

cères dans le côté droit rendait cet examen extrêmement difficile; tout le bord antérieur du lobe droit du foie adhérait solidement à la surface péritonéale des parois abdominales, tandis que la face inférieure du bord antérieur, ainsi que la vésicule biliaire, était fixée au côlon transverse. Le tissu du foie était pâle. Dans la partie inférieure du lobe droit se trouvait un abcès aussi gros que les deux poings et contenant une certaine quantité de matière féculente liquide, de couleur jaune clair. Cet abcès englobait presque toute cette portion du lobe qui est à droite de la scissure de la vésicule et s'étendait jusqu'à 1/2 pouce près de sa face supérieure. Les 2/3 supérieurs des parois de l'abcès étaient formés par le tissu hépatique, rugueux et déchiqueté, sans aucune membrane limitante; la partie inférieure était complétée par le rein, la couche antérieure du fascia lombaire et environ 3 pouces de côlon ascendant et transverse. Cette portion du côlon communiquait librement avec la cavité de l'abcès. Sa paroi supérieure, adjacente à l'abcès, présentait un aspect cribiforme; tout ce qui en restait étant constitué par quelques brides étroites dirigées transversalement et faciles à déchirer. Ulcération étendue de la portion adjacente du côlon ascendant et légère ulcération des plaques de Peyer dans l'iléon. Reins anémiques, rate molle et friable. Organes thoraciques sains, cavités gauches du cœur contenant du sang, les droites vides.

Le cas suivant est un bon exemple de l'heureux résultat que peut avoir l'évacuation de l'abcès.

OBS. LXXXI. — *Abcès tropical du foie. — Ponction avec un gros trocart. Rétablissement.*

M. C. D., âgé de vingt-trois ans, me consulta le 11 juin 1867. Il était arrivé la veille de Calcutta et me racontait ainsi ses antécédents. Il avait habité Calcutta pendant environ trois ans, y avait vécu largement et n'avait jamais eu la dysenterie. Vers la fin du mois de mars dernier, il avait été pris de fièvre et de prostration qui avait rapidement augmenté. Il n'avait pas eu de douleur dans le côté, ni de diarrhée, ni d'ictère; mais vers le 12 avril parut, au-dessous des côtes droites, une tumeur dont le volume s'accrut rapidement jusqu'au 19. On l'ouvrit alors avec un gros trocart et il s'en écoula plus d'un demi-litre de liquide. La canule fut placée à demeure et le malade fut embarqué ainsi pour l'Europe dans un tel état de prostration qu'il comptait fort peu sur un rétablissement. Son état cependant s'améliora lentement pendant le voyage et la canule fut retirée à Aden, environ quinze jours après. Je constatai une ouverture avec des granulations saillantes, à mi-chemin à peu près entre l'ombilic et les côtes et deux pouces à droite de la ligne médiane, et par laquelle s'échappait environ huit grammes par jour de pus délié. Le malade était faible et anémique, mais à part cela ne semblait pas avoir de mal. On le traita par les acides minéraux, la quinine et le fer, et dans l'espace de trois mois, il avait récupéré ses forces et sa santé habituelle. Il n'y avait plus alors apparence d'augmentation de volume du foie et l'ouverture avait été fermée d'une façon permanente.

Sauf une attaque de goutte en janvier, maladie dont il avait souffert anté-

rieurement et dont son père était mort, le malade resta en bonne santé jusqu'à son retour dans l'Inde, en février 1868.

L'observation LXXXII est un exemple d'abcès tropical du foie sans signes locaux, et elle montre aussi que le foie peut être l'objet de ponctions exploratrices avec un instrument fin sans qu'il en résulte d'accident fâcheux.

