

c'est l'évacuation spontanée de l'abcès par les bronches, par l'intestin, ou en dehors à travers la paroi abdominale; mais ces modes de terminaison ont leurs inconvénients et il arrive souvent que le malade succombe à l'épuisement occasionné par la fièvre, la pneumonie ou la diarrhée, pour ne rien dire de la menace continuelle de mort qu'ils tiennent suspendue par la possibilité de la rupture de l'abcès dans le péricarde, la plèvre ou le péritoine. Dans une forte proportion de cas, cependant, le malade meurt pendant que l'abcès est encore dans le foie (1). Dans ces conditions, l'avantage qu'il y a à hâter l'évacuation du pus ressort de lui-même.

Vous trouverez néanmoins que l'opinion des médecins est divisée sur cette question importante. Le docteur Budd, dans son éminent ouvrage sur les *Maladies du foie*, regarde les dangers de l'opération si nombreux et si grands, qu'il vaut mieux ne pas intervenir et laisser l'abcès s'ouvrir de lui-même (2). Quelques auteurs, comme Frerichs (3) et Morehead (4), conseillent d'ouvrir l'abcès seulement dans certains cas; tandis que d'autres, tels que le docteur Murray, ancien inspecteur général des hôpitaux au Bengale, le docteur Cameron, et sir Ranald Martin (6), sont d'avis « que si l'on a des raisons valables pour croire qu'il existe un abcès du foie, il n'y a pas un jour à perdre pour l'évacuer par la ponction, et qu'on est justifié, en même temps que c'est une question de sécurité, à s'efforcer de l'atteindre avec un trocart quand il est profondément situé, tout en évitant la vésicule et les grosses veines (7). » Le docteur Cameron va même si loin qu'il recommande d'explorer le foie avec un trocart toutes les fois qu'on soupçonne l'existence d'un abcès, bien qu'elle ne soit pas certaine, et il a publié des cas où on ne trouva pas de pus et où cependant l'état du malade s'améliora au lieu de s'aggraver consécutivement à l'exploration. Au milieu d'opinions aussi contradictoires, il n'y a d'autre moyen de se former un jugement qu'à peser d'un côté les dangers de l'opération, et de l'autre ceux de la non-intervention.

Les objections principales qui s'élèvent contre l'opération sont les suivantes :

a. Le pus peut fuser dans le péritoine et déterminer une péritonite

(1) Sur 300 cas de mort par abcès hépatique réunis par M. Waring, au moment de la mort l'abcès n'avait pas dépassé les limites du foie dans 169 cas; dans 48, il fut ouvert par l'opération; dans 42, il s'est ouvert spontanément dans le poumon droit ou la cavité thoracique; 15 fois dans le péritoine, 8 dans l'estomac ou le côlon, 3 dans la veine hépatique, etc. (*Op. cit.*)

(2) *Op. cit.*, 3^e édit., 1857, p. 124.

(3) *Op. cit.*, p. 397.

(4) *Res. on Diseases in India*, 2^e édit., 1860, p. 410.

(5) *The Lancet*, 6 et 13 juin, et 8 août 1863.

(6) *The Lancet*, 20 et 27 août 1864.

(7) Cameron, *the Lancet*, 6 juin 1863, p. 931.

mortelle. Dans la plupart des cas cependant, lorsque l'abcès est rapproché de la surface, il pourrait y avoir des adhérences qui empêcheraient l'entrée du pus dans le péritoine. Morehead dit que l'absence d'adhérences est tout à fait exceptionnelle (3 fois sur 76 cas de mort). De plus, si on le désire, il est toujours possible de provoquer des adhérences.

b. L'air pénétrera dans l'abcès et y rallumera l'inflammation, d'où pyohémie. C'est là évidemment une source de danger; mais il est tout aussi bien à craindre si l'abcès s'ouvre spontanément dans l'intestin, dans une bronche ou extérieurement. En outre, on peut dans une grande mesure le prévenir par l'emploi des antiseptiques.

c. La lésion déterminée par la ponction peut produire une hémorragie et allumer une inflammation dans le tissu hépatique. Autant que j'ai pu m'en convaincre, cette objection est fondée sur des considérations théoriques plutôt que sur l'observation actuelle. J'ai eu plusieurs fois l'occasion de confirmer l'opinion exprimée par le docteur Cameron, savoir qu'on peut plonger un trocart capillaire dans le foie sans aucun mauvais résultat et sans même qu'on puisse découvrir trace de ponction quand la mort survient peu de temps après (voir observation LXXXII).

d. L'opération peut hâter la terminaison fatale par la gangrène des tissus autour de la plaie qui pénètre dans le foie (1). Cet accident a été observé principalement quand l'ouverture a été faite dans un espace intercostal, et il survient aussi bien, comme Morehead l'a montré, quand l'ouverture se produit spontanément ou quand elle est pratiquée artificiellement (2). La gangrène est très-probablement liée à la carie ou à la nécrose des côtes qui existe presque toujours dans ces cas et qui probablement ne se présenterait pas si l'abcès était ouvert avant que les côtes ne fussent intéressées. On pourrait encore éviter ce danger en pratiquant l'ouverture au-dessous des côtes et en employant les antiseptiques.

