

est décoloré et adhérent sur une étendue de 3 ou 4 pouces au bord du bassin, mais noir et non adhérent au-dessous de ce point. Foie adhérent au duodénum et au côlon; en l'enlevant, on déchira complètement la vésicule, d'où s'échappèrent une quantité de calculs polyédriques du volume d'un noyau de prune et couverts de pus. Ces calculs se trouvaient renfermés dans une cavité limitée par le foie et les parties environnantes, avec sa surface interne ulcérée et communiquant par une large ouverture avec le canal cystique. Au delà de ce point, le canal cystique était oblitéré par des adhérences, mais le canal hépatique était libre. Pas de bile dans la vésicule. Foie parsemé de nombreux dépôts inflammatoires, allant jusqu'au volume d'une cerise, et dont la plupart consistent en une substance ferme, transparente, grisâtre, ramollie; dans quelques-uns à l'état de fluide opaque, semblable à du pus. La substance la plus solide était constituée par des fibres cellulaires à prolongements, et le liquide jaune, de globules huileux mêlés à des granulations, mais pas de vrais corpuscules du pus. Les portions du foie environnantes, la rate et les reins étaient mous, probablement par suite de décomposition rapide. Cœur flasque; péricarde teinté de pigment sanguin. Poumons congestionnés et petites ecchymoses sous-pleurales.

Le cas LXXIII a été remarquable par le volume considérable et par l'absence de toute cause d'inflammation hépatique, sauf des tubercules ramollis dans les glandes du médiastin.

OBS. LXXIII. — *Abcès multiples du foie. — Tubercules ramollis dans les glandes du médiastin.*

Anne C., âgée de cinquante-sept ans, cuisinière, entra dans mon service à l'hôpital Middlesex, le 13 janvier 1868. Son père et sa mère ont vécu jusqu'à quatre-vingts ans, et sauf une hernie ombilicale et une grande disposition au vertige, elle a toujours joui d'une bonne santé jusqu'à la maladie actuelle, qui a débuté, une semaine avant Noël, par une douleur aiguë dans la région du foie, s'étendant en arrière jusqu'au côté gauche. Cette douleur fut accompagnée de symptômes fébriles, perte de l'appétit et du sommeil, et d'un gonflement avec constriction de la partie supérieure de l'abdomen, qui augmentait de jour en jour. Le 5 janvier, on remarqua que sa face et ses yeux étaient légèrement ictériques.

A son entrée, on constate que c'est une femme très-corpulente, dont la peau et les conjonctives présentaient une teinte légèrement ictérique et qui était si faible qu'elle avait de la peine à mouvoir sa masse volumineuse dans son lit. L'abdomen est énorme: il mesure 53 pouces à l'ombilic. Œdème modéré aux deux extrémités inférieures, mais pas de mouvement ondulatoire de liquide dans l'abdomen; la percussion donne un son clair dans les deux flancs. Le volume énorme de l'abdomen paraissait dû en partie à un énorme dépôt de graisse sous-cutané, et en partie à l'augmentation de volume du foie, qui mesurait 9 pouces sur la ligne mammaire droite et dépassait de 5 pouces le bord inférieur des côtes droites. Autant qu'on put en juger à travers des parois abdominales aussi épaisses, l'organe parut uniformément gros dans tous les

sens, et sa surface était dure et unie. Il y avait une sensibilité marquée à la pression et une douleur lancinante qui, du point pressé, correspondait dans le dos. Langue sèche et rouge, soif vive; pas de vomissements; fonction intestinale régulière. Pouls à 108. Bruits du cœur très-faibles, mais pas de souffle. Respiration gênée et thoracique; râles sonores à la base des deux poumons. Urine couleur ambrée foncée, avec dépôt abondant d'urates; pas d'albumine. Intelligence intacte. Température à 36°,6.

Le lendemain de son entrée, on fit prendre à la malade 4 grammes de sulfate de magnésie, répétés trois fois par jour. Mais, après trois doses, les intestins furent si bien nettoyés, qu'on substitua, le 15 janvier, au sel de magnésie une mixture de gentiane et d'acide nitro-chlorhydrique. La diarrhée cependant persista; les déjections étaient aqueuses et brun sombre; la langue continua à être sèche, et la température s'éleva à 38°,55. Dans la nuit du 17 au 18 janvier, subdelirium très-marqué, et dans l'après-midi du 19 la malade succomba subitement par syncope en voulant sortir de son lit.

