

## CINQUIÈME LEÇON.

### AUGMENTATION DE VOLUME DU FOIE (SUITE).

Inflammation suppurative. — Abscès pyohémiques. — Abscès des tropiques.

MESSIEURS,

La première forme d'augmentation de volume du foie sur laquelle je désire attirer votre attention, c'est l'abcès pyohémique.

#### IX. — ABCÈS PYOHÉMIQUE.

Les abcès qui affectent souvent le foie dans le cours de la pyohémie sont, la plupart du temps, en nombre assez considérable mais d'un petit volume, et sous ces rapports ils se distinguent de l'abcès des pays chauds qui ordinairement est seul et atteint fréquemment un volume assez gros pour former une tumeur distincte. Les caractères cliniques reflètent dans leurs variations ces différences anatomiques ainsi que les diverses conditions dans lesquelles l'affection hépatique survient. Voici quels sont les caractères des abcès pyohémiques :

1° Le volume du foie est augmenté, ordinairement d'une façon modérée, mais parfois assez pour que le bord inférieur de l'organe atteigne l'ombilic.

2° L'augmentation de volume est uniforme en tout sens, et ne produit aucune voussure des côtes. Dans des cas exceptionnels on peut voir un abcès se développer plus que les autres et former une petite tumeur saillante à l'épigastre. Dans des cas encore plus rares, on sent à travers la paroi abdominale le bord inférieur du foie présenter l'aspect de nodosités dues à la présence de quelques petits abcès ou de dépôts inflammatoires le long de son bord libre.

3° On ne perçoit pas de fluctuation, car les abcès sont rarement assez gros pour qu'on y puisse constater ce signe. Ce n'est que dans les cas assez rares où un abcès prend assez de développement pour former une saillie à l'épigastre, ou bien quand une petite collection purulente s'enkyste entre le foie et la paroi abdominale (voy. obs. LXX), qu'on peut percevoir une sorte de fluctuation.

4° Il y a toujours de la douleur et de la sensibilité : on les note souvent parmi les premiers symptômes, et elles présentent ordinairement une forme aiguë, parce que quelques-uns de ces abcès se trouvent rapprochés de la surface de l'organe et que le processus inflammatoire se propage de là au péritoine qui le recouvre. La douleur augmente souvent par la toux ou par une longue inspiration, et par suite, dans cette affection, la respiration est fréquente, courte et surtout thoracique.

5° L'ictère existe dans la majorité des cas, largement dans les 4/5; mais quand il s'agit du diagnostic il ne faut pas oublier que cet élément peut manquer. L'intensité de l'ictère est variable. Dans la plupart des cas, il est dû à l'état pathologique du sang auquel on donne le nom de pyohémie : on sait en effet que les poisons sont susceptibles de déterminer l'ictère, qui est ordinairement alors peu intense, les matières étant encore colorées par la bile. Mais si l'inflammation était due à une ulcération des voies biliaires déterminée par la pression d'un calcul engagé, l'ictère pourrait être intense et les matières être dépourvues de pigment biliaire.

6° Les abcès pyohémiques du foie entravent rarement la circulation porte; par suite, on ne constate pas de développement des veines abdominales superficielles. S'il y a exceptionnellement de l'ascite, c'est qu'alors une grosse branche de la veine porte est en cause; parfois il y a un peu d'épanchement péritonéal par suite d'inflammation de la séreuse. La rate est ordinairement grosse, ce qui tient non pas à ce que la circulation est obstruée, mais bien à la tendance que présente cet organe à augmenter de volume sous l'influence des états morbides du sang, ainsi que cela arrive dans la plupart des maladies ayant leur origine dans un empoisonnement du sang.

7° Les symptômes constitutionnels sont importants pour le diagnostic : ce sont ceux de la fièvre dans sa forme hectique d'abord, et finalement dans sa forme typhoïde. Les frissons avec tremblement sont un élément sérieux de diagnostic, mais on ne doit pas oublier qu'ils ne constituent pas un symptôme nécessaire. Ils reparaissent d'abord à des intervalles si réguliers, que l'attaque simule une fièvre intermittente, et on commet fréquemment des erreurs de diagnostic parce qu'on ne se rappelle pas ce phénomène (obs. LXVIII). D'un autre côté, il ne faut pas perdre de vue que la migration d'un calcul biliaire peut parfaitement déterminer des frissons avec tremblements et même de la fièvre, sans inflammation consécutive du foie. La température présente des oscillations très-étendues : parfois elle est normale et d'autres fois elle s'élève à 40° et même à 41°, 1. Dans des cas rares, il ne paraît y avoir aucune élévation de température, peut-être parce que les paroxysmes fébriles sont si courts qu'on ne les remarque pas (obs. LXXII). Les sueurs profuses durant le sommeil, man-



quent plus rarement que les frissons. De jour en jour la prostration et l'émaciation du malade augmentent, et il s'y joint souvent des vomissements et de la diarrhée. A mesure que la maladie avance surviennent les symptômes typhoïdes, tels que langue sèche et brune, agitation, délire, évacuations involontaires, etc.