Voici maintenant les principaux dangers de la non-intervention.

a. L'abcès devient de jour en jour plus considérable, une portion de plus en plus grande de tissu hépatique est détruite, et finalement la glande peut être réduite à un simple sac contenant du pus pendant que les autres organes sont comprimés et que les côtes sont érodées.

b. Le malade peut mourir subitement par rupture de l'abcès dans le péricarde, le péritoine ou la plèvre. J'ai vu, il n'y a pas longtemps, un malade avec un abcès du foie commençant à faire saillie à l'épigastre. Je proposai la paracentèse; mais comme on ne considérait pas le cas comme urgent, l'opération fut remise. Deux jours après, le malade mourut tout à fait subitement. L'abcès, au lieu de s'ouvrir dans le côlon, avait fusé dans le péritoine.

(1) Mac Lean, *the Lancet*, 1863, 18 juillet.

(2) *Op. cit.*, p. 410.

c. La majorité des individus atteints d'abcès du foie meurent d'épuisement par suite de la fièvre hectique ou de la diarrhée, soit pendant que l'abcès est encore dans le foie, soit après qu'il s'est rompu.

On a invoqué la statistique pour prouver l'inutilité de l'intervention chirurgicale. Sur 81 des cas réunis par M. Waring où l'abcès fut ouvert, 15 seulement (ou 18,5 0/0) guérissent, et 8 sur les 24 cas de Morehead, c'est-à-dire 1/3. Mais dans bon nombre de ces cas la mort fut causée, non par l'opération, mais probablement parce qu'on l'avait trop différée, ou à la négligence des précautions convenables; sans compter que plusieurs des cas de Waring portaient sur des abcès multiples pour lesquels l'opération n'était évidemment pas indiquée. D'un autre côté, sur les 203 cas réunis par Rouis, où l'abcès ne fut pas ouvert, 162 ou 80 0/0 moururent (1).

Après avoir donc pesé rigoureusement les dangers de l'opération d'un côté et les dangers de l'expectation de l'autre, je n'hésite pas à vous recommander d'évacuer le pus, avec les précautions convenables, dans un grand nombre de cas d'abcès tropical du foie. L'opération ne peut pas être exempte de dangers; mais compter dans ces cas sur la nature, comme on dit, c'est compter sur la mort. Voici d'ailleurs quelques règles qui pourront vous guider pour prendre une détermination :

a. Dans tous les cas où il y a une tumeur fluctuante visible, opérez tout de suite.

b. Dans les cas où existent les symptômes d'abcès du foie, avec une tumeur distincte dépassant le contour normal du foie, ou produisant une voussure des côtes, quoiqu'il n'y ait pas de fluctuation, il sera bon d'opérer.

c. Lorsque les symptômes d'abcès coexistent avec une augmentation uniforme du volume du foie, mais sans tumeur ou voussure distincte, s'il y a de l'œdème local, ou effacement d'un espace intercostal, ou douleur localisée en un endroit lorsqu'on y exerce de la pression ou lorsque le malade fait une large inspiration, il sera bon également d'opérer.

d. S'il n'y a pas de signes locaux d'abcès, mais si les symptômes constitutionnels ne laissent que peu de doute sur son existence, et s'ils sont graves, on fera bien de pratiquer une ou plusieurs ponctions exploratrices avec l'aspirateur (voir obs. LXXXII). Même si on n'atteint pas l'abcès, la soustraction d'une petite quantité de sang du foie amène parfois un grand soulagement.

e. Lorsque par suite de la présence de lictère ou autres symptômes, on a tout lieu de craindre que les abcès soient nombreux, il vaudra mieux s'abstenir de toute opération.