*Autopsie.* — La couche de graisse des parois abdominales mesure largement 4 pouces d'épaisseur. Le péritoine contenait 1 litre 1/2 de sérosité trouble, avec de petits flocons de lymphes. Le foie est énorme; son bord inférieur dépasse celui des côtes de 5 pouces; il pèse 256 onces et est parsemé partout d'innombrables petits abcès dont la saillie à la surface externe de l'organe lui communique un aspect grossièrement granuleux. Les portions de tissu hépatique qui restaient, se trouvaient dans un état avancé de dégénérescence graisseuse, mais il y avait à peine un quart de pouce de l'organe non affecté de dépôt purulent. Vésicule biliaire considérablement distendue par d'innombrables concrétions noires polygonales, depuis le volume d'une petite cerise jusqu'à celui d'un grain de sable. La plupart étaient petites et ressemblaient à des grains de poudre de guerre. A la coupe, on trouva que les plus gros étaient blancs à l'intérieur et composés de cholestérine. On ouvrit le canal cholédoque, et après un examen attentif, on ne trouva aucune ulcération sur la membrane muqueuse de la vésicule et de tous les conduits, ni sur celle de l'estomac ou des intestins. Pas de pus dans la veine porte, pas d'embolie de l'artère hépatique. Rate grosse et molle. Reins un peu gros et pâles, mais d'apparence normale. Trompe de Fallope droite, dilatée en un kyste du volume d'une orange, contenant un liquide ténu, foncé et avec quelques petites végétations attachées à sa membrane interne. Tumeur fibreuse, grosse comme une noix, dans les parois de l'utérus. Au sommet des deux poumons, il y avait d'anciennes cicatrices tuberculeuses, mais pas de caverne, et dans le médiastin antérieur, deux ou trois collections purulentes, formées par la suppuration des ganglions lymphatiques tuberculeux. Cœur pâle, flasque, facile à déchirer et dans un état avancé de dégénérescence graisseuse.

X. — HÉPATITE ET ABCÈS HÉPATIQUES DES PAYS TROPICAUX.

La pathologie des abcès tropicaux du foie a été une question des plus discutées et sur laquelle les opinions sont encore divisées. La coexistence

fréquente des abcès tropicaux du foie avec la dysenterie a naturellement conduit les pathologistes à rendre ces deux lésions connexes, quelques-uns prétendant, comme Annesley, que la dysenterie est le résultat de l'hépatite, d'autres que l'hépatite est le résultat de la dysenterie, tandis qu'un troisième groupe, parmi lesquels Abercrombie, ont pensé que la coïncidence fréquente de ces deux maladies est purement accidentelle. La doctrine la plus généralement acceptée aujourd'hui dans notre pays est celle qu'a proposée, il y a une trentaine d'années, G. Budd, savoir que l'inflammation hépatique est le résultat de la résorption purulente qui se produit sur le côlon ulcéré, ce qui revient à dire que la pathogénie de l'abcès tropical est la même que celle des abcès pyohémiques de ce pays (1).

Il est si fréquent d'observer dans ce pays l'abcès du foie consécutivement à des ulcères des voies biliaires, de l'estomac, des intestins, ou sous l'influence d'autres sources de résorption purulente, qu'il serait extraordinaire que l'ulcération dysentérique du côlon n'aboutit jamais à un pareil résultat, comme quelques-uns l'ont prétendu. On observe, il est vrai, assez souvent dans l'Inde la dysenterie mortelle, avec ulcération, non accompagnée d'abcès hépatique; mais cela ne prouve pas que l'abcès hépatique ne puisse parfois résulter de la dysenterie, pas plus que cet autre fait, qu'en Europe les abcès pyohémiques ne surviennent qu'exceptionnellement dans les cas d'ulcération intestinale ou sous l'influence des autres sources de résorption purulente déjà énumérées. Il faut quelque chose de plus qu'une plaie à l'air libre pour la production de dépôts pyohémiques: il faut que les matières produites par les plaies se trouvent dans un état particulier de décomposition. Les causes de cette décomposition peuvent être extrinsèques ou intrinsèques: mais là où il n'y a pas cette décomposition, il ne saurait y avoir de pyohémie.

Mais il y a un grand nombre d'abcès observés dans les régions tropicales, qu'on ne peut rapporter à la dysenterie, ni à une origine pyohémique, ni à une lésion traumatique. Ce fait, je l'ai établi, il y a plus de vingt ans (2), comme étant le résultat de mes observations sur les maladies de Burmah, et les faits qui ont été depuis publiés par Morehead (3), Bristowe (4), Frerichs (5), Maclean (6), et autres, me semblent parfaitement concluants là-dessus. Ces faits peuvent être rangés dans quatre catégories.