8° La marche de la maladie est rapide; elle dure ordinairement de deux ou trois semaines à trois mois. Je n'ai jamais vu cette dernière limite dépassée; Leudet cependant mentionne un cas où elle a duré cinq mois (1). Cette marche rapide peut servir à distinguer les abcès pyohémiques du cancer dans lequel la durée de la maladie se prolonge ordinairement bien davantage.

9° Le diagnostic sera également facilité par la connaissance des causes sous l'influence desquelles la maladie survient d'habitude et dont voici les plus importantes :

*a. Violences externes et opérations chirurgicales.* — Lorsqu'à la suite d'une de ces circonstances on voit paraître les symptômes exposés précédemment, il n'y a pas de difficulté pour établir le diagnostic. La majorité des cas cependant que le médecin est appelé à rencontrer sont d'origine interne, et alors il y a quelque difficulté.

*b. Ulcération de l'estomac ou de l'intestin.* — J'ai vu parfois des abcès pyohémiques du foie venir compliquer l'ulcère simple de l'estomac : je vous rapporterai tout à l'heure les détails d'un cas où pareil fait s'est présenté. La même affection peut également survenir dans le cas d'ulcération intestinale; ainsi un ulcère de l'appendice vermiculaire, ou l'ulcération dysentérique du côlon, ou même l'ulcération cancéreuse de l'estomac ou de l'intestin. Les abcès pyohémiques du foie ne se rencontrent cependant que dans des cas exceptionnels d'ulcération intestinale, probablement par la même raison que l'infection purulente (pyohémie générale) ne se présente que dans des cas exceptionnels de traumatisme (voy. p. 184).

*c. L'ulcération de la vésicule biliaire ou des voies biliaires* est susceptible de donner lieu à des abcès pyohémiques du foie qui peuvent ainsi être une conséquence de la lithiase biliaire. Je vous rapporterai tantôt un cas où une attaque de colique hépatique fut de cette façon suivie d'inflammation du foie et de mort (obs. LXXI). On peut ajouter que lorsque le canal cholédoque est obstrué par un calcul ou par l'effet de toute autre cause, les conduits biliaires intra-hépatiques peuvent se dilater et présenter ainsi des cavités irrégulières remplies de pus (2), ou

(1) *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Rouen*, p. 33, 1874.

(2) Le docteur W. Legg a rapporté un cas intéressant où, par suite de la présence d'un calcul dans le canal cholédoque, tous les conduits biliaires se dilatèrent considérablement et il se forma dans le lobe gauche du foie un abcès qui fusa dans le péricarde et la plèvre gauche. (*Pathol. Transact.*, XXV, p. 133.)

se rompre et former de petits abcès, et dans tous ces cas il faut s'attendre à rencontrer la plupart des symptômes de l'hépatite pyohémique (1).

*d.* Dans une des leçons précédentes, je vous ai montré des cas où une hydatide suppurée parut être le point de départ d'abcès pyohémiques du foie (voy. pp. 116 et 122).

*e.* Enfin toute plaie, toute cavité en suppuration, située près ou sur la surface externe du corps ou à l'intérieur, surtout si elle est liée à une lésion osseuse ou si elle communique avec l'atmosphère, peut amener la pyohémie avec abcès secondaires dans le foie. Ainsi, j'ai rencontré plus d'une fois ces dépôts dans le foie dans des cas de vomiques tuberculeuses, d'endocardite ulcéreuse, de pyélite calculieuse, etc.

Lorsque les signes et les symptômes que j'ai déjà énumérés s'ajoutent à ceux des maladies que je viens de désigner, on doit tout de suite songer à la possibilité d'abcès pyohémiques. Mais l'affection primitive est parfois latente et les premiers symptômes sont ceux d'une inflammation du foie. Cependant, même alors, la probabilité d'abcès pyohémique doit se présenter d'elle-même dans la pratique anglaise, d'autant plus qu'à de très-rares exceptions près, c'est la seule forme d'abcès hépatiques qu'on rencontre dans ce pays chez les individus qui n'ont jamais habité les régions tropicales.

*Traitement.* — Dans les abcès pyohémiques du foie, l'art est à peu près impuissant à empêcher le résultat fatal et il ne peut que soulager les souffrances du malade.