Quand on est décidé à opérer, voici comment on peut procéder :

(1) Ferriehs, *op. cit.*, p. 387.

a. S'il y a une saillie distincte, avec rougeur inflammatoire de la peau, et si l'abcès est petit, on peut ouvrir avec le bistouri.

b. Dans d'autres circonstances, un petit trocart est préférable, et il faut l'introduire partout où il y a la plus légère plénitude, de l'œdème superficiel ou de la sensibilité.

c. Quand l'abcès est petit, ne contenant pas plus de dix à douze onces, on peut l'évacuer complètement et y maintenir pendant quelques jours un tube à drainage. Après l'ablation du tube, on lui substitue une simple compresse imbibée d'huile phéniquée.

d. Dans tous les cas où l'on pratique une ouverture à l'extérieur, on doit employer très-rigoureusement les moyens antiseptiques recommandés par le professeur Lister, et lorsque l'abcès est très-volumineux, on hâtera souvent la guérison en pratiquant une contre-ouverture et en faisant passer un tube à drainage à travers les deux ouvertures.

e. Si l'abcès est très-volumineux, il vaudra mieux l'évacuer par portions successives, à de courts intervalles, en ayant bien soin d'éviter chaque fois la pénétration de l'air; but pour lequel la seringue de Bowditch ou l'aspirateur de Dieulafoy sont très-bien adaptés (1).

f. Dans les cas exceptionnels où il n'existe pas d'adhérences, il sera prudent d'en provoquer la formation par l'application locale de potasse caustique avant de pratiquer la ponction; mais si on ponctionne dans un espace intercostal, cette précaution n'est pas nécessaire.

Le premier des cas suivants est un excellent exemple d'abcès tropical du foie indépendant de la dysenterie, bien que, après la formation du pus, la diarrhée ait été un des principaux symptômes. Il est à regretter que l'abcès n'ait pas été ponctionné; mais, il y a vingt-trois ans, on pratiquait rarement cette opération.

OBS. LXXIV. — *Abcès tropical du foie. — Pas d'ulcération intestinale dysentérique.*

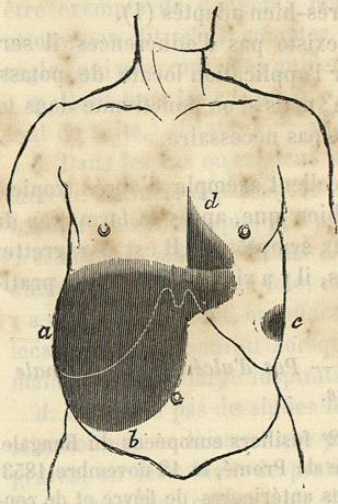
H. C., âgé de trente-trois ans, soldat au 2^e fusiliers européens du Bengale, entra dans mon service à l'hôpital militaire de Promé, le 12 novembre 1853. Habitudes très-dérégées, plusieurs attaques antérieures de fièvre et de congestion du foie; peu de temps avant son entrée, il a été exposé presque continuellement pendant trois semaines à l'humidité sur le pont des steamers, pendant le trajet de Calcutta à Rangoon et depuis Rangoon sur le Irrawaddi jusqu'à Promé. Il n'a jamais eu de dysenterie. Il a commencé à avoir la fièvre et à se plaindre de douleur dans le côté droit, pendant la première semaine d'octobre, pendant le trajet de Calcutta. Mais son état ne l'empêcha pas de rester

(1) Je renvoie le lecteur à un cas intéressant rapporté par le professeur Mac Lean, C. B., où la guérison fut obtenue après l'évacuation de 108 onces de pus à l'aide de l'aspirateur. (*The Lancet*, 1873, t. II, 39.)

sa tâche jusque peu de jours avant son entrée, où la douleur du côté empira sérieusement.

A son entrée, le pouls est à 112; la peau est chaude. Vive douleur dans la région du foie, s'étendant jusqu'à l'épaule, et augmentant pendant la toux ou une longue inspiration; grande sensibilité à la pression sur l'épigastre et au-dessous des côtes droites. La matité hépatique mesure six pouces sur la ligne mammaire droite. En arrière et en haut, les limites de la matité hépatique sont normales et l'augmentation de volume paraît ne porter que sur le bord inférieur. Pas de fluctuation, pas d'ictère ni d'ascite; mais le mouvement des côtes pendant la respiration est moins marqué à droite qu'à gauche, et la toux est fréquente. Langue humide, épaisse et blanche; souvent des vomissements. Un jour ou deux avant l'admission, il y avait eu un peu de relâchement, mais en ce moment il y a de la constipation; un peu d'ardeur dans le canal pendant la miction; urine fortement colorée, densité 1027, pas d'albumine, mais dépôts d'acide urique.

On applique des ventouses scarifiées sur la région du foie, de façon à retirer 8 onces de sang, et pendant la première semaine de son admission, on lui administre du calomel et de l'opium, et plus tard de l'acide nitro-chlorhydrique, de la quinine, des opiacés et du vin.



La figure 22 montre l'étendue de la matité hépatique et la voussure des côtes chez H. C. le 2 décembre 1853.

