

sement et la cachexie (tels le cancer du foie, les cirrhoses veineuses), celles qui sont compatibles avec une longue survie, peuvent entraîner, comme la cirrhose hypertrophique biliaire des enfants, comme la cirrhose cardio-tuberculeuse, un *arrêt de développement*, plus ou moins considérable qui va parfois jusqu'au *nanisme* et à l'*infantilisme*. Inversement, il est des sujets dont l'affection hépatique semble avoir stimulé le développement (*gigantisme biliaire*).

On voit combien sont nombreux et variés les symptômes qui traduisent les affections du foie. Encore cette énumération est-elle incomplète. Elle montre que l'examen d'un hépatique ne doit pas se borner à la recherche des symptômes directement sous la dépendance du foie malade; c'est par l'examen de tous les organes, c'est par un interrogatoire attentif fouillant avec soin les antécédents personnels et familiaux, c'est par l'analyse des divers symptômes ainsi relevés que l'on peut d'une part reconnaître les affections latentes du foie et des voies biliaires, d'autre part saisir exactement le mode de production des divers symptômes et ainsi agir sur eux par un traitement approprié, visant tantôt la cholémie ou le trouble fonctionnel hépatique, tantôt l'hypertension portale, tantôt encore la toxi-infection causale.

P. LEREBoullet.

FOIE (ABCÈS). — Parmi les abcès du foie on distingue, depuis Budd, deux variétés : les *petits abcès*, en général multiples, complications d'affections hépatiques antérieures ou de maladies générales, sans autonomie clinique bien nette, de pronostic grave, inaccessibles à une thérapeutique active; les *gros abcès*, souvent uniques, et ayant des caractères étiologiques anatomiques et cliniques qui en font une affection à part, justiciable souvent d'un traitement chirurgical (V. plus loin).

Cette division, qui mérite d'être conservée, nous permettra d'être très bref sur les petits abcès dont l'histoire est déjà faite en partie dans d'autres chapitres (V. ANGIOCHOLITE, LITHIASE BILIAIRE, etc.).

Petits abcès du foie. — Très variables de nombre et de volume les petits abcès du foie ont une *étiologie* très variée.

Tantôt ils s'observent au cours des grandes maladies infectieuses et particulièrement des maladies septicémiques (variolo, fièvre typhoïde, pneumonie, endocardite infectante, septicémie puerpérale, etc.). Ils sont dus alors à des germes variés apportés par l'artère hépatique, ou plus rarement par la veine sus-hépatique en sens inverse du courant sanguin (notamment lors d'infection puerpérale, Vidal).

Tantôt ils surviennent à la suite de maladies de l'intestin, et surtout de l'appendicite, constituant une des variétés du *foie appendiculaire* (Dieulafoy). Ils ont alors pour origine des germes qui ont emprunté la voie portale; de tels abcès surviennent parfois au décours de la fièvre typhoïde.

Dans un troisième ordre de faits, les petits abcès s'observent au cours de maladies biliaires diverses (lithiase biliaire, cirrhose biliaire, etc.) et sont le fait de l'angiocholite suppurée (v. c. m.).

Qu'ils soient d'origine veineuse, artérielle ou biliaire, les petits abcès du foie se traduisent par des *symptômes* généraux et locaux, ordinairement insuffisants pour permettre d'en affirmer la présence, les maladies causales pouvant

à elles seules entraîner la plupart d'entre eux. Il s'agit le plus souvent de malades présentant d'une part des *symptômes de pyémie* (fièvre à grands accès avec frissons et sueurs, teint terreux, amaigrissement rapide); d'autre part, des *troubles hépatiques* caractérisés par de la douleur spontanée et provoquée, plus souvent diffuse que localisée en un point de l'organe, accompagnée d'une hypertrophie hépatique variable; souvent un léger ictère peut s'observer. Puis rapidement, l'état général décline, et la mort survient dans l'adynamie.

Les abcès multiples du foie passent facilement inaperçus, la maladie causale étant souvent seule reconnue. Leur *diagnostic* ne doit être posé que sous réserves, et lorsqu'il s'agit d'angiocholite suppurée on peut tenter une intervention chirurgicale, qui demeure incomplète s'il s'agit de petits abcès angiocholiques multiples, qui au contraire a des chances de succès si le drainage des voies biliaires peut être pratiqué avant que la suppuration intra-hépatique soit réalisée. Il y a même des opérations de cette nature qui, restées purement exploratrices en raison de la constatation d'abcès miliaires du foie, ont été suivies de guérison (Delbet). Si exceptionnels que soient de tels faits, ils montrent que le *pronostic* peut ne pas être constamment fatal, bien que l'absence de ressources thérapeutiques le rendent ici beaucoup plus grave que lors d'abcès volumineux comme l'abcès dysentérique. P. LEREBoullet.

FOIE (GRANDS ABCÈS). — Comme l'avait indiqué Budd dès 1845, la suppuration du foie revêt deux modalités principales. L'une a pour caractéristique la petitesse et la multiplicité des foyers, elle échappe à tout traitement opératoire direct. L'autre correspond, au contraire, à des collections volumineuses et partant justiciables d'une intervention chirurgicale; elle doit seule retenir ici notre attention.