(1) *Diseases of the Liver*, 3<sup>e</sup> édit., p. 82.

(2) *Observ. on the Climate and Diseases of Burmah*. (*Edinb. med. and surg. Journ.*, 1854, pp. 245-7.)

(3) *Researches on diseases in India*, 1856, t. II, p. 10.

(4) *Pathol. Transact.*, t. IX, p. 250.

(5) *Op. cit.*, p. 368.

(6) Article SUPPURATIVE INFLAMM. OF LIVER in *Reynolds's System of Med.*, t. III, p. 324.

1<sup>o</sup> Il n'est pas rare, dans les régions tropicales, de rencontrer des cas d'abcès du foie suivis de guérison sans que le malade ait des symptômes de dysenterie avant, pendant ou après l'affection hépatique. Je vous donnerai tout à l'heure les détails d'un cas de ce genre (observation LXXIV).

2<sup>o</sup> Dans beaucoup de cas où il y a eu coïncidence d'abcès hépatique et de dysenterie, les symptômes de la première affection ont précédé ceux de la seconde. J'ai rapporté un cas de ce genre dans le huitième volume des *Pathological Transactions* (page 237), et d'autres analogues ont été relatés par Morehead, Waring et Bristowe (1).

On pourrait peut-être arguer que dans les cas compris dans les deux catégories précédentes, l'ulcération dysentérique existait réellement, mais que ses symptômes étaient latents. Le docteur Dickinson, par exemple, a rapporté un cas où une ulcération dysentérique étendue et un volumineux abcès du foie furent constatés après la mort sans que les symptômes observés durant la vie aient pu faire soupçonner l'une ou l'autre maladie (2). Mais bien qu'une explication semblable puisse s'appliquer à un petit nombre de cas exceptionnels, elle est évidemment inapplicable aux résultats des recherches faites par M. Waring qui a montré que sur 300 cas de mort par abcès hépatique dans l'Inde, 82 fois seulement, ou 27, 3 pour cent, l'hépatite avait été précédée de symptômes de dysenterie (3).

3<sup>o</sup> Les cas les plus concluants, toutefois, sont ceux dans lesquels le malade est mort d'abcès hépatique et où l'on n'a trouvé après la mort aucun signe d'ulcération dysentérique. Je vous donnerai tout à l'heure les détails d'un cas de ce genre dans lequel, il est important de le noter, il y a eu pendant la vie une diarrhée très-intense (observation LXXIV). Morehead a observé 21 cas de mort par abcès du foie, « sans aucun signe d'ulcération intestinale » (4), tandis que sur 204 cas d'abcès du foie réunis par Waring, 51, ou exactement un quart, ne présentaient ni ulcérations, ni cicatrices, ni érosions (5). Enfin, dans le Musée pathologique de Netley il y a 48 spécimens d'abcès tropicaux du foie, sur lesquels 34 ne furent compliqués d'aucune lésion intestinale (6).

Il est donc clair que, bien que l'ulcération intestinale dysentérique puisse parfois amener dans le foie des dépôts pyohémiques semblables à

(1) Le docteur James Finlayson a fait remarquer combien l'abcès hépatique peut conduire à la congestion et même à l'ulcération du côlon. (*Glasgow med. Journ.*, feb. 1873.)

(2) *Pathol. Transact.*, 1862, t. XIII, p. 120.

(3) *An Inquiry into the Statistics and Pathol. of Abscess of the Liver*. Trevandrum, 1854.

(4) *Op. cit.*, II, p. 12.

(5) *Op. cit.*

(6) Mac Lean, *op. cit.*, IV, p. 324.

ceux qu'on rencontre dans ce pays, bon nombre de cas d'abcès tropicaux sont indépendants d'une telle origine. On trouverait, je pense, peu de médecins dans l'Inde qui admettraient la validité de l'argument du docteur Moxon, à savoir qu'on trouverait une ulcération ou des cicatrices intestinales dans tous les cas d'abcès tropicaux du foie, si on examinait les intestins avec assez de soin (1).