OBS. LXXXII. — *Abcès hépatique profondément situé. — Ponctions exploratrices sans résultat. — Pleuro-pneumonie. — Mort.*

M. C. B., âgé de quarante-deux ans, me consulta le 22 mars 1873. Il était depuis peu de retour de l'Inde, où il avait résidé pendant neuf ans, et où il avait joui d'une très-bonne santé jusqu'au 3 janvier dernier. Il fut à ce moment pris de fièvre dengue, suivie d'une attaque de dysenterie aiguë qui était complètement terminée le 25 janvier. Depuis lors cependant, il s'est plaint de faiblesse, de malaise dans l'hypochondre droit, d'un peu de transpiration pendant son sommeil, de frissons qui lui couraient dans le bas du dos, et d'une pulsation qu'il entendait dans l'oreille droite quand il était couché et qui le tenait éveillé. Il éprouvait aussi une sensation de lourdeur à l'épigastre après les repas. Un peu de constipation. Urines foncées et chargées d'urates; pouls à 108. Le lobe droit du foie est un peu gros, il mesure 5 pouces sur la l. m. d. On prescrit 1 gr. 3 de chlorure d'ammonium trois fois par jour; de temps à autre un purgatif composé de rhubarbe et de pilules bleues; frictions sur la région du foie avec l'iodure rouge de mercure; éviter les stimulants. Je revis le malade le 31 mars; il se trouvait bien mieux et se plaignait surtout de dyspepsie atonique pour laquelle je lui ordonnai de l'acide nitro-chlorhydrique, avec de la quinine et de la pepsine. Après cela, il alla beaucoup mieux et se maria. Il revint me trouver le 8 mai, et me dit que cinq jours auparavant, pendant une période de vent d'est froid, il avait été pris de *fièvre intermittente*; frissons et tremblements intenses chaque après-midi, suivis de grande chaleur et d'abondante transpiration. Depuis lors, il avait perdu l'appétit. L'urine était de nouveau chargée d'urates et contenait une trace d'albumine; constipation. Je prescrivis un évacuant composé de calomel et de rhubarbe, une potion alcaline effervescente et 1 gramme de quinine pendant le stade de chaleur. Ces fortes doses de quinine, continuées à la dose de 32 centigrammes d'abord et puis de 65, trois fois par jour, ne purent arrêter les paroxysmes de la fièvre qui reparut tous les jours une fois et même plus souvent, et à des heures irrégulières. Un examen attentif du malade montra qu'en réalité la fièvre ne le quittait jamais complètement, le pouls variant entre 84 et 108 et la température entre 37°,7 et 38°,8. L'urine était toujours chargée d'urates et contenait des traces d'albumine; il y avait d'abondantes transpirations nocturnes et le malade maigrissait et s'affaiblissait de jour en jour. Quoiqu'il n'y eût pas de voussure locale, ni d'œdème, ni de sensibilité à la région du foie, il sembla que la présence d'un abcès hépatique pouvait seule rendre compte des symptômes observés, et il fut résolu qu'on explorerait le foie. En conséquence, le 27 mars, M. de Morgan enfonça un petit trocart à une profondeur de trois

pouces dans le côté droit de l'épigastre, où le foie paraissait un peu gros, et le 12 juin on fit deux autres ponctions à une profondeur de 4 à 5 pouces, une en avant et un peu au-dessus de la première, et l'autre en arrière, entre la huitième et la neuvième côte, et on appliqua l'aspirateur. Deux fois il ne s'écoula que quelques gouttes de sang. Les ponctions ne furent suivies ni d'aucune douleur ni d'aucune aggravation de l'état général; mais le malade alla en s'affaiblissant tous les jours. Le 20 juin parurent des symptômes de pleuro-pneumonie du lobe inférieur du poumon gauche; à partir de ce moment, les frissons et les transpirations cessèrent, la matité hépatique sur la ligne mammaire droite s'éloigna d'un pouce du mamelon, et la prostration augmenta rapidement jusqu'à la mort qui fut précédée d'une légère hémoptysie le 28 juin.

L'autopsie fut pratiquée par le docteur H. W. Hubbard, qui avait soigné le malade depuis le 12 mai. — Abscès contenant environ 10 onces de pus jaune épais à la partie supérieure et postérieure du lobe droit du foie, à un demi-pouce de la surface. Le reste du foie congestionné, mais, à part cela, sain. Pas le plus léger signe de péritonite ou d'extravasation dans la région des ponctions, ni rien qui indiquât où elles avaient été faites. La face supérieure du foie correspondant à l'abcès, et la base du poumon droit, adhérentes au diaphragme par un dépôt de lymphé récente. Pneumonie étendue du lobe inférieur du poumon droit. L'abcès était encore confiné au foie, et la diminution de la matité hépatique observée durant la vie, tenait à ce que le foie proéminent moins en avant et s'allongeait vers le poumon.