Etiologie. — L'hépatite localisée, dont la fonte purulente donne naissance aux grands abcès du foie, comporte une étiologie assez complexe.

La *cause déterminante* en est toujours l'*infection*, c'est-à-dire l'introduction et le développement en un point de la glande d'organismes pathogènes : microbes ordinaires de la suppuration ou microbes accidentellement pyogènes. Mais cette infection est susceptible de se réaliser dans trois conditions pathogéniques différentes, qui créent autant de grandes classes d'abcès du foie : abcès d'*origine traumatique*, abcès *dits métastatiques*, abcès consécutifs à l'*hépatite des pays chauds*.

a) L'*hépatite suppurée traumatique* est ordinairement la conséquence d'une *plaie du foie*, *infectée directement* par l'agent vulnérant. Par un mécanisme identique, certains *corps étrangers*, calculs ou parasites qui ont pénétré par les voies biliaires, corps inertes qui, partis des voies digestives, ont cheminé de proche en proche au travers des parois stomacales ou intestinales et du tissu hépatique, peuvent être le point de départ de grands abcès. Beaucoup plus rarement enfin, l'hépatite suppurée succède à la *rupture du foie*; la condition nécessaire à sa production est alors l'*infection indirecte* du foyer contus par des microbes sortis des vaisseaux sanguins ouverts ou, beaucoup plus souvent, des canaux biliaires rompus.

b) Les abcès qu'on appelait autrefois *métastatiques* sont aujourd'hui d'une assez grande rareté, bien qu'ils puissent avoir des origines multiples : *plaie*

suppurée de siège quelconque, et l'on connaît bien le triste privilège des plaies de tête à cet égard; *affections ulcéreuses de la muqueuse digestive*, ulcérations gastriques, ulcérations typhiques, typhlite et appendicite, hémorroïdes enflammées ou suppurées; *suppurations pelviennes*, salpingites et pelvi-péritonites. Dans tous ces cas, l'infection est indirecte, mais elle se fait par des voies différentes: *voie artérielle* lorsqu'elle a pour point de départ une plaie externe quelconque; *voie veineuse porte* quand la lésion causale occupe un point du vaste territoire de la circulation portale.

c) L'hépatite suppurée des pays chauds est de beaucoup la cause la plus fréquente des grandes collections purulentes intra-hépatiques.

Certaines conditions adjuvantes favorisent son apparition. Quelques-unes sont d'ordre climatologique, et l'on connaît depuis longtemps l'influence des chaudes températures et la grande fréquence de l'affection, à des degrés variables d'ailleurs, dans la zone intertropicale. L'humidité de l'air, le faible degré d'altitude et surtout les variations brusques de température sont aussi des conditions favorables à son éclosion.

D'autres causes prédisposantes sont d'ordre individuel et tiennent soit à la réceptivité des sujets, soit aux conditions hygiéniques dans lesquelles ils se trouvent placés. L'âge joue un rôle certain: les jeunes enfants restent indemnes; la prédisposition commence à la puberté, s'accroît de 15 à 20 ans, passe par son maximum entre 25 et 55 et décroît peu à peu; les abcès sont rares après 60 ans. L'influence du sexe est douteuse, et, si les hommes sont beaucoup plus souvent frappés que les femmes, cela tient surtout aux travaux plus rudes qu'ils accomplissent et aussi à leurs excès plus fréquents. L'influence de la race est également discutable, et s'il semble à première vue que les Européens, surtout les arrivants, payent à la maladie un tribut plus lourd que les indigènes, il n'y a peut-être là qu'une apparence; la réceptivité toute spéciale de la race blanche tiendrait avant tout à son hygiène déficiente et à son intempérance. L'alcoolisme, en effet, et les excès de nourriture, ou inversement la nutrition insuffisante, le surmenage, les passions déprimantes, le refroidissement brusque et l'impression de froid humide ont, à ce point de vue, les plus néfastes conséquences.

Il est enfin une affection intestinale, fort commune aussi dans les pays chauds, dont les relations avec l'hépatite suppurée sont extrêmement intimes, c'est la dysenterie. Soupçonné depuis longtemps, le fait a été bien mis en lumière par les longues et minutieuses recherches de Kelsh et Kiener. Ils ont fait ressortir avec une évidence éclatante la frappante coïncidence qui existe entre la distribution géographique des deux affections et l'extrême fréquence (plus de 75 pour 100 des cas) avec laquelle on constate leur coexistence chez le même malade. Ces relations intimes se comprennent d'ordinaire aisément. La dysenterie, en effet, précède le plus souvent l'hépatite, et comme elle donne lieu à des ulcérations intestinales plus ou moins septiques et gangreneuses, l'infection trouve à leur niveau son point de départ et dans la circulation porte la voie qui la conduit jusqu'au foie. Dans les cas rares où l'hépatite paraît primitive, l'interprétation est plus difficile; on a supposé alors, et c'est l'opinion qu'a soutenue Dutroulau, que dysenterie et hépatite dépendaient d'une même cause originelle, laquelle pouvait exercer son influence sur l'intestin ou sur la glande

hépatique, suivant les prédispositions individuelles. Mais il est plus simple d'admettre qu'au niveau de l'intestin ont évolué sans fracas et disparu rapidement des lésions qui, quoique minimes, ont permis la pénétration de l'agent infectieux dans la circulation porte et son transport jusqu'au foie (V. DYSENTERIE).

