

ordinaire de la maladie. Elle est entière quand les calculs s'éliminent par l'une ou l'autre voie, mais il arrive aussi que les symptômes ne font que se calmer et que la maladie entre dans une phase d'euphorie complète. Dans ce dernier cas, la récurrence est naturellement toujours à craindre.

En ce qui concerne les symptômes en particulier, la colique ne met presque jamais la vie en péril. Ce n'est que très exceptionnellement qu'on a vu la mort se produire par collapsus dans des accès d'une acuité peu commune. L'occlusion permanente du canal cholédoque par un calcul peut entraîner à sa suite des conséquences graves, parce qu'elle donne lieu à des troubles considérables de la nutrition et à des altérations consécutives du foie (v. plus loin). Parmi les diverses perforations possibles, celle qui s'opère dans l'intestin grêle est la plus favorable. Il se peut même que dans la suite la fistule qui s'est formée guérisse entièrement. L'issue est moins propice quand l'ulcération du canal cholédoque, en se réparant, occasionne une oblitération cicatricielle irrémédiable de ce conduit.

**Traitement.** La thérapeutique de la lithiase biliaire consiste premièrement dans le traitement des symptômes provoqués par la présence des calculs, et secondement dans les tentatives qui ont pour but de chasser les calculs hors de l'économie et d'en empêcher la reproduction.

Parmi les symptômes particuliers, c'est la *colique biliaire* qui réclame le plus souvent l'intervention médicale. Le moyen le plus précieux et le plus indispensable, c'est l'*opium* et la *morphine*. Dans les crises violentes on fait communément prendre au malade toutes les heures ou de 2 en 2 heures une poudre de 0,05 d'opium. Si l'opium est vomé et que des douleurs excessives demandent un prompt soulagement, on fera une injection sous-cutanée de 0,01 à 0,02 de morphine. Les autres narcotiques, tels que le *chloral* ou la *belladone*, peuvent presque toujours être laissés de côté. Parmi les applications extérieures sur la région hépatique, les *cataplasmes chauds* rendent les meilleurs services. Il est rare que les malades préfèrent la vessie de glace. Les embrocations douces sur la région du foie avec de l'huile de chloroforme (mélange à parties égales de chloroforme et d'huile d'olive) font d'ordinaire beaucoup de bien. Un bain chaud prolongé procure parfois du soulagement. S'il y a des *vomissements* violents, on donne des gouttes d'opium, du bromure de potassium, des pilules de glace, etc. Le malade tombe-t-il dans un profond *collapsus*, on doit recourir aux excitants : au vin, au fort café noir, et dans des cas graves aux injections d'éther et de camphre. Une fois la colique passée, on prescrit d'ordinaire de légers purgatifs (eaux minérales) pour hâter l'élimination des calculs parvenus dans l'intestin.

L'usage de certaines *eaux minérales alcalines* répond surtout à la deuxième

indication dont nous avons parlé plus haut. Sans que nous soyons en état d'en donner une explication satisfaisante, l'expérience pratique a suffisamment prouvé l'efficacité de leur emploi. Ce sont les sources de *Karlsbad* qui ont acquis le plus de renommée dans le traitement des calculs biliaires. Si la situation du malade le permet, on ne manquera pas de conseiller une cure à *Karlsbad*. Au cours de ce traitement les malades évacuent souvent, à la faveur de légères souffrances, une quantité de calculs biliaires, et après l'achèvement de la cure ils sont parfois délivrés pour longtemps ou pour toujours de leur maladie. Après *Karlsbad*, l'usage des eaux de *Vichy* est préconisé de préférence, puis *Kissingen*, *Hombourg*, *Marienbad*, *Ems*, etc. Si le malade ne peut se déplacer, on fera boire à domicile pendant quatre à six semaines environ les eaux de *Karlsbad*.

Tous les autres médicaments auxquels on attribue la propriété de dissoudre ou d'éliminer les calculs biliaires, sont d'une action plus que douteuse. Le « *remède de Durande* » a été beaucoup répandu ; c'est un mélange d'éther et d'huile de térébenthine, dans le rapport de 3 : 2, dont on doit prendre 2 à 3 fois par jour de 20 à 30 gouttes pendant un long laps de temps. Outre la *térébenthine* on a recommandé l'usage interne du *chloroforme* (10 à 15 gouttes dans un véhicule mucilagineux, 3 à 4 fois par jour). Parmi les remèdes récemment préconisés, donnons une mention spéciale au *salicylate de soude* qui a certainement pour effet d'activer la sécrétion de la bile. On le donnera d'une manière continue, pendant un temps considérable et à petite dose (2 à 4 grammes par jour). Les médecins italiens disent beaucoup de bien de l'emploi de grandes quantités d'*huile d'olive* (environ 200 grammes par jour, divisés en plusieurs doses). Dans des cas rebelles et graves de calculs biliaires, on prétend avoir obtenu par l'usage de l'huile des améliorations frappantes.

S'il se manifeste des incidents particuliers et des complications (perforation, péritonite, etc.) on les traitera symptomatiquement, d'après les règles généralement en usage.

## CHAPITRE TROISIÈME.

### HÉPATITE PURULENTE.

(Hépatite suppurative, abcès du foie.)