Mon but principal en attirant votre attention sur le cas suivant, c'est de vous montrer que l'absence d'élévation de température a conduit tout d'abord à une erreur de diagnostic. Malgré les antécédents de dysenterie et de diarrhée et l'évidence des troubles gastrique et hépatique immédiatement avant l'invasion des accidents aigus, l'intensité et le caractère paroxystique de la tumeur, associé à la sensibilité et la tuméfaction obscure dans la région de la vésicule biliaire, mais sans coexistence de fièvre, indiquaient qu'un calcul engagé dans le canal cystique était la cause probable des accidents. La marche de la maladie, cependant, faisaient supposer que l'on devait avoir affaire à un abcès, qui finalement se fit jour par l'intestin. Le siège précis de l'abcès est resté un peu douteux. Le fait que la douleur partait d'abord de la partie inférieure de l'abdomen, et l'évacuation presque instantanée de matière par le rectum après la sensation de rupture, permettent de supposer qu'il se trouvait dans le voisinage du rectum. En outre, les antécédents de dysenterie, les troubles hépatiques immédiatement avant les accidents aigus, et cette circonstance qu'il y avait un gonflement mal distinct, avec sensibilité, dans la région du foie et qui disparut après l'évacuation de la matière, étaient en faveur d'un abcès hépatique. La supposition d'un abcès de la vésicule, consécutif à l'obstruction du canal cystique par un calcul, était rendue improbable par ce fait que l'abcès s'était vidé de lui-même, sans

que rien démontrât l'existence antérieure de quelque obstruction (ictère), bien qu'il soit possible qu'une vésicule enflammée et distendue par du pus se vide spontanément dans le côlon. Mais quel qu'ait été le siège de l'abcès, l'intérêt de ce cas réside dans le même fait, à savoir qu'il existait dans l'abdomen un abcès qui a déterminé pendant un certain nombre de jours une violente douleur, mais aucun des symptômes généraux habituels de la fièvre. La cessation des symptômes, lors de la seconde crise, sans aucune évacuation apparente de matière, tenait probablement à ce que l'évacuation avait été moins soudaine et à ce que le pus avait été masqué par les matières fécales.

OBS. LXXXIII. — *Abscès hépatique (?) , sans élévation de température.*

Le 18 février 1875, je fus appelé en consultation avec le docteur Collyer (de Enfield) pour voir M. A., âgé de quarante ans. M. A. avait habité la Chine pendant bon nombre d'années, mais depuis les cinq dernières années, il résidait à Londres ou dans les environs. En 1865, il eut la dysenterie en Chine, et depuis lors il a été affecté de diarrhée dysentérique chronique, de trois à cinq selles par jour, contenant souvent du sang et du mucus, et parfois accompagnées de ténésme. L'appétit s'est maintenu assez bon et son apparence extérieure était assez satisfaisante. Neuf semaines avant ma visite, il commença à perdre l'appétit, à avoir des nausées et de temps en temps des vomissements; il devint blême; ses intestins fonctionnaient comme d'habitude. Il continua cependant à aller et venir jusque cinq jours avant ma visite; il fut alors pris d'une violente douleur dans le ventre. Cette douleur augmenta graduellement jusqu'au 17 février. Ce jour-là, il eut dans la nuit une crise telle qu'il se roula plusieurs heures presque à l'agonie, et ne fut calmé que par des doses fortes et répétées d'opium. La douleur parut d'abord se rapporter à la partie inférieure de l'abdomen; mais lorsque je vis le malade, elle était limitée à la région de la vésicule où l'on sentait une proéminence distincte quoique mal définie, à peu près du volume d'une orange. En même temps que la douleur, il y avait eu fréquemment des frissons et des efforts de vomissements, mais l'examen thermométrique répété ne fit reconnaître aucune élévation de température; il n'y avait pas non plus de transpirations. Au moment de ma visite, la température était à 37°,5, le pouls à 76; langue couverte d'un enduit épais, jaunâtre; météorisme très-marqué.