Les espèces microbiennes rencontrées dans les abcès du foie présentent une grande variété. Ce sont, tout d'abord, les agents ordinaires des suppurations, streptocoque, staphylocoques doré et blanc; c'est ensuite le coli-bacille, hôte habituel de l'intestin, le bacille d'Éberth, le bacille pyogène fétide; à maintes reprises aussi, on a signalé, soit à l'état isolé, soit associée aux microbes des suppurations banales, l'amœba coli, dont tous les arguments invoqués par Kartulis et Vasse n'ont pu faire admettre le rôle pathogénique dans la dysenterie.

Il y a enfin des abcès du foie stériles; ce sont d'ordinaire des abcès anciens. Comme on admet, en principe, qu'il n'y a pas de suppuration hépatique possible sans microbes, on s'est demandé par quel mécanisme ceux-ci avaient pu disparaître. Quelques auteurs ont supposé qu'une invasion accidentelle de bile les avait tués, mais il est reconnu aujourd'hui que la bile, loin d'être bactéricide, constitue un excellent milieu de culture. D'un autre côté, ceux qui ont eu affaire à des abcès amibiens n'ont pas été loin d'attribuer à ces protozoaires un rôle phagocytaire. Il est beaucoup plus probable que là, comme dans certaines salpingites, les microbes disparaissent à mesure que la collection purulente avance en âge. Le contenu de l'abcès perd seul d'abord sa virulence, tandis que ses parois contiennent encore durant un certain temps des organismes vivants, susceptibles de donner des cultures; puis, à un stade plus avancé, les micro-organismes disparaissent en tous les points.

Lésions. — Les caractères anatomo-pathologiques des grands abcès du foie varient avec la cause qui les détermine.

Les collections suppurées traumatiques siègent d'ordinaire sur la face convexe. Elles sont constituées par un mélange de pus, de sang, de bile, de débris glandulaires contenu dans des cavités irrégulières, anfractueuses et mal limitées.

L'hépatite suppurée des pays chauds ne provoque point toujours des lésions identiques, et l'on a coutume de distinguer, à ce point de vue, deux variétés de faits (Kelsh et Kiener).

a) En premier lieu, les abcès phlegmoneux, de beaucoup les plus fréquents et qui répondent au type classique des grands abcès.

Le nombre en est toujours fort restreint, le plus souvent même, 2 fois sur 3 d'après certaines statistiques, 3 fois sur 4 suivant d'autres, les abcès sont uniques. Ils ne siègent pas indifféremment en tous les points de l'organe; 80 pour 100 d'entre eux (Corre) occupent le lobe droit, les autres le lobe gauche, quant au lobe de Spigel, il n'est qu'exceptionnellement envahi. De plus, le foyer initial de l'abcès est habituellement central, si bien que la forme du viscère n'est guère modifiée au début. C'est seulement lorsque la cavité contient 200 gr. de pus environ, qu'au dire de Rouis, la déformation et l'augmentation de volume deviennent appréciables. Par la suite, lorsque la collection gagne les couches corticales, les modifications dans la forme du foie s'accroissent très nettement, soit que l'un des lobes se transforme en une masse sphérique très

volumineuse, soit que l'abcès bombe sur l'une des faces, à la manière d'une mamelle (Segond).

Les *dimensions* habituelles des abcès phlegmoneux sont celles d'une grosse orange; mais on en rencontre fréquemment qui ont le volume d'une tête d'enfant et il y en a de beaucoup plus gros. Leur *contenance* moyenne oscille entre 400 et 500 gr.; mais, dans certains faits exceptionnels, elle a pu atteindre 2, 3, 4 et même 8 litres (Lavigerie). D'ailleurs, l'abcès une fois évacué, le foie revient rapidement sur lui-même et la cavité diminue considérablement.

L'*aspect général* et la *forme* des abcès varient avec leur âge. Tout au début, à la période pré-suppurative, le noyau d'hépatite se distingue déjà assez aisément et la portion de tissu qui doit suppurer tranche par sa couleur grise sur la zone rouge et congestionnée qui l'avoisine. La consistance en est faible, le doigt s'y enfonce aisément et la pression fait sourdre à son niveau des gouttelettes de pus. Le contour de cet « abcès nécrosique » (Bertrand et Fontan) est irrégulièrement festonné.

Lorsque la suppuration commence, une cavité se produit au centre de la masse nécrosée, faite de loges inégales et anfractueuses, d'aspect caverneux; des lambeaux de tissu hépatique imparfaitement détruit flottent à son intérieur et souvent elle est traversée par des vaisseaux ou des travées conjonctives qui, plus résistants que les cellules glandulaires, ont échappé à la fonte purulente. La paroi elle-même est tomenteuse, ramollie et infiltrée de pus. Plus tard elle se déterge, se nettoie des produits nécrosiques, devient presque régulière; la cavité prend une forme sphérique et, si elle présente des diverticules, ceux-ci sont arrondis, lisses et réguliers.