1° Par les dispositions hygiéniques, par le traitement antiseptique des ulcérations et des plaies exposées à l'air, par l'évacuation du pus en décomposition retenu dans quelque partie du corps, on peut faire beaucoup pour prévenir la pyohémie générale dans les lésions chirurgicales; mais malheureusement, dans un grand nombre des cas d'abcès pyohémiques du foie que le médecin est appelé à voir, la maladie primitive est inattaquable.

2° Les déplétions sanguines, locales ou générales, sont contre-indiquées; cependant, si la douleur était très-aiguë, on soulagerait souvent le mal par l'application de quelques sangsues sur la région du foie (2).

(1) On a même dit que la dilatation des conduits en cavités suppurantes peut être le résultat d'une lésion de leurs parois, indépendante de l'obstruction. (V. Grainger Stewart, *Edinb. med. Journ.*, 1873, p. 631.)

(2) Je signalerai ici, à propos de la saignée locale, une opinion que j'ai omis de citer précédemment et qui aurait mieux trouvé sa place dans l'article consacré à la congestion. « Pour remplir l'indication causale, dit Niemeyer (*Traité de pathologie interne*, t. I, p. 756, 8<sup>e</sup> éd.), on a souvent ordonné des saignées locales dans la région du foie; mais cette pratique est aussi irrationnelle qu'inefficace, et Hensch dit fort judicieusement qu'il n'y a pas plus de raison pour poser les sangsues sur l'hypochondre droit que sur les poignets ou sur les malléoles. Par contre, l'application de sangsues au pourtour de l'anus, si les souffrances du malade sont assez vives pour justifier une intervention de



Les cataplasmes de moutarde et de graine de lin aideront au même objet.

3° Depuis la découverte de bactéries dans le sang des pyohémiques, on a beaucoup écrit sur l'administration des antiseptiques à l'intérieur; mais on attend encore les preuves qui établissent leur utilité. Le professeur Polli, de Milan, a préconisé les sulfites de potasse et de soude comme antidotes du poison pyohémique. Le pouvoir qu'ont ces substances d'arrêter la putréfaction ou la fermentation en dehors de l'organisme a fait croire qu'elles peuvent l'exercer dans l'organisme même. Je les ai employées bien des fois, et j'ai le regret de dire que, dans ma pratique, à la dose de 1<sup>er</sup>,30 à 2 grammes, répétée toutes les quatre heures, elles ont complètement échoué. Les sulfo-carbonates de chaux et de soude, et les injections sous-cutanées d'acide phénique, ont aussi été essayés, mais sans en obtenir aucune efficacité durable.

4° La quinine et les acides minéraux m'ont paru être les médicaments le plus généralement avantageux. Ils soutiennent les forces du malade, conservent la langue humide, éloignent les paroxysmes et tendent à diminuer les sueurs profuses.

5° L'hydrate de chloral, l'opium ou la morphine seront nécessaires dans la plupart des cas pour soulager la douleur ou procurer du sommeil. S'il y a de fortes envies de vomir, l'injection sous-cutanée de morphine sera préférable à l'administration des opiacés par la bouche.

6° Il faut modifier souvent la médication de façon à combattre les vomissements et la diarrhée. Contre les premiers, les meilleurs médicaments sont la glace, le bismuth, l'acide cyanhydrique, les mixtures alcalines effervescentes et l'application sur l'épigastre de sinapismes ou d'un petit vésicatoire qu'on saupoudre, après le premier pansement, d'un grain de morphine. Quant à la diarrhée, vous l'attaquerez par les astringents minéraux et végétaux, et particulièrement par l'acétate de plomb et la morphine, ainsi que par les lavements et les suppositoires opiacés.

7° Le régime doit être aussi nourrissant que le comportent les forces digestives du malade : lait, thé de bœuf, et œufs donnés fréquemment,

ce genre, mérite d'être fortement recommandée. Appliquées là, les sangsues retirent le sang des anastomoses des racines de la veine porte, modèrent la pression sur les parois internes de ce vaisseau et diminuent par conséquent la quantité de sang qui se rend au foie.

Je ne crois pas que la pratique banale des sangsues à la région du foie, dans le but d'agir directement sur l'organe même, soit près d'être abandonnée : aussi est-il bon de montrer, quand l'occasion s'en présente, qu'on a à sa disposition un moyen de faire subir à la glande hépatique une spoliation plus prompte et plus efficace. Il n'est que juste, d'ailleurs, de faire remarquer qu'à propos du traitement de la congestion, Murchison tout en indiquant les sangsues et les ventouses scarifiées appliquées sur la région du foie, leur préfère les sangsues appliquées au pourtour de l'anus. (N. D. T.)

mais par petite quantité à la fois. Dans beaucoup de cas il sera nécessaire de donner de petites doses de vin ou d'eau-de-vie convenablement dilués.