On prescrivit au malade le repos, des cataplasmes chauds sur l'abdomen, une boisson effervescente à base de soude avec 15 gouttes de solution d'opium toutes les quatre heures tant que la douleur conservera son intensité.

Le traitement ne donna qu'un faible soulagement. Le malade continua à souffrir beaucoup jusqu'au 21 soir, où se trouvant dans un fauteuil auprès du feu, il sentit comme si quelque chose s'ouvrait dans la région de la vésicule, et en même temps il rendit par le rectum un demi-litre de matière jaune. Le docteur Collyer et son assistant, qui l'examinèrent au microscope, reconnurent que c'était du véritable pus. Il s'en écoula encore beaucoup le lendemain et un peu moins le 23; mais dès la première évacuation la douleur disparut. Le 24,

le malade n'évacua qu'un peu de sang et de mucus; ensuite les garde-robes devinrent plus naturelles; l'appétit reparut; le gonflement et la sensibilité disparurent, et le malade alla bien jusqu'au 8 mars, où la douleur revint avec des paroxysmes aussi intenses qu'auparavant, mais toujours sans élévation de température. Le 13 mars, à une seconde visite, le pouls était à 68 et la température 37°,3. Encore des paroxysmes de douleur violente et des efforts de vomissement; sensibilité et tuméfaction obscure dans la région de la vésicule. La douleur persista encore pendant cinq à six jours et alors se dissipa, cette fois sans évacuation apparente de matière. Le 1^{er} avril, le malade vint me voir à la ville et ne se plaignit à ce moment de rien autre chose que de sa diarrhée habituelle qui vers le 14 avril avait considérablement diminué sous l'influence de la créosote et de l'opium.

Quel que fût le siège de l'abcès dans le cas précédent, on ne peut douter que, dans le cas suivant, un abcès énorme existait dans le foie et augmentait rapidement de volume, sans qu'il y eût élévation de la température. Sous ce rapport, le cas est sans doute exceptionnel, mais je suis porté à croire qu'il est loin d'être unique. A la même époque où je suivais ce malade, j'en ai vu un autre chez lequel on a pu faire la même remarque. Il est difficile d'expliquer l'absence de fièvre, quand il y a une suppuration étendue, à moins d'admettre que le processus morbide dont il s'agit ici a pour résultat de détruire un organe qui contribue en partie à maintenir la chaleur animale; et cependant nous savons que la température est élevée dans la plupart des abcès volumineux du foie. Mais, quelle que soit l'explication, la possibilité d'un gros abcès existant dans le foie sans élévation de la température, est un fait d'une grande importance clinique. Le cas est encore intéressant en ce qu'il montre l'origine des abcès secondaires dans l'inflammation des petites branches de la veine porte.

OBS. LXXXIV. — *Abcès tropical du foie. — Antécédents de la maladie remontant à trois ans et demi. — Absence de fièvre. — Paracentèse. — Mort.*

Le lieutenant M., âgé de vingt-cinq ans, me consulta le 1^{er} décembre 1873. En novembre 1868, il alla pour la première fois dans l'Inde. En 1869 et 1870, il eut plusieurs accès de fièvre intermittente, et en 1871-1872, il eut des atteintes répétées de congestion du foie; mais ce n'est qu'à partir de décembre 1872, à la suite d'exposition au soleil, qu'il commença à trouver que sa santé était compromise. Alors le foie augmenta de volume et devint douloureux; le malade perdit l'appétit, eut des envies de vomir, de la constipation, de l'ictère et de l'insomnie, et au bout de quelques semaines, des accès de frissons suivis de transpiration. Après trois mois, les symptômes les plus aigus se dissipèrent, mais il resta très-faible et le lobe gauche du foie était toujours gros et douloureux. En avril 1873, il quitta l'Inde, en congé de maladie, et arriva en juin en Angleterre. Il continua à aller mieux jusqu'en novembre où il fut pris de douleur dans le lobe droit du foie, douleur qui augmentait par le dé-