La ligne mammaire, une voussure distincte, unie, arrondie, avec une fluctuation obscure au centre. La matité hépatique sur la ligne mammaire droite est maintenant de huit pouces, l'augmentation portant sur l'extension en bas de l'aire de la matité. Il y a aussi une voussure considérable des dernières

Le 18 novembre survient de la diarrhée, avec sueurs profuses la nuit, mais pas de frissons. Les vomissements continuent. La langue devient nette, très-rouge et présente des fissures profondes. La toux ainsi que les brûlements pendant la miction ont cessé, mais les vomissements et la diarrhée ont persisté malgré les médicaments. Le 20 novembre, la langue est sèche et brune; émaciation considérable, mais relativement cessation des douleurs jusqu'au 26, où survient une douleur aiguë, traversant la région du foie et s'étendant jusqu'à l'épaule droite. Le lendemain, cette crise avait cessé, et après cela il n'y eut plus que quelques évacuations par le haut et par le bas, mais les symptômes furent surtout ceux de la fièvre hectique avec prostration croissante jusqu'au 1^{er} décembre. On remarqua alors au-dessous des côtes droites, un peu à droite de

côtes droites. Le malade n'éprouve plus de souffrance, les évacuations ont cessé; mais les joues se creusent, présentent une rougeur hectique; la fièvre et les sueurs nocturnes persistent, la langue est sèche et brune et les dents sont fuligineuses. Le 8 décembre, la prostration est extrême; le lendemain délire, et à 9 heures 30 du soir, le malade succombe.

A l'autopsie, dix heures après la mort, on trouve un énorme abcès dans le lobe droit du foie, contenant 4 litres et demi de pus teinté de rouge et composé de corpuscules de pus avec des globules huileux et des cellules hépatiques en voie de désorganisation. Les parois de l'abcès étaient constituées par le tissu hépatique tapissé de produits inflammatoires; ces parois étaient très-amincies en deux endroits, l'un situé au-dessous du rebord costal et correspondant à la tumeur observée pendant la vie, et l'autre en arrière près la scissure médiane. L'estomac et l'intestin ne présentaient aucune trace de cicatrice ou d'ulcération récente. La rate, les poumons et le cœur sont normaux. Anciennes adhérences entre les surfaces opposées de la plèvre gauche; les cavités du cœur, surtout à droite, contenaient une grande quantité de fibrine décolorée.

L'observation LXXV est un autre exemple d'abcès tropical indépendant de la dysenterie. La mort fut causée par l'apparition de la pyohémie et d'abcès secondaires sur l'ouverture. Les bons effets qui suivirent immédiatement l'opération font regretter qu'on n'ait pas évacué le pus par portions successives avec un trocart capillaire et qu'on n'ait pas mis en pratique plus complètement la méthode antiseptique.

OBS. LXXV. — *Abcès tropical du foie indépendant de la dysenterie. — Large ouverture. — Abcès secondaires et diarrhée. — Mort par épuisement.*

Foogeeek Kitche, âgé de trente-neuf ans, jongleur japonais, fut admis à l'hôpital Middlesex le 5 janvier 1871. Il a quitté le Japon 16 mois auparavant pour aller à Madras, où il resta un mois et but beaucoup de genièvre. Il n'a jamais eu de dysenterie et a toujours joui d'une bonne santé jusque trois mois après son débarquement en Angleterre, en juillet 1870. Il commença alors à se plaindre de faiblesse, perte de l'appétit, transpirations nocturnes, et parfois douleur dans le côté droit, et depuis lors amaigrissement progressif. Un mois avant son entrée à l'hôpital, il fut obligé de cesser son travail; il remarqua alors pour la première fois un gonflement au-dessous des côtes droites qui augmenta rapidement.

A son entrée, il était émacié et se plaignait de douleur et de gonflement dans le côté droit. A l'épigastre et dans l'hypochondre droit on constate une tumeur faisant saillie à la surface du foie et du volume d'une noix de coco. Cette tumeur produisait une légère inversion des dernières côtes, donnait de la matité à la percussion, était lisse, très-élastique, mais sans présenter de vibration, et n'était que très-peu sensible même en la manipulant librement. La matité hépatique sur la ligne mammaire droite, comprenant la tumeur, est de

5 pouces 1/2. En arrière, le foie ne dépasse pas sa limite normale. La langue est humide et chargée, l'appétit modéré; pas d'envie de vomir; soif vive, pas d'ictère, fonctions intestinales régulières. Pouls à 80; cœur et poumons à l'état normal. Température 38°,47; les transpirations nocturnes persistent, urine à 1030, chargée d'urates, mais sans albumine. On prescrit de la quinine et de l'acide nitrique.