Je vais maintenant vous rapporter quelques cas à l'appui des remarques qui précèdent. Dans le premier, l'affection hépatique fut consécutive à un traumatisme.

OBS. LXVII. — *Traumatisme du crâne, suivi de pyohémie et d'abcès multiples du foie.*

Thomas D., âgé de vingt et un ans, fut admis le 16 août 1867 dans une des salles de chirurgie de l'hôpital Middlesex. Cet individu, par le fait d'une voiture qui lui était passée dessus, avait été atteint de plaies du cuir chevelu avec déchirures, de fracture de la 6<sup>e</sup> côte gauche et de contusion de l'épaule gauche. Il se rétablit si bien que le 3 septembre il était en état d'aller dans le jardin. Mais, ce même jour, il fut pris de frissons, suivis de symptômes fébriles, de céphalalgie et perte de l'appétit. Durant les deux jours suivants, il eut quelques accès de frissons et tremblements, pareils à ceux de la fièvre intermittente, suivis d'une transpiration modérée et de vomissements fréquents.

Il passa dans mon service, et lorsque je le vis pour la première fois, le 6 septembre, il avait tous les symptômes d'un empoisonnement du sang, mais sans aucune éruption à la peau. Pouls 120, respiration 36, température 39°,44. Alternatives de frissons et de transpirations. Air hébété et déprimé; grande lassitude; céphalalgie lancinante, mais intelligence tout à fait nette; grande prostration et tendance à la syncope quand le malade veut se tenir debout; fréquentes envies de vomir, sensibilité à l'épigastre et dans l'hypochondre droit. Langue humide, mais un peu chargée. On a maintenu le ventre libre par des purgations. Signes cardiaques et pulmonaires normaux. L'urine contenait un peu d'albumine avec quelques corpuscules sanguins et des cylindres épithéliaux. Une plaie de la région temporale gauche était recouverte d'une croûte dure, de dessous laquelle on put faire sourdre à peu près une cuillerée à café de pus sanieux mais non fétide. Bientôt après son admission, le malade fut pris d'une grande agitation et de délire; il n'y avait pas de paralysie, mais l'ouïe était extraordinairement fine. La langue devint sèche et brune, il y eut de fréquents vomissements avec tendance à la diarrhée. La sensibilité de l'épigastre et de l'hypochondre droit persistait, et la matité hépatique s'étendait et atteignait presque l'ombilic; surface du foie lisse. Teint blême, mais pas d'ictère manifeste.

Le malade fut traité principalement suivant la méthode préconisée pour la pyohémie par le professeur Polli, de Milan, par de fortes doses de sulfites. On donna le sulfite de soude à la dose de 90 centigr. toutes les quatre heures. Aucune amélioration ne fut obtenue et les symptômes indiqués plus haut persistèrent jusqu'à la mort qui eut lieu le 9 septembre à 9 heures 45 du soir.

*Autopsie.* — Un pouce carré d'os, correspondant à la plaie du cuir chevelu, était dénudé et décoloré. La surface de l'os était rugueuse. Il n'y avait point



de fracture; mais entre sa face interne et la partie correspondante de la dure-mère, il y avait environ 4 grammes de pus. Les veines allant de là au sinus longitudinal contenaient des caillots pâles, mous, non adhérents. Foie très-gros, s'étendant jusqu'à l'ombilic et pesant 104 onces; tissu foncé et fortement injecté et criblé d'innombrables dépôts pyohémiques contenant du pus et de volumes très-divers, depuis une tête d'épingle jusqu'à celui d'une noix. Rate grosse, pesant 10 onces 1/2, couleur foncée, ferme, sans infarctus. Les deux reins très-gros, pesant ensemble 18 onces 1/4, leur surface lisse, capsule non adhérente; substance corticale considérablement hypertrophiée et profondément injectée, mais sans dépôts pyohémiques. La 6<sup>e</sup> côte gauche était fracturée à environ 2 pouces du cartilage; les fragments se recouvraient et étaient enveloppés d'un cal, mais il n'y avait pas trace de déchirure du poumon ni de pleurésie ancienne ou récente dans le voisinage. Traces légères de péricardite récente et nombreuses petites ecchymoses au-dessous du péricarde.

Dans le second cas, l'inflammation hépatique fut consécutive à un ulcère de l'estomac.

OBS. LXVIII. — *Abcès multiples du foie consécutif à un ulcère simple de l'estomac* (1).