Le *contenu* d'un abcès circonscrit et sans rapport aucun avec les organes du voisinage est d'ordinaire du pus épais, crémeux et légèrement verdâtre; il prend une coloration jaune verdâtre si l'ulcération des canaux biliaires permet à la bile de se déverser dans la poche, et une teinte rouge lie de vin sanguinolente lorsqu'une certaine quantité de sang s'épanche dans la cavité. Au dire de Rendu, cette dernière teinte s'observerait surtout lorsque la cavité de l'abcès communique avec les bronches. L'odeur du pus, stercorale lorsqu'il y a simple contact de l'abcès et du côlon, devient véritablement fétide, sous l'influence des saprophytes, si l'abcès s'est ouvert dans l'intestin ou dans les bronches.

Tout *autour de l'abcès*, le tissu hépatique d'abord fortement rouge et congestionné, s'indure à la longue et se montre parfois rempli d'abcès miliaires. Les vaisseaux y sont atteints de phlébite adhésive et les conduits biliaires s'y oblitèrent par épaissement de leurs cellules endothéliales. Le péritoine, lorsque l'abcès s'en rapproche et devient superficiel, réagit souvent mais non de façon constante. Des adhérences se forment qui limitent parfois des poches suppurées indépendantes ou non de la collection hépatique et préparent toujours son ouverture vers la paroi, la plèvre ou les organes creux de l'abdomen.

De pareils abcès sont-ils susceptibles de régression et de guérison spontanée sans évacuation? Cela est fort contestable. Bertrand et Fontan l'affirment cependant, en se basant sur la présence fréquente, dans le foie de sujets ayant séjourné longtemps dans les pays chauds, de cicatrices étoilées, fibreuses, contenant parfois dans leur épaisseur de petits foyers caséux jaunâtres.

Au point de vue histologique « il s'agit dans tous les cas d'une hépatite interstitielle, s'attaquant à la charpente de l'organe, détruisant secondairement seulement l'élément noble, la cellule hépatique » (Schwartz).

b) Les *abcès fibreux* de Kelsch et Kiener sont de petites collections multiples, dont le nombre varie de 3 à 12 et le volume de celui d'une noisette à celui d'un œuf de pigeon. Ils se présentent sous forme de nodosités sphéroïdales blanchâtres, de consistance ferme et ramollies seulement à leur centre. Le pus y est sirupeux et demi-concret. La paroi anfractueuse offre une coloration rouge sombre à sa périphérie et grisâtre dans ses parties centrales; à la coupe, elle est dure et coriace. Chacune de ces collections paraît comme enkystée dans des couches de tissu fibreux stratifié, et, à cause même de cet encapsulement que Kelsch dit primitif mais qu'il faut beaucoup plutôt considérer comme le résultat d'un processus inflammatoire chronique, elle est susceptible, sinon de se résorber, au moins de passer à l'état de véritable corps étranger isolé en plein tissu de cicatrice et devenu comme indifférent.

Symptômes. — L'*hépatite suppurée traumatique* révèle d'ordinaire son apparition par des signes cliniques très caractéristiques. La douleur qu'avait provoquée le traumatisme s'accroît au lieu de disparaître et rapidement le foie augmente de volume; la fièvre s'allume, continue avec un peu de rémission le matin; la peau prend une teinte subictérique, les urines se colorent; bientôt surviennent des phénomènes typhoïdes auxquels d'ordinaire la mort vient rapidement mettre un terme.

— Les *abcès tropicaux* se présentent, au contraire, sous des aspects extrêmement divers; on peut toutefois, en groupant les faits, décrire avec Bertrand et Fontan, quatre variétés essentielles.

a) Les *hépatites suppurées typiques*, les plus fréquentes, ont des caractères cliniques assez nets.

Le plus marquant des symptômes fonctionnels est la *douleur*. Elle revêt deux modalités différentes qui correspondent à deux localisations distinctes du processus inflammatoire. C'est d'abord une sensation de poids, de tension, siégeant sous les fausses côtes, qui traduit l'atteinte du parenchyme glandulaire; c'est ensuite une douleur extrêmement intense, au point parfois d'arracher des cris et d'empêcher tout sommeil. Elle a pour cause l'invasion de la capsule de Glisson et du péritoine; et, lorsqu'elle survient, elle provoque la dyspnée et le malade, pour en diminuer la violence, tente par la flexion des cuisses et le décubitus latéral droit de relâcher au maximum ses muscles abdominaux.

Quelle qu'en soit la forme, la douleur ou *point de côté hépatique* siège dans l'hypochondre droit; elle irradie vers le sternum, les lombes, le sacrum et la crête iliaque, mais surtout vers l'épaule droite, d'où elle peut gagner le bras et la main, le cou et la région claviculaire. Il semble, d'ailleurs, que cette irradiation de la douleur vers l'épaule droite soit en rapport avec la localisation de la lésion à la face convexe; et l'on a attribué sa production à l'irritation des filets de la quatrième paire cervicale qui accompagnent le nerf phrénique dans son territoire d'innervation hépatique.