9 janvier. L'affaiblissement est plus marqué, ainsi que la douleur ressentie dans la tumeur; cette dernière a grossi. Il faut de la morphine pour amener le sommeil. Pas de frissons, mais toujours d'abondantes transpirations la nuit. Le pouls a varié de 68 à 84, et la température de 37°,22 le matin à 39°,44 le soir. Après une ponction exploratrice préparatoire, on enfonce un gros trocart dans la tumeur, et on en fait sortir 30 onces de pus épais teinté de rouge. On lave la cavité avec la solution de chlorure de zinc (64 centig. par once), et on laisse la canule à demeure, recouverte d'un linge imbibé d'huile phéniquée et d'étoupes cardées.

13 janvier. L'opération a produit un grand soulagement. Le malade a pu dormir sans morphine et la température est devenue normale le soir aussi bien que le matin. La nuit dernière cependant les transpirations ont reparu, et aujourd'hui le pouls est à 96 et la température à 37°,9. Écoulement de matière très-modéré; en retirant la canule, il s'échappe 10 onces de pus non fétide. On lave de nouveau la cavité avec une solution de chlorure de zinc et on substitue à la canule un tube élastique.

20 janvier. Pendant la dernière semaine, le malade, quoique faible, s'est senti beaucoup mieux. L'évacuation continue à se faire librement par l'ouverture. Le pouls a varié entre 60 et 84, et la température n'a jamais été au-dessus de la normale. L'appétit a été excellent; le malade a mangé de la viande, des œufs et bu du porter. Aujourd'hui, l'écoulement est pour la première fois un peu fétide et le malade ne se sent pas tout à fait aussi bien. On supprime le porter et on recommande de laver la cavité tous les jours avec une solution faible d'acide phénique.

27 janvier. Le malade est plus faible, mais l'appétit a continué à être bon; pas de frisson, très-peu de transpiration. L'écoulement se fait toujours librement et n'est pas fétide. La température a été normale, sauf pendant quelques heures, le 21 janvier, où elle s'est élevée à 38°,33; le 23 janvier, quatre selles relâchées, et depuis le 24 apparition d'une toux assez gênante. Hier soir, pendant qu'on commençait à laver la cavité, le malade a été pris d'une vive douleur dans la région du foie et de sueur profuse durant l'espace d'une heure; il n'est sorti de la cavité qu'un peu de matière rougeâtre, mais ce matin l'écoulement se fait librement et la matière est fortement teintée de bile. Pouls à 64, température 36°. On enlève le tube de caoutchouc et on introduit dans l'ouverture un linge trempé dans de l'huile phéniquée.

1^{er} février. Très-peu d'écoulement par la plaie; le 29 janvier, il était fétide, mais aujourd'hui il est plus abondant. Le malade se plaint de temps en temps d'une douleur assez intense dans la région du foie; les transpirations nocturnes ont reparu. Pas de frissons. La température a été normale jusqu'aujourd'hui où elle atteint 38°,3. Le ventre est relâché, et le malade continue à maigrir.

Le malade s'est affaibli rapidement. Les sueurs nocturnes et la diarrhée ont résisté au traitement. La température a varié de 37°,2 à 39°,3; mais on n'a jamais constaté de frissons, et le pouls s'est maintenu à 120. Pas d'albumine dans l'urine. Mort le 4 février.

Autopsie. — Le lobe droit du foie était fixé à l'abdomen par des adhérences molles sur une étendue d'environ 3 pouces et demi de diamètre et plus solidement fixé au diaphragme au-dessus et en arrière du point où l'abcès était rapproché de la surface extérieure; mais la plus grande partie de la surface du foie ne présentait pas trace d'inflammation ancienne ou récente. La poche de l'abcès était manifestement rétractée, car elle n'aurait pas tenu plus de 16 onces de liquide. Ses parois étaient très-épaisses et composées d'une couche fibreuse externe, très-solide, de quelques lignes d'épaisseur, et d'une couche interne de matière plus molle, criblée de trous. Dans ce qui restait de tissu hépatique se trouvaient quelques abcès, du volume d'une cerise à celui d'une noix, sans parois épaisses et évidemment de formation tout à fait récente. La base du poumon droit était collée au diaphragme par une couche de lymphes peu résistante, et la plèvre droite contenait environ une once de liquide floconneux. La rate était saine, les reins congestionnés; le gros intestin ne présentait pas trace de cicatrices, d'épaississement ou autre signe de dysenterie ancienne; mais dans le cæcum et le côlon ascendant, la muqueuse était très-injectée et les replis étaient couverts de larges plaques d'exsudation granuleuse; on en trouvait deux également dans l'iléon, juste au-dessus de la valvule.

Dans l'observation LXXVI, l'abcès s'est vidé à travers le poumon droit, et le malade s'est rapidement rétabli. C'est un bon exemple de la direction la plus favorable que l'abcès puisse prendre.