4° L'anatomie pathologique vient, ce me semble, jeter encore quelque lumière sur l'étiologie de l'abcès hépatique. Les abcès du foie qu'on rencontre dans ce pays, et qui sont le résultat de la résorption qui s'opère sur une plaie ouverte, sont ordinairement, sinon toujours, petits mais nombreux. D'autre part, dans la plupart des cas d'abcès hépatiques observés dans les régions tropicales, il n'y a qu'un abcès, mais il prend de fortes dimensions; dans des cas exceptionnels, il y en a deux ou trois. Dans un cas que j'ai observé récemment, on retira, pendant la vie, par la ponction, 160 onces de pus. Les abcès du foie qui répondent à cette description sont presque inconnus dans ce climat et généralement dans les climats tempérés, sauf chez les individus qui ont été affectés de quelque traumatisme local du foie, ou qui ont fait une résidence dans les pays tropicaux, fait qui serait extraordinaire si leur cause était la même que celle qui donne lieu aux abcès multiples. Même quand on observe la dysenterie sous les climats tempérés, on ne la trouve pas associée à des abcès de cette nature. On sait, sur l'autorité du docteur Baly (2), que parmi plusieurs centaines de cas de dysenterie qui se sont présentés à la prison de Milbank, pas un ne s'est compliqué d'abcès hépatique. En Allemagne, Heubner assure que l'on constate parfois des abcès hépatiques après la dysenterie; « ils sont toutefois multiples et d'origine embolique; » et il ajoute qu'il ne faut pas confondre ces abcès avec les abcès ordinaires des tropiques (3). Ces faits seuls suffisent pour montrer que les abcès tropicaux du foie sont indépendants de la dysenterie. Quant à expliquer

(1) *Pathol. Transact.*, 1873, XXIV, p. 416.

(2) « A propos de la relation étroite qui existe entre la dysenterie et l'inflammation suppurative du foie, on trouvera certainement remarquable que parmi les nombreuses centaines de cas de dysenterie qui se sont présentés à la prison de Milbank pendant ces sept dernières années, pas un n'a été compliqué d'abcès hépatique. Les rapports médicaux de cet établissement, qui remontent jusqu'à l'année 1824, ne font même pas soupçonner que cette complication se soit jamais produite parmi les prisonniers. » Cependant, « dans cette dysenterie de la prison de Milbank, l'affection de la muqueuse, quant à son siège et à sa nature en même temps, a été identique à celle de la dysenterie observée dans l'Inde, à laquelle l'abcès hépatique est si fréquemment associé. » (*Gulstonian Lectures on Dysentery*, 1847.)

(3) Article DYSENTERIE, in Ziemssen's *Cyclop. of med.* Amer. ed. 1875, t. 1, pp. 546, 556. Rokitanski également, dans ses autopsies de dysentériques, n'a jamais trouvé le foie manifestement malade; tandis qu'en France, Broussais, qui a rapporté 17 cas de mort par dysenterie, avec autopsie, ne signale qu'il ait rencontré un abcès du foie dans aucun de ces cas, bien que l'état de cet organe y soit fréquemment mentionné.

le volume considérable et l'unicité des abcès tropicaux par leur plus longue durée comparée à la marche rapide des abcès multiples qu'on rencontre dans la pyohémie (1), c'est mal envisager, ce me semble, l'histoire clinique de ces deux maladies; dans les pays tropicaux, un énorme abcès peut se former en une quinzaine, mais dans ces régions aussi bien que sous les climats tempérés on trouvera des petits abcès multiples après une maladie qui a duré des mois.

C'est pour ces raisons que j'ai proposé de désigner le gros abcès solitaire si commun dans les pays chauds sous le nom d'*abcès tropical*, pour le distinguer de l'*abcès pyohémique*, qui est la forme communément observée dans ce pays.

Si je propose ces dénominations, je ne prétends pas pour cela que les petits abcès multiples soient inconnus dans les tropiques (2); mais, autant que j'ai pu m'en assurer, on ne rencontre jamais cette forme que liée à la dysenterie ou à quelque autre source de résorption purulente. Il ne faut pas oublier d'ailleurs qu'un seul large abcès, comme une hydatide suppurée du foie, par exemple, peut être une source d'infection et le point de départ de petits abcès secondaires. L'abcès tropical unique peut aussi coexister avec la dysenterie; mais, étant donné le grand nombre de cas dans lesquels la dysenterie et l'abcès hépatique sont indépendants l'un de l'autre, il s'ensuit que lorsqu'ils coexistent, ils sont ou bien l'effet d'une cause commune qui, chez certaines personnes, produira chacune des maladies séparément, ou d'une concurrence de causes qui, individuellement, ne déterminent qu'une de ces maladies. Cette dernière vue est confirmée par ce fait que, dans les climats tempérés, un abcès volumineux ne se rencontre pas en connexion avec la dysenterie. En supposant, par exemple, ce qui est probablement la vérité, que la dysenterie résulte de l'absorption d'un poison qui pénètre dans l'organisme par l'air respiré ou par l'eau ingérée, et que l'hépatite puisse être déterminée par un refroidissement chez un individu dont le foie a été congestionné par une résidence dans un pays chaud, avec l'aide de l'intempérance, d'ingesta irritants et l'exposition à la malaria des fièvres tropicales (voir p. 135), on concevra aisément que dans un pays comme l'Inde, où toutes ces causes exercent si souvent leur action simultanément, on observe maintes fois des cas de dysenterie et d'hépatite réunies aussi bien qu'isolées.