Bertrand et Fontan ont signalé la possibilité de « douleurs en bretelle », étendues du foie à la région sus-claviculaire, « semblant brider verticalement

la face antérieure de l'hémithorax » et comparées par les malades « à la sensation que procure une bretelle trop serrée ».

La *dyspnée*, conséquence de la douleur, du refoulement du poumon droit par le foie, de la périhépatite sous-diaphragmatique se retrouve dans nombre d'observations; elle va de la simple gêne respiratoire à l'anhélation véritable et même à l'angoisse.

La *toux sèche*, quinteuse, dont Budd a fait un symptôme de haute valeur, a souvent une origine réflexe et provient alors uniquement de l'irritation causée par la lésion hépatique; la congestion pulmonaire ou la pleurésie concomitantes peuvent pourtant aussi la produire.

Les *troubles gastro-intestinaux*, prédominants au début de l'hépatite, s'atténuent, en général, avec la formation du pus. L'inappétence reste pourtant marquée, la langue sèche et saburrale. La constipation est la règle dans l'hépatite primitive; dans l'hépatite greffée sur une dysenterie en évolution, les selles spéciales deviennent rares et sont remplacées par des selles diarrhéiques.

L'*ictère* est un phénomène exceptionnel qu'on observe dans les seules hépatites à marche rapide.

Durant les premières périodes de l'affection, les signes physiques sont fort peu appréciables. Lorsque l'augmentation de volume du foie est devenue suffisante, elle se manifeste par ses signes habituels: l'*inspection* fait constater une ampliation générale de tout le côté droit avec redressement des côtes et élargissement des espaces intercostaux, et parfois une voussure plus circonscrite correspondant à la saillie de l'abcès lui-même; la *palpation* montre le foie débordant les fausses côtes, apprécie sa consistance et, à une période très avancée de la maladie, perçoit parfois une fluctuation manifeste qui coïncide avec de l'œdème de la paroi; la *percussion*, en délimitant la matité hépatique, permet de déterminer si l'abcès bombe vers le thorax ou vers l'abdomen. L'*auscultation* (et aussi un peu la palpation) fait entendre au niveau de l'hypochondre le *frottement périhépatique*, auquel Bertrand reconnaît une grosse valeur. C'est, dit-il, un bruit de cuir neuf, dont le maximum siège le plus souvent au niveau du septième ou du huitième espace intercostal, sur la ligne axillaire antérieure et qu'il faut rapporter à une inflammation péritonéale circonscrite qui altère la surface séreuse, mais laisse le foie et la paroi mobiles l'un sur l'autre.

Parmi les symptômes généraux, le plus important est la fièvre. « Elle revêt d'ordinaire le type quotidien. Elle est le plus souvent vespérale dans son apparition; généralement élevée dans son degré thermique (40° à 41°) et violente dans son accès, lequel revêt la forme classique de l'accès palustre le plus franc; chronique dans sa marche, avec des rémissions prolongées et de brusques réveils; grave dans son pronostic, et rebelle à la thérapeutique médicale. » (Segond.)

La marche des hépatites suppurées typiques permet de les classer, avec Rendu, en trois formes principales. La *forme aiguë*, la plus rare, débute par des phénomènes généraux intenses, une douleur hépatique violente, de la dyspnée, de l'ictère; le foie augmente rapidement de volume. Au bout de quelques jours, une détente se produit qui annonce la suppuration. La *forme subaiguë*, plus

fréquente, est caractérisée par une moindre gravité des symptômes, une plus longue durée de la période pré-suppurative. Dans la *forme chronique* enfin, qui frappe presque toujours de vieux dysentériques, des troubles vagues, fatigue générale, anorexie, insomnie, auxquels se joignent de l'amaigrissement, une teinte subictérique, existent seuls jusqu'au jour, souvent très tardif, où l'abcès du foie, depuis longtemps collecté, signale son existence par des accidents graves.

b) L'*hépatite fruste* détermine exclusivement soit des symptômes généraux, soit des symptômes locaux. Dans le premier cas, sans que la glande hépatique semble modifiée, le malade dépérit progressivement au milieu d'accès de fièvre intermittente ou rémittente; dans le second on trouve un foie gros, douloureux à la pression sans aucun retentissement sur l'état général.

c) L'*hépatite larvée* a une allure plus trompeuse encore, parce que son évolution est traversée par les manifestations morbides d'une autre affection, péritonite, dysenterie, fièvre typhoïde.

d) Enfin, l'*hépatite latente* a une évolution si sourde « et provoque si peu de réaction locale et générale que les malades continuent à vaquer à leurs occupations et ne se plaignent de rien jusqu'au jour où une déhiscence de l'abcès dans une cavité viscérale ou séreuse produit un cataclysme » (Schwartz).

Évolution. — L'abcès une fois constitué, quelle est son évolution?

En premier lieu, il serait susceptible de *guérir* complètement; et certaines observations, où l'on a vu la guérison survenir après disparition d'une tumeur manifestement fluctuante, ainsi que la constatation posthume de cicatrices étoilées dans le foie, semblent confirmer cette hypothèse; mais, comme il est toujours possible d'interpréter ces faits par l'évacuation spontanée du pus au travers des voies biliaires, la question reste douteuse.