John P., âgé de cinquante et un ans, fut admis le 6 octobre 1865 à l'hôpital des Fiévreux de Londres. Depuis six semaines, il se plaignait de douleur, de sensibilité et de flatulence dans l'abdomen après les repas, suivis parfois de vomissements. Il avait déjà éprouvé d'autres fois les mêmes symptômes, mais il s'était toujours rétabli. La matité hépatique est de 4 pouces 1/2 sur la ligne mammaire droite; pas d'ictère. Pouls à 84. On prescrivit du bismuth et la diète lactée. Trois jours après son admission, on remarqua que le malade avait tous les jours un accès fébrile à 1 heure de l'après-midi, et on apprit que vingt-deux ans auparavant (mais jamais depuis), il avait eu les fièvres dans le Kent. En conséquence, on lui administra de la quinine à haute dose. Elle n'eut cependant aucun effet sur les paroxysmes, qui devinrent au contraire plus intenses, plus irréguliers dans leur apparition, et furent suivis de sueurs profuses et de prostration considérable. La langue devint sèche et brune; la douleur et la sensibilité à l'épigastre augmentèrent fortement; intestins très-relâchés. Le 16 octobre, on constata que le malade était plus affaibli, très-émacié, et que la peau et les conjonctives avaient une teinte ictérique prononcée, bien que les matières renfermassent de la bile en abondance. La matité hépatique sur la ligne mammaire droite est maintenant de 5 pouces 1/2, mais l'augmentation de volume est uniforme et n'offre pas de nodosités. Sensibilité très-vive à la pression au-dessous du bord inférieur des côtes droites. Matité de la rate plus étendue. Pouls à 96, température 38°,33. Les symptômes indiqués plus haut s'aggravèrent graduellement. Il eut encore des paroxysmes irréguliers de tremblements, suivis de fièvre et de transpirations. Le 21 octobre, l'ictère était aussi intense, bien que la bile fût toujours présente dans

(1) J'ai rapporté un cas analogue dans les *Pathol. Transact.*, t. XVII, p. 146.

les garde-robes. Les idées se troublèrent un peu, et il y eut un peu de sub-délirium; puis le malade s'affaissa graduellement et succomba le 24 octobre.

A l'autopsie, on trouva près du pylore, à la face postérieure et inférieure de l'estomac, un ulcère circulaire, à peu près large comme une pièce d'argent de cinq francs, à bords légèrement élevés et indurés, mais ne contenant aucun des éléments microscopiques du cancer. De la base de cet ulcère partait un petit trajet fistuleux aboutissant à un abcès presque aussi gros qu'une noix et situé sur la tête du pancréas. Foie uniformément gros, et pesant 81 onces; la moitié postérieure du lobe droit est parsemée de petits abcès du volume d'une tête d'épingle à celui d'un pois, contenant un pus jaune, épais; le tissu hépatique avoisinant est très-hyperémié. Pas d'inflammation du péritoine à la surface du foie. Rate grosse, foncée et ferme. Les autres organes sains.

Dans l'observation LXIX, l'hépatite pyohémique a été consécutive à une ulcération de l'appendice vermiculaire.

OBS. LXIX. — *Ulcération de l'appendice vermiculaire. Hépatite pyohémique.*

Richard S., âgé de quinze ans, fut admis à l'hôpital Middlesex le 19 octobre 1869. Il avait déjà été à l'hôpital du 30 avril au 25 mai dans le service du docteur Goodfellow, pour une affection fébrile mal définie accompagnée de douleur et de sensibilité dans la région lombaire droite. Le 29 septembre, entre une et deux heures de l'après-midi, il avait été pris subitement de vomissements bilieux, de douleur aiguë dans le côté droit de l'abdomen, et de fièvre. Les vomissements cessèrent au bout de 36 heures, mais les autres symptômes persistèrent jusqu'au 10 octobre. Ce jour-là il eut des frissons violents qui durèrent un quart d'heure. A partir de ce moment, il alla en empirant. Le 17 et le 18 octobre, les frissons reparurent.