(1) Moxon, *loc. cit.*

(2) Sur 300 cas d'abcès dans l'Inde réunis par Waring, le nombre des abcès n'est pas indiqué pour 12 cas. Sur les 288 restants, il n'y a eu qu'un abcès dans 177 cas, deux abcès dans 33, trois dans 11, quatre dans 17, cinq à dix dans 10 et plus de dix dans 40. (*An Inquiry into the Statistics and Pathology of some points connected with Abscess of the liver, as met with in the East Indies*. Trevandrum, 1854, p. 125.)

La distinction que j'ai établie tout à l'heure entre l'abcès pyohémique et l'abcès tropical est loin de n'avoir qu'un intérêt dogmatique : elle a une grande importance pour le pronostic et le traitement. L'abcès pyohémique est de beaucoup le plus sérieux et celui des deux qui entraîne le plus souvent la mort. Le danger réside dans l'empoisonnement du sang, et non dans la maladie locale, et il est bien rare, si même cela arrive, qu'on en guérisse. L'abcès tropical est une maladie locale dont on guérit assez souvent : l'abcès peut se vider de lui-même dans les poumons, l'estomac, l'intestin ou à l'extérieur, et permettre ainsi le rétablissement, terminaisons qui ne se présentent pas avec les abcès pyohémiques ; ou bien enfin, le chirurgien peut imiter un des modes de terminaison des abcès hépatiques en vidant l'abcès par une ouverture externe, pratique qui serait manifestement pis que sans utilité dans l'abcès pyohémique. Il s'ensuit donc qu'il y a quelque importance pratique à pouvoir distinguer pendant la vie l'abcès pyohémique de l'abcès tropical. J'ai exposé précédemment les caractères du premier : il me reste à vous parler du dernier.

**Symptômes.** A. *Dans la première période de la maladie*, les principaux phénomènes pathologiques qu'on observe sont ceux de la congestion hépatique, déjà décrits (voy. p. 134). Il y a des frissons suivis de fièvre, souvent d'un type rémittent, accompagnés de douleur et de sensibilité, ou plus fréquemment d'une sensation de pesanteur, de plénitude ou de malaise dans la région du foie et parfois de douleur dans l'épaule droite ; il y a de la gêne dans les mouvements respiratoires des côtes droites, une toux sèche, l'aire de la matité hépatique est uniformément augmentée et il y a un peu d'ictère. L'augmentation de volume, cependant, est moindre, en somme, et l'ictère plus rare que dans la congestion du foie résultant d'une affection cardiaque ou pulmonaire. Cela est dû à cette circonstance que les branches des veines porte et hépatique, qui sont gorgées dans le dernier cas, sont beaucoup plus volumineuses que celles de l'artère hépatique où siège principalement la congestion qui précède la formation de l'abcès. Mais dans bien des cas, il n'y a pas de signes locaux indiquant que le foie soit intéressé, et en réalité les seuls symptômes qu'on observe peuvent être ceux d'une fièvre intermittente ou rémittente, qu'on peut penser être paludéenne.

B. *Lorsque l'inflammation va jusqu'à la suppuration*, ce qui, à moins qu'elle ne se termine préalablement par résolution, arrive au bout de huit à douze jours, les symptômes sont comme suit :

1° Le volume du foie est augmenté, mais non plus uniformément. La limite normale de la matité hépatique est modifiée, et on constate une saillie en haut, en bas, en avant ou en dehors, suivant la direction que prend l'abcès dans chaque cas (voy. fig. 22, p. 198). Souvent il y a vous-

sure des côtes, avec effacement des espaces intercostaux, ou bien il y a une saillie à l'épigastre, ou dans l'hypochondre droit, comme cela se présente dans les tumeurs hydatides.

2° Cette voussure ou tumeur est tendue, arrondie, lisse et exempte de toute inégalité. Toutefois dans la période avancée de cas exceptionnels, le bord du foie peut présenter des nodosités par suite du développement à sa surface de petits abcès pyohémiques secondaires.