Une seconde terminaison possible de l'abcès est sa transformation en *abcès résiduel* de Paget, c'est-à-dire en un amas de matière caséuse, parfaitement enkystée, jaune, onctueuse ou dure et comme desséchée, formée de globules blancs dégénérés. Mais, au dire de Bertrand et Fontan, ces foyers peuvent redevenir virulents et être le point de départ de nouvelles suppurations hépatiques chez des sujets ayant, depuis longtemps déjà, quitté les pays tropicaux. C'est ce que Barthélemy a appelé l'*abcès tropical posthume*.

La *mort* par infection purulente ou putride, alors que l'abcès n'a pas encore franchi les limites du foie, est une autre éventualité malheureusement trop fréquente, 56 pour 100 des cas, d'après Rouis.

Enfin, l'abcès peut, à la longue, *émigrer*, suivant certaines directions déterminées, et *s'ouvrir* dans les organes du voisinage.

a) La *migration sus-diaphragmatique* aboutit à l'ouverture dans le poumon et les bronches, dans la plèvre et dans le péricarde.

L'ouverture dans le *poumon et les bronches*, la plus fréquente de toutes, est toujours précédée d'une poussée de pleurésie adhésive qui soude les deux feuillets de la séreuse pleurale, au niveau du diaphragme. Le pus se trace un chemin dans le poumon; il s'y creuse même parfois une poche où il s'enkyste et qui communique avec l'abcès hépatique par un orifice de dimensions variables; mais, le plus souvent, il ulcère une grosse bronche, si bien qu'une vomique se produit. Le malade rejette alors, dans une quinte de toux, une quantité plus ou

moins considérable de pus ayant tous les caractères du pus hépatique. L'évacuation est rarement totale; l'abondance en est telle alors que le malade suffoque et meurt parfois, asphyxié. Le plus souvent l'évacuation se fait progressivement, les quintes de toux se succèdent, ramenant chaque fois des crachats formés par un mélange de pus et de sang. Dans les deux cas, la bile peut se mélanger au pus, et le malade accuse une sensation d'amertume avec fétidité spéciale de l'haleine (Rendu). La migration bronchique aboutit quelquefois à une guérison assez rapide; elle entraîne le plus souvent la persistance d'une fistule biliaire hépato-bronchique et des phénomènes d'hecticité dont l'aboutissant est la cachexie lente et la mort, à moins qu'une complication intercurrente, comme l'hémoptysie foudroyante, ne précipite le dénouement.

L'ouverture dans la *plèvre* peut affecter trois modalités principales: irruption brusque du pus et pleurésie suraiguë, mortelle en quelques heures; pleurésie généralisée à marche insidieuse; abcès pleural enkysté, qui n'est d'ailleurs qu'une étape dans la migration du pus: celui-ci se fait jour ultérieurement dans les bronches, et le clapier pleural, si le chirurgien n'intervient pas, devient en général le point de départ des phénomènes septiques les plus graves (Segond).

L'envahissement du *péricarde*, fort exceptionnel du reste, cause très vite la mort par syncope.

b) La *migration sous-diaphragmatique* conduit à l'ouverture dans le péritoine, le tube digestif, l'appareil urinaire et la veine cave.

La *déhiscence intra-péritonéale* n'est possible que lorsque les adhérences sont nulles ou insuffisantes au point où la capsule de Glisson et la séreuse viscérale cèdent sous la poussée du pus. Comme au niveau de la plèvre, les accidents sont loin d'avoir toujours la même gravité, ce qui tient fort probablement à la virulence variable du pus hépatique. Tantôt se produit une péritonite généralisée, qui tue le malade en quelques jours; tantôt c'est une péritonite latente qu'on reconnaît seulement à l'autopsie; parfois enfin, des adhérences préalables limitent l'épanchement, une poche purulente se forme, susceptible de s'ouvrir à son tour dans un viscère. Le pronostic immédiat est alors moins grave, mais, bien souvent, il se fait dans ces poches enkystées et fistuleuses des accidents de septicémie lente, presque fatalement mortels.

L'ouverture dans le *tube digestif* (côlon transverse, intestin grêle et estomac), l'une des moins défavorables, est d'une fréquence qu'il est bien difficile d'apprécier, car, en dehors d'une exacerbation des douleurs brusquement suivie d'une détente, la constatation du pus dans les vomissements et surtout dans les selles en est le seul signe pathognomonique, et sa présence passe bien souvent inaperçue. L'évacuation dans le côlon peut amener une guérison complète; celle qui se fait dans l'estomac a un pronostic plus sévère. Dans tous les cas, si l'orifice de communication ne permet pas une évacuation complète et facile, il se produit des accidents de septicémie et une terminaison fatale.