OBS. LXXVI. — *Abcès du foie évacué par le poumon droit.*

Rétablissement.

Le 2 mai 1874, je fus consulté par le docteur L..., âgé de trente-cinq ans environ. Il était de retour depuis huit semaines de la Côte d'Or (Afrique), où il avait eu de la fièvre et mal dans le côté droit. En remettant les pieds en Angleterre, il s'était senti tout à fait bien et depuis il allait et venait. Trois semaines après son arrivée ici, un soir, en allant au spectacle, il eut un frisson avec tremblement, et depuis lors la fièvre l'a obligé à garder le lit. La température a monté jusqu'à 40°,55. Il y a eu d'abord un délire violent et en dernier lieu de copieuses transpirations nocturnes, mais les frissons n'ont pas reparu. A ma visite, je constate une grande prostration; le pouls est à 108, la température à 38°,8; 48 respirations. La matité hépatique atteint jusqu'au mamelon droit; elle ne descendait pas trop bas, mais il y avait une voussure distincte des derniers cartilages costaux droits. Toux sèche et fréquente; crépitation à la base des deux poumons; violent point de côté à droite; langue couverte d'un enduit épais, jaunâtre; constipation à peu près habituelle depuis le commencement de la maladie, urine foncée et chargée d'urates.

Je prescrivis 1 gr. 25 de chlorure d'ammonium, environ 1 gr. de bicarbonate de potasse et 5 gouttes de teinture d'opium; des pilules de coloquinte et calomel, 65 centigrammes de sulfate de quinine pendant la transpiration; du lait, du thé de bœuf et du bordeaux.

Le 6 au matin, le malade se mit à cracher, en toussant, du pus brun rougeâtre et d'un goût fade, et dans l'espace de vingt-quatre heures il en rendit ainsi environ un litre. L'haleine avait une odeur semblable à celle du pus. Une mixture de quinine et d'acides minéraux fut alors substituée à la médication précédente.

Presque immédiatement après que l'abcès se fut vidé par le poumon, la fièvre, la température et la respiration baissèrent; les sueurs nocturnes diminuèrent et l'état général s'améliora. L'expectoration de pus persista pendant une dizaine de jours. Le 11 mai, la température s'éleva pendant quelques heures à 40°, mais après elle redevint normale; et le 2 juin, le malade était si bien rétabli qu'il se sentit capable d'aller en Écosse. Il n'eut pas de rechute, et seize mois après, 25 septembre 1875, il était bien portant et fort, et en l'examinant on ne pouvait trouver trace de son ancienne maladie, sauf un léger obscurcissement du murmure respiratoire à la base du poumon droit. Novembre 1876, le docteur L... est toujours très-bien.

Dans l'observation LXXVII, l'abcès s'ouvrit à travers le diaphragme, mais se termina par la mort.

OBS. LXXVII. — *Abcès hépatique s'ouvrant à travers le diaphragme. Abcès secondaire du poumon.*

Je vous présente ici une pièce que j'ai recueillie il y a quelques années sur un sujet âgé de trente-quatre ans, mort à l'hôpital Middlesex, et qui montre la rupture d'un abcès à travers le diaphragme. Dans ce cas, le malade avait eu la dysenterie plusieurs années auparavant, dans l'Inde et à Malte. Les symptômes, durant les neuf jours passés à l'hôpital avant sa mort, avaient été une fièvre hectique, de l'émaciation, de la dyspnée, de la toux et une expectoration purulente, avec un gonflement douloureux du foie produisant une voussure des côtes. La matité hépatique ne descendait pas plus bas que deux pouces au-dessous du rebord costal sur la ligne mammaire droite, mais en haut elle arrivait jusqu'au 3^e espace intercostal. La surface du foie était unie, mais l'augmentation de volume ne portait pas sur tout l'organe uniformément. La langue était d'une rougeur inaccoutumée; pas de vomissements, d'ictère, ni de diarrhée, mais l'abdomen était sensible partout et il y avait des signes manifestes d'un épanchement péritonéal.

A l'autopsie, on trouva dans le péritoine 1 litre 1/2 à 2 litres de sérosité. Le foie adhérait solidement au diaphragme et aux parois abdominales, et présentait à la partie supérieure du lobe droit un abcès gros comme une noix de coco, et qui avait perforé le diaphragme de façon à avoir pour limite en haut la base du poumon droit. L'abcès était enkysté dans une capsule de tissu aréolaire dense et contenait du pus jaune avec de gros flocons fibrineux. Dans le

lobe inférieur du poumon droit se trouvait un autre abcès, du volume d'une grosse orange, distinct du précédent et contenant du pus rougeâtre. Le colon descendant et la courbure sigmoïde étaient très-contractés; leurs tuniques étaient épaissies; la muqueuse était couleur d'ardoise, mais ne présentait ni ulcérations récentes ni cicatrices distinctes.