3° On constate généralement de la fluctuation dans la tumeur, et elle y est plus ou moins distincte suivant la distance qui sépare l'abcès de la surface. Cependant la sensation de vibration qu'on peut souvent percevoir en percutant une tumeur hydatique (voy. p. 55), ne peut pas être obtenue sur un abcès à cause de la plus grande épaisseur de son contenu. Un autre caractère distinctif de l'abcès tropical, c'est que la fluctuation y est parfois entourée d'un cercle d'induration.

Mais bien que l'abcès tropical soit une cause d'augmentation de volume du foie, un abcès assez considérable, s'il est profondément situé, pourra ne donner lieu, en apparence, à aucune fluctuation, voussure, ou même augmentation de volume. C'est là un fait que je ne saurais trop fortement fixer dans votre mémoire.

4° La douleur et la sensibilité manquent souvent. Lorsqu'elle existe, la douleur est sourde, pesante, et n'a pas ce caractère aigu qu'on observe tout d'abord et si fréquemment dans les abcès pyohémiques. Cela tient à ce que cet abcès est ordinairement, dès le début, à l'intérieur du foie. La douleur ne devient aiguë, comme celle de la pleurésie, et la sensibilité vive, que lorsque la matière se rapproche de la surface du foie et détermine de la périhépatite ou presse sur les téguments. Aussi cette douleur aiguë marque souvent la dernière phase, plutôt que le début, de ce processus morbide. Quelques cas sont remarquablement latents, pour ce qui concerne la douleur, pendant toute leur durée ; tandis que dans d'autres, il ne se produit de la douleur que lorsque le malade fait une longue inspiration et qu'en même temps on exerce une pression au-dessous du rebord costal ou sur l'extrémité inférieure du sternum. Il n'est pas rare de constater une douleur sympathique dans l'épaule droite, surtout lorsque l'abcès est situé sur la surface convexe du lobe droit ; mais dans la plupart des cas elle manque. La présence de la douleur augmentera évidemment l'importance des autres symptômes, bien que son absence ne la diminue pas.

5° L'ascite, l'œdème des extrémités, le développement des veines superficielles de l'abdomen et les hémorroïdes, ne sont pas des caractères distinctifs des abcès tropicaux, pas plus que de l'hydatide du foie. Leur présence dans certains cas rares est purement accidentelle et due à la compression exercée par la tumeur sur le tronc de la veine porte ou

de la veine cave inférieure. Quelquefois on trouve du liquide dans le péritoine, ce qui est l'effet d'une péritonite.

6° On constate rarement une augmentation du volume de la rate dans les abcès tropicaux.

7° L'ictère est un symptôme plus rare dans l'abcès tropical que dans l'abcès pyohémique. On peut même dire qu'il est tout à fait exceptionnel, si l'on ne tient pas compte de cette légère teinte ictérique qu'on observe dans la première période de la maladie. Morehead n'a noté l'ictère que 5 fois sur plus de 120 cas (1). Lorsqu'il survient, il a, la plupart du temps, une origine mécanique et est dû à la concomitance du catarrhe des voies biliaires ou à la compression directe des gros conduits par l'abcès.

8° Les symptômes constitutionnels sont importants en ce qu'ils servent à distinguer l'abcès tropical de la tumeur hydatique, et aussi par ce fait qu'en l'absence de signes locaux, ce n'est que sur eux qu'on peut baser le diagnostic. Quand la suppuration s'est établie, on constate surtout une émaciation progressive et de la fièvre hectique. Si la fréquence du pouls est augmentée, elle n'est pas très-marquée; mais (à moins que l'abcès ne se soit enkysté et ne reste stationnaire), il y a presque toujours une élévation de température assez notable à quelque moment de la journée. Les frissons et les sueurs nocturnes sont moins accusés que dans les abcès pyohémiques. La langue se couvre d'un enduit grisâtre ou jaunâtre, et dans la période avancée, elle peut être extraordinairement sèche, rouge et couverte d'aphthes. La perte de l'appétit est un symptôme assez ordinaire, mais qui est loin d'être invariable. Les vomissements opiniâtres existent dans beaucoup de cas (2) et doivent toujours, dans une région tropicale, faire soupçonner un abcès du foie. On l'observera surtout quand l'abcès est sur le point de se vider dans l'estomac ou le duodénum, et l'épuisement de l'organisme qui en résulte peut être la cause immédiate de la mort. Dans quelques cas, il y a de la diarrhée ou même de la dysenterie. L'urine est chargée d'urates ou d'acide urique et contient beaucoup de pigment; l'urée est considérablement augmentée, mais lorsque le tissu hépatique a été en grande partie détruit, l'urée peut manquer (3). Une albuminurie temporaire, souvent très-marquée,

(1) *Resear. on Diseases in India*, 2<sup>e</sup> édit. 1860, p. 373.