A son entrée, on constate de l'émaciation. Les traits sont pincés et expriment la souffrance. Le malade se plaint souvent et indique comme le siège de son mal le côté droit de l'abdomen, qui est très-sensible, surtout au niveau du cæcum. Pas de tumeur appréciable; l'abdomen n'est pas du tout distendu, mais la respiration est surtout thoracique. Langue blanche, mais rouge et sèche à la pointe. Pas de selles depuis huit jours. Pouls 96, température 36°,66; mais le lendemain matin 38°,3. Bruits du cœur et des poumons normaux. Urine sans albumine. Le traitement consista en un lavement simple, des cataplasmes laudanisés sur l'abdomen et un grain d'opium d'abord toutes les 4 et ensuite toutes les 8 heures. Le lavement agit très-bien, mais ne soulagea pas la douleur, qui se calma par l'opium. L'état général du malade cependant ne s'améliorait pas. Pendant quelques jours il était mieux et pendant quelques autres il était plus mal. Le 15 novembre, le foie avait grossi, il était sensible; il mesurait 6 pouces sur la l. m. d.; la température était sujette à de grandes variations (de 37°,2 à 40°,7), mais il n'y avait ni frissons, ni ictère, ni albuminurie, ni sueurs profuses générales, bien que pendant le sommeil la face fût couverte de grosses gouttes de transpiration. Langue la plupart du temps sèche, rouge et extraordinairement nette; constipation; après la première



évacuation ; malgré quelques lavements, il n'y eut pas de selle pendant dix jours. Le 10 novembre, on découvre des signes d'induration du tiers inférieur du poumon droit. Vers le 15 novembre, l'abdomen commença à augmenter de volume et le 24 il y avait des signes manifestes d'épanchement péritonéal, mais toujours pas de frissons, d'ictère, ni de retour des vomissements. Le 29 novembre, la douleur qui s'était calmée devint très-intense et parut venir du côté gauche de l'abdomen. Après cela, l'appétit disparut, la prostration augmenta, la température baissa et fut souvent au-dessous de la normale (le 3 décembre, 35°1) et le pouls de 84 à 92. Une eschare se forma au sacrum ; le malade s'affaiblit de plus en plus et succomba le 11 décembre.

*Autopsie.* — Émaciation extrême. Un litre environ de liquide floconneux dans le péritoine. Intestins très-injectés et recouverts d'une couche de lymphé récente, abondante surtout sur le cæcum et sur le colon ascendant. La muqueuse du cæcum et du côlon n'a ni ulcération ni cicatrice. L'appendice vermiforme est plus long qu'à l'état normal ; ses deux pouces supérieurs sont perméables et sains, la moitié inférieure est épaissie, indurée, imperméable et adhérente au cæcum. On n'y trouve ni corps étranger ni concrétion. Les deux lobes du foie sont parsemés de nombreux petits abcès circonscrits, quelques-uns situés à la partie postérieure du lobe droit communiquant ensemble. Les glandes de la scissure du foie sont augmentées de volume et en suppuration. La vésicule est distendue par deux onces de liquide muqueux, ténu ; pas de calculs, d'érosion, ni de rougeur de la muqueuse de la vésicule et des conduits. Pas d'ulcération de l'estomac ou de l'intestin. Induration granuleuse du lobe inférieur du poumon droit. Les autres organes sains.

Dans le cas suivant, un ulcère cancéreux de l'estomac parut être la cause excitante de l'affection hépatique. Ce cas offre un autre intérêt, c'est qu'il y avait une petite tumeur fluctuante à l'épigastre produite par une collection purulente circonscrite, située entre le foie et la paroi abdominale.

OBS. LXX. — *Ulcère cancéreux de l'estomac suivi d'abcès pyohémiques du foie.*

En juin 1867, le docteur Rogers, de Dean-Street, me pria de voir un malade confié à ses soins. C'était un homme de quarante-cinq ans, dont le père était mort, croyait-on, d'un cancer. Depuis plusieurs mois il maigrissait, il souffrait après le repas et éprouvait d'autres symptômes dyspeptiques, mais pas de vomissements. Vers le 19 mai, son état empira et il se décida à consulter le docteur Rogers. Il commença alors à éprouver une douleur incessante dans le côté droit, des symptômes de fièvre, de la dyspnée et une toux sèche et fréquente, et le 23 mai, de même que le 28, il eut de fortes attaques de vomissements. Vers le 2 juin, on remarqua pour la première fois un léger gonflement à l'épigastre, et le malade devint un peu ictérique. Quand je le vis le 8 juin avec les docteurs Anstie et Rogers, l'ictère était très-prononcé, ainsi que l'émaciation et la prostration. Le pouls était rapide et faible, il y avait tendance aux transpirations nocturnes, mais pas de frissons. Langue humide,

nette et rouge ; pas de vomissement ni de diarrhée, bile dans les garde-robes. Foie très-gros ; tumeur à l'épigastre proéminente, très-douloureuse, à peu près du volume de la moitié d'une orange, extrêmement élastique et offrant les apparences de la fluctuation. On pratiqua une ponction exploratrice dans la tumeur, mais on n'en fit sortir que quelques gouttes de sang. L'émaciation et la prostration du malade firent des progrès de jour en jour ; la langue devint sèche et brune, et l'ictère augmenta bien que les matières continuassent à renfermer du pigment biliaire. Le 24 juin il mourut d'épuisement. Pendant tout ce temps il n'y avait pas eu de frissons et seulement une légère transpiration pendant le sommeil.