cubitus sur le côté gauche; en même temps il perdit l'appétit et tomba dans une grande prostration. Quand je le vis, le foie mesurait 6 pouces sur la ligne mammaire droite, mais il n'y avait pas de signe de fluctuation, ni d'envies de vomir, ni de diarrhée. Pouls à 108; grande pâleur. On lui prescrivit quelques purgatifs salins, de fortes doses de chlorure d'ammonium et quelques doses de pilules bleues de temps à autre. Sous l'influence de ce traitement, le malade s'améliora rapidement: il n'y avait pas lieu de le revoir. Mais il eut une crise semblable, toujours au foie, à peu près une fois par mois. Dans une de ces crises, il garda le lit pendant six semaines, eut d'abondantes transpirations chaque nuit, et perdit près de 20 livres de son poids. Quand la crise était passée, le malade se relevait assez vite, et pouvait même accomplir une rude besogne, mais avec le retour de la crise, la prostration reparaisait. Durant ces crises, le foie était toujours gros et l'urine devenait très-foncée et trouble; mais dans les intervalles, elle était pâle et claire. Il n'y avait pas de frissons avec les crises. En août 1875, il retourna dans l'Inde, mais les crises continuèrent à revenir; dans les intervalles, il avait quelquefois la diarrhée. Il fut de nouveau renvoyé en Angleterre, en congé de maladie, dans le mois de mars 1876. Le 27 avril, je le vis pour la seconde fois dans une de ses crises. Il était dans une prostration considérable et d'une grande pâleur. Foie gros, 6 pouces sur la ligne mammaire droite; sensibilité marquée sur les fausses côtes droites, en arrière, mais pas de voussure ni de fluctuation. Température normale; pas d'ictère. Quatre jours auparavant, il était si bien qu'il avait été capable de faire une marche de 24 kilomètres, et deux jours après (29 avril), il paraissait de même tout à fait bien et le foie n'avait plus que 5 pouces, son bord supérieur en avant s'élevant encore un pouce trop haut. Le 12 mai, il eut une autre crise; beaucoup de douleur au foie, qui redevint gros; soif vive; constipation opiniâtre, urine chargée de sédiment pareil à de la brique pilée; pouls à 100, insomnie, mais pas d'élévation de température, pas de sueurs nocturnes, de tremblements ou d'envies de vomir. Au bout d'environ une quinzaine de jours, une tumeur fluctuante commença à paraître dans la région lombaire droite; cette tumeur augmenta rapidement. Le malade tomba dans la consomption; il souffrait tellement qu'il ne pouvait plus dormir; il avait la langue sèche et rouge. Le 30 mai survient la diarrhée, cinq à six selles par jour; mais pendant tout ce temps la température ne s'est pas élevée au-dessus de la normale, même sous la langue; pas de tremblements et à peine quelque transpiration.

Le 9 juin, il fut admis à l'hôpital Saint-Thomas. Prostration considérable, pouls à 122, température entre 36°,8 et 37°,3; respirations 30; la matité hépatique en avant s'étendait du mamelon jusqu'à un pouce au-dessous des côtes = 7 pouces; le bord inférieur est très-sensible. Dans la région du rein droit était une tumeur proéminente, fluctuante, mesurant 8 pouces sur 9, très-sensible. La circonférence de l'abdomen sur cette tumeur est de 19 pouces 1/2 du côté droit et 15 3/4 du côté gauche. Souffrance vive et pas de repos. Langue chargée et rouge; intestins relâchés. Urine trouble et contenant de l'albumine.

Le 7 juin, on retira de l'abcès, à l'aide de l'aspirateur, 18 onces de pus épais rouge-brun. Pas de soulagement consécutif.

Le 8 juin, pouls à 124, température 36°,8 à 37°; langue sèche, rouge et luisante; 5 ou 6 selles relâchées. On retire à l'aide d'une seringue aspiratrice 17 onces de pus semblable au premier.