La rupture dans les *voies biliaires* ne saurait être diagnostiquée sur le vivant; l'ouverture dans le *rein* ou le *bassin* droit, dans la *veine cave* ou la *veine porte* est restée jusqu'ici une trouvaille d'autopsie.

c) La *migration cutanée*, déjà si rare autrefois que beaucoup d'auteurs n'en parlent point, l'est devenue plus encore depuis que le traitement chirur-

gical des abcès se fait de façon précoce. Elle est, en effet, l'aboutissant de lésions complexes et anciennes auxquelles est associé un état cachectique avancé. L'ouverture à la peau siège dans la région hépatique elle-même, ou dans des régions plus ou moins éloignées: fosse lombaire, ombilic, pli de l'aîne, hanche, aisselle et même partie interne de la cuisse (Peyrot).

Diagnostic. — Le diagnostic des grands abcès du foie est fort aisé pour les formes franches et lorsque la maladie se développe dans les pays où elle est endémique; il se hérisse de difficultés parfois insurmontables quand l'affection prend une marche insidieuse ou revêt des formes anormales. C'est alors que toutes les erreurs sont possibles.

Le voisinage de la plèvre où les épanchements purulents sont si fréquents explique, lorsqu'il s'agit d'un abcès à évolution supérieure, une bonne partie d'entre elles, et il est singulièrement facile de confondre une *pleurésie diaphragmatique* avec un abcès du foie. Un abcès du lobe inférieur du poumon expose à la même erreur. La ponction ou même l'ouverture de la cavité ne suffisent pas toujours à trancher la question; elles sont susceptibles pourtant d'apporter de précieux renseignements. Lorsque le pus vient du foie ou tout au moins d'un foyer sous-diaphragmatique, son écoulement se fait avec plus de force pendant l'inspiration, puisque la cavité qui le contient est comprimée pendant l'abaissement du diaphragme.

En cas d'abcès à manifestation abdominale, la confusion est possible et a été faite avec un *phlegmon de la paroi abdominale* ou de la *gaine du droit*. L'erreur est, il est vrai, de peu d'importance, et sera reconnue dès les premiers temps de l'intervention que les deux affections nécessitent aussi bien l'une que l'autre. La même réflexion s'applique aux cas dans lesquels on est exposé à confondre les abcès du foie avec une *cholécyste purulente* ou un *kyste hydatique suppuré*, puisque, là aussi, l'opération s'impose toujours.

L'évolution lombaire de l'abcès peut être l'origine d'une série de méprises; on a cru, par exemple, à un *phlegmon périnéphrétique* (Walther), ou bien à une *lésion rénale* inflammatoire ou kystique, alors qu'il s'agissait d'une hépatite suppurée.

Enfin les troubles généraux qui accompagnent les formes chroniques des suppurations hépatiques sont parfois tellement trompeurs qu'ils ont fait penser à la *tuberculose pulmonaire*, erreur que l'examen bactériologique des crachats permet d'éviter, au *cancer hépatique*, au *cancer de l'estomac*.

Les causes d'erreur sont, on le voit, singulièrement nombreuses. Or, comme il est bien démontré aujourd'hui que seul un diagnostic précoce peut donner à l'intervention chirurgicale toute son efficacité, on a cherché, pour le réaliser, un guide plus sûr que l'examen clinique et on l'a cru trouver dans la *ponction exploratrice* faite avec certaines précautions. L'aiguille, d'un calibre suffisant pour que du pus épais puisse la parcourir, d'une longueur qui lui permette d'atteindre une profondeur de 5 ou 6 centimètres, doit être adaptée à un appareil aspirateur. On l'enfonce en se guidant sur le maximum de douleur ou de voussure, sur l'élargissement des espaces intercostaux. S'il ne vient rien, on retire l'aiguille de quelques centimètres pour recommencer dans une direction différente; en cas de nouvel insuccès, une nouvelle ponction est faite à quelque distance de la précédente.

Dans ces conditions, la ponction exploratrice passe pour inoffensive. L'hémorragie, à sa suite, ne serait point à craindre pas plus d'ailleurs que l'inoculation du péritoine par du pus suintant au travers de l'orifice de la ponction, et cela surtout si l'on a soin d'exercer une certaine pression sur la paroi après le retrait de l'aiguille. Il y aurait lieu pourtant de la proscrire, lorsqu'on croit l'abcès dans le voisinage du hile, parce qu'en pareil cas la piqûre d'un gros vaisseau est à redouter.

A notre sens, la ponction exploratrice est une manœuvre toujours aveugle et qui risque souvent d'être dangereuse. Il ne la faut jamais pratiquer qu'après avoir tout préparé pour faire, séance tenante, l'incision de l'abcès, si elle montre qu'il y en a un; et, à tout prendre, nous estimons qu'il serait infiniment préférable de toujours ponctionner le foie directement après laparotomie exploratrice. On y gagnerait plus de sécurité, jointe à beaucoup plus de chances de ne point méconnaître des collections profondes et encore peu volumineuses.

Pronostic. — Le pronostic des abcès du foie est évidemment grave, mais cette gravité a des degrés, et, d'un autre côté, les progrès de la chirurgie actuelle tendent, tous les jours, à l'atténuer.

Les formes franches, traitées par l'incision précoce, guérissent habituellement (Segond). Dans les formes chroniques, la résistance du sujet joue un rôle considérable et le pronostic est d'autant plus grave que cette résistance est plus affaiblie par les attaques antérieures d'impaludisme ou de dysenterie.