A l'autopsie, on trouva que le foie avait presque deux fois son volume normal ; signes de péritonite récente sur sa face externe ; tissu glandulaire extrêmement congestionné et parsemé de dépôts inflammatoires (non cancéreux), dont les plus gros étaient du volume d'une noix, jaune-pâle, granuleux et très-friables, mais qui ne s'étaient pas encore ramollis à l'état de pus. Entre le lobe gauche et la paroi abdominale, il y avait environ une once de pus, circonscrit par de solides adhérences. Cela expliquait la tumeur fluctuante qu'on sentait pendant la vie. Le trocart capillaire avait probablement pénétré dans le foie à travers l'abcès, et c'est ainsi que la ponction n'avait pas donné issue à du pus. En ouvrant l'estomac, on trouva un ulcère à environ 2 pouces du pylore ; les bords et la base de cet ulcère étaient indurés par des éléments que le microscope montra être cancéreux ; la surface de l'ulcère était déchiquetée et fongueuse.

Dans le cas suivant, il s'agit d'une dame de vingt-trois ans, que je vis en consultation en novembre et décembre 1861 avec le docteur Young (de Sackville-Street). Il montre un exemple d'abcès pyohémiques du foie déterminés par des calculs biliaires.

OBS. LXXI. — *Crises de colique hépatique suivie d'abcès pyohémiques du foie.*

Le 30 novembre 1861, je fus appelé pour voir madame —, âgée de vingt-trois ans, mariée depuis quatre à cinq mois seulement. Deux ans auparavant, elle avait eu pendant plusieurs semaines un ictère, avec quelques crises intenses de colique hépatique. Dix jours avant que je la visse, l'ictère avait reparu, et pendant la même période elle s'était plainte de douleurs paroxystiques dans l'hypochondre droit, souvent accompagnées de vomissements. Quoique, malgré l'âge de la malade, ce fut bien réellement là un cas de calcul biliaire, cependant, tout en faisant la part d'un peu d'hystérie, les symptômes donnèrent à penser qu'il y avait quelque chose de plus. Le pouls était à 100, la région du foie était d'une sensibilité inaccoutumée, surtout au niveau de la vésicule. La matité hépatique dépassait ses limites normales, de même que la matité de la rate. L'ictère n'était pas très-prononcé et les matières, quoique très-pâles, n'étaient pas complètement dépourvues de pigment biliaire. On appliqua sur l'hypochondre droit des sangsues suivies de fomentations chaudes, et l'on prescrivit des doses répétées d'opium.



Pendant la première semaine de décembre, la malade eut des crises fréquentes de vomissements, et pendant la quatrième, elle fit une fausse couche à trois mois. A la suite de cela, elle empira. Elle eut des accès répétés de tremblements durant une demi-heure ou davantage et souvent suivis d'évacuation involontaire, par l'intestin, d'un liquide jaune clair. Elle eut également des paroxysmes fréquents et intenses d'efforts de vomissements, et sa douleur dans le côté droit devint si vive qu'elle ne pouvait faire une longue inspiration sans pousser des cris. La malade éprouvait constamment une certaine douleur et de la sensibilité dans la région du duodénum, mais la douleur intense était tout à fait paroxystique; parfois, mais pas toujours, les paroxysmes semblaient déterminés par les mouvements ou une longue inspiration. Le pouls oscillait entre 100 et 120. Les joues étaient rouges, mais il n'y avait pas de transpiration; soif vive; mais même les liquides étaient aussitôt rejetés par l'estomac. L'ictère diminua, les matières contenaient de la bile et à la fin parurent à peu près normales. Aucun traitement n'amena de l'amélioration. La malade s'émaciait rapidement et parfois avait du délire la nuit; vers la fin, la langue était sèche et brune; les lèvres et les dents étaient fuligineuses. La malade succomba le 23 décembre.