Dans les deux cas suivants, l'abcès s'ouvrit dans l'intestin, probablement dans le colon. Mais la cavité s'était remplie de nouveau et encore évacuée en nombre de fois. Je ne me rappelle pas avoir vu dans les auteurs des faits analogues; mais, d'après mon expérience, je suis porté à croire que ce doit être un résultat assez commun de la rupture d'un large abcès hépatique dans l'intestin. Sur neuf cas où l'abcès a paru s'ouvrir dans l'intestin et sur lesquels j'ai conservé des notes, six fois les choses se sont passées de la même façon; et dans un dixième cas, l'abcès s'ouvrit d'abord dans l'intestin et ensuite dans le poumon.

OBS. LXXVIII. — *Abcès du foie s'ouvrant dans l'intestin. — La poche se remplit de nouveau fréquemment de pus. — Mort par diarrhée et épuisement.*

Le 25 mai 1871, je fus consulté par M. K., âgé de 50 ans, à son retour de Ceylan, où il avait résidé pendant vingt-cinq ans. Il avait souffert pendant neuf mois d'une diarrhée bilieuse et de vomissements de temps en temps. Il se plaignait d'une douleur intense au foie, lequel était sensible et un peu augmenté de volume. Il y avait en même temps perte de l'appétit, fièvre, sueurs nocturnes, des frissons de temps à autre, de la prostration et émaciation. Je vis ensuite ce malade de temps en temps jusqu'à sa mort en février 1875. Le traitement améliora tout d'abord son état, mais le 9 avril 1872, après plusieurs semaines de grande souffrance, un abcès s'ouvrit et il rendit en une fois environ trois litres et demi de pus par l'intestin et presque autant en douze fois pendant la quinzaine suivante. A partir de ce moment, il ne fut jamais bien. Il eut constamment de la diarrhée; toutefois, de temps en temps, trois ou quatre fois dans le cours d'une année, cette diarrhée s'arrêtait pendant dix ou quatorze jours, et alors il avait des frissons, de la fièvre, de la douleur au foie avec augmentation de volume; tous ces symptômes disparaissaient dès qu'il se faisait une abondante évacuation de pus par l'intestin. Une fois, à la suite de frissons et de fièvre, il vomit quelques onces de pus et de sang. La langue et la bouche à la fin devinrent rouges et aphtheuses, de sorte qu'il ne put prendre que peu de nourriture, et la mort par épuisement vint mettre un terme à ses souffrances. Il n'y eut pas d'autopsie.

OBS. LXXIX. — *Abcès tropical du foie s'ouvrant dans l'intestin. — Rechutes fréquentes. — Saillie superficielle. — Large ouverture. — Rétablissement.*

M. N., âgé de quarante-quatre ans, me fut adressé le 7 avril 1873, par le docteur R. J. Black (de Canonbury). Il était de retour depuis le 14 novembre

dernier de la Chine et du Japon où il n'avait pas été très-sobre. Étant en route pour l'Angleterre, se trouvant à Aden, il avait été d'abord pris de symptômes de congestion hépatique aiguë; mais il n'avait pas été obligé de prendre le lit jusqu'au 20 décembre. Vers cette époque parut un gonflement douloureux au-dessous des côtes droites, et il eut aussi des frissons et des sueurs nocturnes. Le gonflement continua à augmenter jusqu'au commencement de février, où il se fit une évacuation abondante de pus par l'intestin. La tumeur disparut et les symptômes généraux s'améliorèrent. Lorsque je le vis, il était maigre et faible, mais il n'éprouvait ni douleur ni fièvre et le foie n'était pas gros.

Trois ou quatre jours après m'avoir vu, il fut repris de frissons et de fièvre, et de douleurs à la région hépatique où se voyait une certaine voussure des cartilages costaux droits et de l'épigastre. Quand je le revis le 22 avril, bien que les symptômes les plus aigus eussent disparu, il restait de la voussure et il y avait des transpirations la nuit. Après cela, il s'améliora cependant beaucoup, la tumeur diminua aussi, et pendant une quinzaine il fut en état d'aller à ses affaires dans la Cité; mais le 24 mai, il fut encore repris de frissons et de fièvre, suivis d'une réapparition de la tumeur douloureuse à la même place qu'auparavant. La tumeur augmenta, devint molle et fluctuante au centre, pendant que le malade avait d'abondantes sueurs nocturnes et maigrissait et s'affaiblissait tous les jours davantage.