L'évolution a aussi une grosse importance. « Tout abcès qui ne se fait pas jour au dehors est nécessairement mortel » (Segond). L'ouverture spontanée apporte des chances de guérison, mais elles sont loin d'être les mêmes pour tous les modes d'évacuation. Celle qui se fait dans le tube digestif est la plus favorable. L'ouverture dans les bronches ou à la paroi est le prélude d'accidents graves qui emportent le malade, à moins qu'on intervienne.

Traitement. — Lorsque la présence d'une collection purulente dans le foie est chose démontrée, un traitement et un seul, s'impose, l'ouverture large du foyer.

On la faisait autrefois par la *méthode de Stromeyer-Little*, qui consiste dans l'ouverture de l'abcès en un seul temps, en suivant comme guide le trocart explorateur, sans souci des hémorragies, des adhérences ou de la pénétration du pus dans la cavité péritonéale. Une pareille façon d'agir doit être sévèrement proscrire aujourd'hui. Elle est remplacée très avantageusement par l'*incision chirurgicale*, couche par couche, suivant un trajet variable avec le siège de la collection.

Pour les abcès de la face antéro-supérieure, comme pour ceux qui bombent à la face inférieure, la voie d'accès la plus simple et la plus commode est l'*incision de la paroi abdominale*, qu'on fait verticale toutes les fois où la chose est possible, qui doit être souvent parallèle au rebord costal et qu'il faut parfois compléter par la résection du rebord thoracique. S'il s'agit, au contraire, d'un abcès postéro-supérieur remontant dans le thorax, la *voie transpleurale* s'impose.

Lorsqu'on arrive sur le foie, on le trouve adhérent ou non. Dans le premier

cas, le foyer est superficiel et l'on n'a qu'à inciser sans autre précaution. S'il n'y a pas d'adhérences, il faut, au contraire, protéger avec soin la cavité péritonéale, puis, toujours sur le trocart conducteur, plonger le bistouri dans la glande; le pus jaillit, l'index est alors enfoncé dans la poche, il l'explore et détermine la direction la plus favorable au débridement. Quand l'orifice est assez large, le foie est attiré et suturé à la paroi.

C'est alors que Fontan pratique le *curettage*. Cette manœuvre, qu'on doit réserver aux seuls abcès dont les parois sont tomenteuses et irrégulières, se fait à l'aide d'une curette utérine un peu forte; avec beaucoup de douceur, on enlève tous les débris, toutes les parties mollasses et comme fongueuses, qui adhèrent à la paroi; quand la résistance du tissu sous-jacent paraît assez forte et produit un cri analogue au cri utérin, la besogne est terminée.

Deux *drains accouplés* sont alors insinués dans la cavité qu'on lave à l'eau bouillie jusqu'à ce que le liquide ressorte clair.

— Au cours ou à la suite de l'opération, des *accidents* sont possibles.

a) *Au cours de l'opération*, l'hémorragie peut devenir redoutable et même mortelle dans les cas où l'on est obligé de traverser une épaisse couche de foie; le mieux est alors de quitter le bistouri et de cheminer avec le doigt jusqu'à l'abcès. Si, malgré tout, l'écoulement sanguin devient abondant, le tamponnement est le meilleur moyen de l'arrêter.

La hernie de l'épiploon et de l'intestin n'est grave que si les organes sont souillés de pus.

Le pneumothorax ou la blessure d'un organe abdominal constituent des fautes opératoires qu'il faut savoir éviter.

b) *Après l'opération*, le pyothorax et le pneumothorax surviennent quand on a infecté la plèvre et entraînent le plus souvent la mort. Il en est de même pour la péritonite.

La choléragie est un accident rare: elle débute seulement 8 à 10 jours après l'incision de l'abcès. Tant qu'elle reste minime, elle n'a guère d'importance, mais un écoulement abondant contribue à épuiser un malade déjà affaibli par l'hépatite.

En dehors de ces accidents, la guérison des abcès se fait d'ordinaire assez vite après l'opération; la fermeture d'une poche de volume moyen ne demande guère qu'un mois ou un mois et demi.

Certaines *indications spéciales* résultent de la *multiplicité* des abcès. Tantôt, au cours même de l'opération, le doigt qui explore la cavité d'un abcès sent une autre poche fluctuante à côté de celle qui vient d'être incisée; lorsqu'il y a, entre les deux poches une communication, il suffit de la dilater largement mais s'il n'y en a pas, il faut, sans hésitation, crever avec le doigt la cloison qui sépare les deux cavités. Tantôt c'est seulement dans les jours qui suivent l'intervention que la persistance de la fièvre, l'accentuation du dépérissement, l'état anormal du foie qui reste gros et douloureux révèlent au clinicien l'existence d'un ou de plusieurs autres foyers de suppuration. Il est formellement indiqué alors d'aller à leur recherche et de les inciser. Malheureusement, la mort est la terminaison habituelle de ces formes d'hépatites à foyers multiples.

L'*ouverture spontanée* de l'abcès comporte, de son côté, des indications opératoires variables avec le point où elle s'est faite. L'observation nous apprend que l'ouverture dans le tube digestif est souvent suivie de guérison; il faut