(2) Voir docteur W. C. Mac Lean et Sir Joseph Fayrer, *British medical Journal*, 1874, t. II, 138, 401.

(3) Le docteur Brouardel dans ses remarquables recherches sur l'Urée et le Foie (*Archiv. de Physiol.*, 1876, p. 554 et Dubain, *Thèses de Paris*, 1876, n<sup>o</sup> 110, p. 23), a constaté une diminution très-notable dans la quantité d'urée excrétée chez une malade de son service affectée d'hépatite suppurée. Toutefois il pourrait y avoir à faire quelques réserves sur ce cas : mais je ne les exposerai que quand cette question sera traitée plus directement, c'est-à-dire dans la XIV<sup>e</sup> leçon. (N. D. T.)

n'est pas rare. Très-souvent, il y a une sorte de toux sèche, et la respiration est accélérée, surtout quand l'abcès est sur le point de perforer le diaphragme, et alors aussi on peut entendre un bruit de frottement à la base du poumon droit.

Toutefois, il importe de se rappeler qu'un abcès tropical du foie peut être tellement latent qu'il ne se révèle ni par des signes locaux, ni par des symptômes constitutionnels. Plus d'une fois les seuls symptômes constatés sont de l'affaiblissement et une fièvre paroxystique qu'on peut croire d'origine tellurique, mais dont on soupçonne la nature réelle quand on voit qu'elle résiste à de fortes doses de quinine. Dans quelques cas, comme nous aurons occasion de le voir bientôt, il n'y a même pas de fièvre.

9° La durée de l'abcès tropical a une certaine importance au point de vue du diagnostic. Quoiqu'il puisse se terminer par la mort ou se frayer une issue dans quelque direction, dans l'espace de trois semaines à partir de l'apparition des symptômes, cependant la marche de la maladie est en somme moins rapide que celle de l'abcès pyohémique. Très-souvent il persiste deux, trois et même six mois, et il n'est pas rare de voir un petit abcès tropical avec des parois épaisses organisées rester des mois et des années à l'état stationnaire, pour grossir et se rompre ensuite. C'est ainsi qu'on peut s'expliquer quelques cas observés dans notre pays, où de vastes abcès se sont formés chez certaines personnes plusieurs années après leur retour de l'Inde; tandis que d'autres sont peut-être ce que Sir James Pajet appellerait des abcès résiduels (1), c'est-à-dire des abcès formés dans ou autour des résidus d'une inflammation antérieure.

10° Les circonstances dans lesquelles survient l'abcès tropical peuvent parfois aider beaucoup le diagnostic :

a. Sa fréquence dans certaines régions des tropiques, et particulièrement dans l'Inde et la Chine, et son extrême rareté dans les climats tempérés, sauf chez les personnes qui ont été dans les pays chauds. Dans les Indes occidentales, chose assez curieuse, il est relativement rare.

b. On le rencontre surtout entre vingt et quarante-cinq ans.

c. Il est très-commun chez les personnes d'habitudes indolentes et qui ont été gros mangeurs ou qui ont abusé de l'alcool. Sur 40 cas dans lesquels Waring a noté les habitudes, 67,5 pour cent étaient marqués par l'intempérance.

d. La concomitance de la dysenterie.

11° Les maladies qu'on peut le plus aisément confondre avec l'abcès

(1) On Residual Abscesses, *Saint-Barthol. Hosp. Reports*, 1869, V, 73. (Ce mémoire a été compris dans les *Leçons de Clinique chirurg.* trad. par Petit, p. 395, 1877.)

tropical, sont la tumeur hydatique, l'engorgement inflammatoire de la vésicule biliaire, les abcès pyohémiques et l'abcès des parois abdominales (voy. p. 13).

a. L'hydatide du foie est la tumeur qu'on peut le plus facilement prendre pour un abcès. Dans les deux cas, il peut y avoir une saillie à la surface du contour général de l'organe, avec fluctuation et parfois voussure des côtes, ou tumeur semi-globulaire à l'épigastre. On distinguera l'abcès tropical de l'hydatide surtout par la présence de la douleur, par sa marche plus rapide, par ses symptômes constitutionnels et par les circonstances sous l'influence desquelles il survient. Il ne faut pas perdre de vue cependant qu'une hydatide peut suppurer ou se convertir en un abcès. Tout au plus peut-on commettre, en pareil cas, une erreur de diagnostic si le malade, comme cela arrive souvent, a ignoré l'existence de sa tumeur hydatique avant l'invasion des symptômes aigus qu'a provoqués son inflammation. Une ponction exploratrice lèvera généralement tous les doutes, tandis que le traitement est le même dans les deux cas.