Le 25 juin, M. de Morgan fit une large ouverture dans la tumeur et en fit sortir environ un litre d'un pus rouge brique. La cavité fut lavée avec une solution de chlorure de zinc (64 centigrammes par once), et on y introduisit un tube élastique qui y fut fixé: c'est ainsi qu'on put laver tous les jours la cavité avec une solution plus faible de chlorure de zinc (20 centigrammes par once); l'extrémité du tube était couverte d'étoupes cardées. Le 30 juin, on retira le tube et on pansa la plaie avec un linge imbibé d'huile phéniquée. L'opération fut suivie d'un soulagement immédiat: la fièvre et la douleur cessèrent tout d'abord, et dans l'espace d'une semaine, les sueurs nocturnes avaient également cessé. L'appétit était bon, et le malade commençait à reprendre des forces et de la chair. Il eut quelques rechutes de fièvre dans la suite, mais en définitive il se rétablit très-bien, et en janvier 1875 il jouissait d'une santé excellente et vaquait à ses affaires.

L'observation LXXX est un exemple d'abcès hépatique volumineux chez un individu qui n'avait jamais quitté l'Angleterre. Il y eut cependant des doutes pour savoir si l'abcès avait pris son origine dans le foie ou dans le tissu aréolaire péri-rénal. Il y avait une ulcération du côlon: mais d'après la marche de la maladie et les résultats de l'autopsie, il est probable qu'elle fut postérieure à l'abcès hépatique. La pièce fut présentée par moi à la Société pathologique, et le cas se trouve rapporté dans le huitième volume des *Transactions* de cette Société.

OBS. LXXX. — *Abcès volumineux du foie s'ouvrant dans le côlon ascendant.*

J. P., âgé de quarante ans, fut admis le 18 avril 1856 à Saint-Mary's Hospital, dans le service du docteur Sibson.

Il assurait avoir toujours joui d'une bonne santé et que, bien qu'il eût l'habitude de consommer pas mal de bière, il n'avait cependant jamais été adonné aux spiritueux et qu'il était en somme un homme sobre. Il n'avait jamais quitté le pays. Environ un mois avant son entrée, il prit froid et fut saisi d'une douleur aiguë qui traversait l'hypochondre droit et qui devint le lendemain si violente qu'elle l'empêcha de travailler. Il se mit au lit et y resta jusqu'à son entrée à l'hôpital, la douleur dans le côté droit persistant sans rémission, sauf quand on administrait de l'opium.

Après son admission, on constata une grande plénitude dans les régions hypochondriaque et lombaire droites; on avait la sensation d'une masse résistante s'étendant en bas jusqu'à la crête de l'ilion et en avant jusqu'à 3 pouces de la ligne blanche. Cet espace était partout mat à la percussion, et la matité se continuait avec celle du foie; le bord supérieur de la matité hépatique n'était pas élevé, et les dimensions du lobe gauche paraissaient normales; la tumeur était de consistance pâteuse et présentait une fluctuation vague. Langue chargée; un peu de constipation; urine évacuée trois ou quatre fois par jour et acide; densité à 1020; pouls à 108, faible.

On appliqua des cataplasmes sur la tumeur et on prescrivit de l'iodure de potassium (13 centigrammes trois fois par jour), quelques laxatifs, des opiacés et des stimulants.

Le 24 avril survint un érysipèle de la face qui dura quatre à cinq jours. Le 26 avril, pendant le cours de l'érysipèle, le malade fut saisi d'une violente diarrhée, qui cessa en grande partie au bout de quatre à cinq jours, après lesquels il se sentit bien mieux; l'appétit avait augmenté, la douleur avait disparu, le gonflement et la matité avaient diminué beaucoup, et les besoins d'uriner moins fréquents. L'amélioration continua jusqu'au 11 mai, jour où eut lieu un retour de la douleur et de la diarrhée, avec selles purulentes. Le point douloureux était situé à deux pouces environ au-dessous du rebord costal sur la ligne mammaire droite. Les matières étaient couleur de peau de buffle clair et très-fétides. Cette diarrhée résista à tout traitement, et bientôt les forces du malade commencèrent à se perdre. Il se produisit vers le soir des exacerbations fébriles et d'abondantes transpirations la nuit. Le pouls oscillait entre 100 et 125 et était très-faible; la langue devint sèche et brune, et le malade déclina graduellement jusqu'à sa mort, le 27 mai, à dix heures du soir. Quatre jours avant sa mort, on remarqua que la tumeur du côté droit avait considérablement diminué, la matité dans la région lombaire droite ne dépassant pas en avant une ligne perpendiculaire menée des côtes au milieu de la crête de l'ilion.

Autopsie quarante et une heures après la mort. — Adhérences étendues des viscères abdominaux et autres indices de péritonite entièrement limitée au côté droit, le péritoine étant normal du côté gauche. Ces adhérences des vis-