A l'autopsie, on trouva le foie gros et toute la substance des deux lobes parsemée d'un nombre immense d'abcès circonscrits, du volume d'un pois à celui d'une petite orange, et remplis d'un pus jaune, floconneux; la surface externe adhérait par une couche de lymphé récente au diaphragme et aux organes adjacents. Les canaux hépatique et cholédoque étaient perméables et contenaient de la bile. La vésicule était affaissée, ses tuniques très-épaissies, sa cavité à peine plus large qu'une noisette. On trouva un calcul, un peu plus gros qu'un pois, engagé au commencement du canal cystique; le point de la muqueuse en contact avec ce calcul était ulcéré et en partie sphacélé. Au delà, le canal cystique était oblitéré. La vésicule contenait une douzaine environ de calculs plus petits, mais pas de bile; son fond était solidement adhérent au duodénum, et entre ces deux viscères se trouvait une cavité close renfermant des calculs biliaires semblables en nombre et en volume à ceux trouvés dans la vésicule. Les surfaces muqueuses correspondantes du duodénum et de la vésicule étaient marquées par une cicatrice étendue. Ces apparences étaient probablement le résultat du passage direct des calculs à travers le fond de la vésicule dans l'intestin, dans la crise qui survint deux ans avant la mort. La muqueuse des trois premiers pouces du duodénum était considérablement injectée, mais non ulcérée. La face interne de l'estomac et des intestins ne présentait rien d'anormal. La rate avait quatre fois son volume normal. Outre une couche de lymphé récente, la capsule du foie présentait à certaines places un épaissement ancien et de solides adhérences. Les poumons étaient congestionnés, mais à cela près normaux.

Le cas suivant est remarquable par son caractère remarquablement latent et aussi par l'absence de fièvre. La coexistence de l'oblitération de la veine fémorale avec l'augmentation de volume et la sensibilité du foie, la présence de pigment biliaire dans l'urine et le teint blême de

la peau, donnèrent l'idée que le malade pouvait être atteint d'une inflammation pyohémique du foie, et l'on posa ce diagnostic, malgré l'absence de frissons ou de transpirations, qui manquent plus d'une fois dans la pyohémie de cause interne. J'étais cependant peu disposé à voir une inflammation pyohémique du foie sans élévation de température durant cinq jours successifs, ce que ce cas montre possible.

OBS. LXXII. — *Calculs biliaires déterminant l'ulcération et la perforation du canal cystique. — Hépatite pyohémique et thrombose de la veine fémorale. — Absence de fièvre.*

Mary Ann S., âgée de cinquante-trois ans, fut admise à l'hôpital Middlesex le 13 avril 1869. Elle n'a jamais éprouvé de symptômes indiquant la présence de calculs biliaires, et, à part les maladies de l'enfance, elle avait toujours joui d'une bonne santé et avait pu travailler comme femme de journée jusque trois mois avant son admission. Elle commença alors à se plaindre d'une douleur atroce et de gonflement dans la jambe droite; elle perdit l'appétit et maigrit. Elle continua cependant d'aller comme elle put lorsque, dix jours avant son entrée, elle fut prise d'une douleur assez intense dans l'épigastre, de nausées, de vomissements, de soif, en même temps que la prostration augmentait.

A son admission, on constate que la malade est une personne assez forte, apathique, et qu'elle est dans une grande prostration. Agitation et insomnie la nuit, mais pas de céphalalgie ni de délire; mémoire bonne. Elle se plaint surtout de vomissements qui ne peuvent pas cesser, de façon qu'elle ne peut rien garder dans l'estomac. Soif vive; langue sèche et rouge partout. Sensibilité marquée à l'épigastre et au-dessous des côtes droites. Le foie s'étend à 2 pouces au-dessous des côtes, sur la ligne mammaire droite, où il mesure verticalement 5 pouces. Sa surface est lisse. Pas d'ascite ni d'augmentation de volume de la rate; garde-ropes régulières. Pouls à 84, faible; signes du cœur et des poumons normaux. Peau fraîche; pas d'éruption; température 36°,6. L'urine contenait du pigment biliaire, mais pas d'albumine. La face est un peu blême, mais les conjonctives sont blanches. La cuisse droite et la jambe sont partout enflées; sensibilité vive sur tout le trajet de la veine fémorale.

Le traitement consiste principalement en lait et glace par la bouche, eau-de-vie et thé de bœuf par le rectum. Mais la malade continue à décliner. Le 16 avril parurent des hoquets avec des vomissements comme du marc de café, et du sang dans les garde-ropes, qui étaient aqueuses. Mort le 18 avril.

Ni avant ni après son admission à l'hôpital, la malade n'avait eu ni frissons avec tremblements, ni transpirations; et durant tout le temps qu'elle fut soumise à notre observation, la température, prise deux fois par jour, ne s'éleva jamais au-dessus de 36°,66 dans l'aisselle et n'atteignit qu'une fois 37°,60 sous la langue.

*Autopsie.* — Deux pouces et demi de graisse aux parois abdominales. Les veines iliaque et fémorale droites sont complètement oblitérées, le caillot