Et Lhéritier.
 —Traité des altérations du sang. 1840. Article Colihémie.
 PRIX DE L'ACAD. DE CH. (Édit. 1819, in-8°), t. 4, 1^{re} partie.
 RACIBORSKI. Nouveau Manuel d'Auscultat. et de Percussion, 1835, p. 215 et suiv.
 REQUIN. Élémt. de pathol. méd. 1843, t. 1^{er}, p. 198.
 REYNAUD. Art. hydatide. Dict. de méd. t. 15, p. 433.
 TABRAL. Rech. propres à éclairer le Diagn. de diverses maladies, journal hebdomad. de méd. 1830, t. 7, p. 97.
 VAN SWIETEN. Commentaria, t. 3, p. 81. Édit. in-4°.