b. Les circonstances dans lesquelles une augmentation de volume de la vésicule peut simuler un abcès hépatique, et les caractères au moyen desquels on le reconnaîtra seront examinés dans une prochaine leçon. Je ferai cependant remarquer ici qu'un abcès volumineux en connexion avec le foie, constaté chez une personne qui n'a jamais quitté ce pays, est dans la plupart des cas ou bien une hydatide suppurée ou une inflammation de la vésicule.

c. Les symptômes généraux de l'abcès tropical et de l'abcès pyohémique peuvent être identiques. Pour les distinguer, il faut se guider principalement sur la forme de la tumeur, les circonstances dans lesquelles la maladie est survenue (voy. pp. 172 et 191), et la plus grande tendance qu'a l'abcès pyohémique à produire l'ictère et les symptômes de l'empoisonnement du sang.

**Traitement.** — A. *Avant la suppuration.* Jusqu'à une époque relativement récente, les deux moyens employés ordinairement contre l'abcès tropical étaient la saignée générale et le mercure. Pour ce qui est de la saignée, il n'est pas douteux que si l'on a affaire à des Européens pléthoriques, mais récemment arrivés dans les pays tropicaux, et chez lesquels la maladie se présente souvent sous sa forme aiguë, avec un pouls plein et fort et une température élevée, elle allège fréquemment les douleurs et abat la fièvre; mais il n'est pas prouvé qu'elle prévienne la suppuration, quelques-uns même prétendent qu'elle l'avance: tous ses bons effets seront d'ailleurs aussi bien obtenus à l'aide de quelques sangsues appliquées sur la région du foie ou à l'anus. On peut en dire autant du mercure. Poussé jusqu'à la salivation, il aurait plutôt pour

effet de favoriser la suppuration que de l'empêcher, et il augmentera certainement la disposition à la cachexie miasmatique et à l'anémie: on ne doit donc pas l'employer, sauf comme purgatif. Les règles pour le traitement de la première période de l'hépatite tropicale sont les mêmes que celles développées dans la leçon précédente pour la congestion du foie (p. 138); les médicaments sur lesquels on pourra le plus compter sont le chlorure d'ammonium et l'ipécacuanha à hautes doses. La disposition à la diarrhée ou à la dysenterie exige qu'on soit plus réservé sur l'emploi des purgatifs que dans les congestions hépatiques ordinaires de ce pays.

B. *Après la suppuration.* — Dans l'abcès tropical du foie, non-seulement on peut espérer prévenir la suppuration par un traitement approprié, mais même après qu'elle s'est établie, le cas est loin d'être nécessairement fatal comme quand il s'agit d'un abcès pyohémique. Toutefois le traitement qui convenait à la période antérieure à la suppuration n'est plus applicable quand celle-ci est établie.

1° On peut encore faire des fomentations chaudes et appliquer des cataplasmes sur la région du foie, et s'il survient quelque douleur aiguë, bien que cela indique généralement une période avancée de la maladie, quelques sangsues souvent soulageront.

2° On doit soutenir les forces du malade par des acides minéraux et des toniques végétaux, et en particulier par l'acide sulfurique ou nitrique et la quinine.

3° L'opium est, dans la plupart des cas, nécessaire pour calmer la douleur, procurer du sommeil ou adoucir la fatigue de la toux.

4° Il n'est plus utile de recourir aux purgatifs. S'il y a de la constipation, on donnera de temps à autre un léger laxatif; mais le plus ordinairement il y a diarrhée ou dysenterie, ce qui nécessite l'emploi des astringents végétaux et minéraux avec des lavements ou des suppositoires opiacés.

5° Le régime devra être plus tonique que celui permis pendant la période de congestion; et si la circulation est languissante, il sera utile de prescrire un peu de vin ou d'eau-de-vie.

6° Dans les abcès multiples, qui doivent être regardés comme une manifestation locale d'une maladie générale, il est clair qu'on ne retirera aucun bien de l'intervention chirurgicale: mais si l'on n'a affaire qu'à un seul abcès volumineux, les symptômes généraux étant ici le résultat de la maladie locale, il peut parfaitement y avoir utilité à évacuer le pus. Il n'y a pas de doute qu'un vaste abcès du foie peut s'enkyster et se rétracter, et arriver à ce qu'on appelle la guérison spontanée, indépendamment de la rupture; mais le fait est si rare qu'on ne saurait faire fond là-dessus. Un autre mode de terminaison favorable,