10 juin, pas d'amélioration; pouls 124 à 150; température 36°,7 à 37°,4. On incise la tumeur, et il en sort un demi-litre de pus. On lave la cavité avec une solution de chlorure de zinc au trentième et on fixe un tube à drainage dans la plaie sur laquelle on applique un pansement antiseptique.

Cette opération fut suivie d'un grand soulagement, mais la diarrhée persista. Le 12 juin, le malade commença à avoir de fréquentes envie de vomir; le 13, hoquets incessants; le 16, la respiration s'accéléra; la langue est sèche et luisante, et finalement aphteuse; perte totale de l'appétit; albumine et urates dans l'urine et prostration croissante de jour en jour jusqu'à sa mort le 19 juin. Après l'opération, la température n'a jamais dépassé 37°,5. Les principaux médicaments employés furent de fortes doses de quinine, d'opium, de bismuth et de stimulants.

Autopsie. — Pas de traces de péritonite récente, mais adhérences générales sur la face inférieure du foie et la face supérieure du lobe droit. Le bord inférieur du lobe droit du foie ne s'étend pas au delà du rebord costal en avant; mais en arrière, se projetant de sa face inférieure, se trouvait une large poche d'abcès, s'étendant en haut jusqu'au bord inférieur de la septième côte et en bas jusqu'à la crête de l'ilion, appuyée sur la face antérieure du rein droit et fixée en avant par une couche mince d'adhérences péritonéales. Immédiatement adjacent à cet abcès, mais plus avant dans la substance du foie, se trouvait un autre abcès, irrégulier, d'environ un pouce et demi de diamètre, communiquant d'un côté, par un trajet fistuleux, avec la grande poche, et de l'autre, par une étroite ouverture (en apparence récente), avec le col de la vésicule biliaire. Cet abcès contenait quelques petits calculs, et dans la vésicule il y avait une douzaine de calculs biliaires noirs, gros comme des pois et un peu de pus ténu. On trouva à travers le foie plusieurs abcès plus petits, l'un près l'extrémité antérieure du ligament falciforme qui était presque rompu et était couvert d'une couche de lymphes récentes; un autre, gros comme une pomme, près la face supérieure du lobe gauche; et sur la face inférieure du lobe gauche, près le bord antérieur, une cicatrice arrondie déprimée. En pratiquant des coupes dans le foie, on voyait aussi nombre de plaques jaune pâle, à contour irrégulier, de 6 à 18 lignes de diamètre, entourées (quelques-unes, mais pas toutes), d'une zone étroite congestionnée. Les lobules étaient distincts sur les plaques pâles, quoique çà et là le contour fût un peu vague. Cette apparence semblait due à une anémie locale; mais quelques-unes de ces plaques étaient ramollies au centre. A l'examen microscopique, le docteur Greenfield trouva que tous les vaisseaux, dans les parties pâles, étaient remplis de coagula. Les branches de la veine porte étaient remplies de caillots adhérents, et leurs tuniques épaissies et infiltrées de leucocytes qui étaient aussi accumulés autour d'elles. Les branches de l'artère hépatique donnaient la réaction de la dégénérescence amyloïde. Les cellules hépatiques étaient gonflées et remplies de matière granuleuse ou grasseuse. Un grand nombre paraissaient sur le point de se rompre. Les vaisseaux hépatiques étaient remplis

de caillots, mais les tuniques n'étaient pas épaissies. Le foie pesait 111 onces. Nombreuses petites cicatrices rondes et ovales d'anciennes ulcérations sur le côlon et le rectum, et aussi à la partie inférieure de l'iléon; parois de l'intestin non épaissies. Quelques ganglions lymphatiques, dans la scissure du foie, gros et ramollis au centre avec du pus. Reins un peu gros, mous et flasques; substance corticale tuméfiée; réaction amyloïde des glomérules de Malpighi. La rate pèse 11 onces, elle est ferme, mais présente la dégénérescence cirreuse à sa première période. Plaques de pneumonie récente dans le lobe inférieur des deux poumons; cœur à l'état normal,