**Étiologie.** Abstraction faite des plaies extérieures qui peuvent provoquer une inflammation suppurative du foie, il y a deux voies par lesquelles les bactéries pénètrent dans cet organe et deviennent l'origine d'une hépatite suppurative : le courant sanguin et les canaux biliaires. En ce qui

concerne le *courant sanguin*, c'est surtout la *veine-porte* que suivent, pour arriver au foie, les agents d'inflammation émanés de l'intestin. C'est ainsi que s'expliquent les abcès hépatiques qui se déclarent éventuellement à l'occasion des nombreux processus ulcéreux siégeant dans l'intestin (par ex. la dysenterie grave) et d'autres inflammations purulentes qui atteignent le territoire de la veine-porte, surtout la pyléphlébite purulente (v. plus loin). Quant aux abcès hépatiques qui font partie constituante de la pyémie généralisée, les agents inflammatoires, pour parvenir au foie, doivent faire un plus grand détour. En ce cas, les bactéries qui abandonnent les foyers purulents primitifs, passent d'abord par les veines et les poumons, pour aborder au foie par le canal de l'*artère hépatique*. On sait depuis longtemps que les abcès du foie se rencontrent fréquemment à titre de complication des plaies de tête suppurées. Par exception, il arrive peut-être que la matière infectieuse provenant de la *veine-cave* passe dans les *veines hépatiques* (par embolie rétrograde).

Les substances infectieuses qui pénètrent dans le foie par le *canal des voies biliaires* dérivent invariablement de l'intestin. Presque toujours, dans cette circonstance, l'inflammation du foie vient s'ajouter à des maladies préexistantes des canaux biliaires. Nous avons déjà signalé comme la cause de beaucoup la plus fréquente de ce genre d'abcès hépatiques, la formation de *calculs biliaires* dans le parenchyme du foie. La lésion mécanique que les calculs provoquent autour d'eux (nécrose par pression) et la rétention de la bile, origine de sa décomposition, sont les principales conditions qui contribuent à engendrer l'inflammation.

Tandis que dans nos climats, les abcès du foie, dus à des causes autres que celles que nous venons de mentionner, sont excessivement rares, dans les *régions tropicales* on observe fréquemment de grands *abcès hépatiques* apparemment *primitifs*, dont la genèse n'est pas encore élucidée aujourd'hui.

**Anatomie pathologique.** C'est sur les plus petits abcès en voie de formation qu'on étudie le mieux les processus anatomiques qui accompagnent le développement de l'hépatite suppurative. Ici les vaisseaux sanguins sont encombrés de micrococci et les cellules hépatiques qui les entourent, dépourvues de noyau et en train de se détruire. Le long des vaisseaux, des globules s'accumulent en grand nombre (leucocytes émigrés). Cette exsudation de cellules et de liquide s'accroît rapidement, le tissu hépatique disparaît complètement, et en son lieu et place l'abcès se forme. Celui-ci peut grandir librement en s'étendant de toutes parts. Les grands abcès finissent par occuper un lobe tout entier. Dans d'autres cas, la suppuration se circonscrit, l'abcès s'entourant d'une membrane. Parfois la suppuration aboutit à la formation d'une sorte de séquestre, à telle enseigne que de gros fragments

de tissu hépatique se détachent par un travail nécrotique. On trouve presque toujours dans le pus de l'abcès quelques lambeaux du parenchyme. Quand les abcès sont dus à des calculs biliaires, ceux-ci sont presque toujours mêlés au pus.

Les petits abcès peuvent guérir par résorption. Cependant la maladie fondamentale (pyémie, etc.) est dans beaucoup de cas incurable par elle-même. Les grands abcès s'ouvrent parfois dans les parties avoisinantes. La perforation dans le péritoine donne lieu à une péritonite secondaire généralisée. La perforation la moins dangereuse, c'est celle qui a lieu au dehors, consécutivement à des adhérences établies entre la paroi abdominale et le foie. On a aussi vu l'abcès s'ouvrir dans la cavité pleurale, dans le péricarde, dans l'intestin, dans le bassinet du rein droit, etc.

**Symptômes et marche de la maladie.** Il n'y a pas moyen de tracer de l'abcès du foie un tableau morbide applicable à tous les cas, parce que, ainsi que nous l'avons dit, il peut être un élément constitutif des processus les plus divers. A l'autopsie on trouve souvent, surtout en cas de processus pyémiques, etc. des abcès hépatiques qui n'ont guère provoqué de symptômes. Dans d'autres cas, au contraire, les abcès du foie produisent des manifestations cliniques, qui tantôt dépendent directement du foyer inflammatoire, tantôt de l'influence qu'il exerce sur les parties voisines.

L'*augmentation* de volume du foie, résultant de l'abcès, se détermine par la percussion, parfois aussi par la palpation. Elle est due à l'engorgement et à l'hyperémie de l'ensemble du parenchyme hépatique. Mais les vastes abcès situés à la face antérieure du foie, ont une valeur diagnostique beaucoup plus considérable, attendu qu'on les palpe à travers la paroi abdominale sous forme de *tumeurs* aplaties ou hémisphériques, parfois même *fluctuantes*. Ce sont surtout les abcès des tropiques qui atteignent des dimensions semblables.

La *douleur de la région hépatique* fait défaut dans les abcès de petite dimension, même quand ils sont en grand nombre. Les grands abcès, au contraire, sont accompagnés de douleurs vives et persistantes qui dépendent de la distension et de l'inflammation du péritoine péri-hépatique. Cette douleur s'irradie dans différentes directions vers les organes avoisinants, surtout vers l'épaule droite.

L'analyse du *type fébrile* importe beaucoup au point de vue du diagnostic. Il est vrai qu'en beaucoup de cas d'abcès enkystés et chroniques, la fièvre peut faire totalement défaut ; cependant, en règle générale, elle existe et cela sous la forme *intermittente*, caractéristique d'ailleurs de l'existence de beaucoup d'abcès, et consistant en une série d'exacerbations, s'ouvrant par un *frisson* et suivies de chutes thermiques profondes, accompagnées de

sueur. Si les abcès du foie ne sont qu'un élément d'une affection pyémique généralisée, la fièvre relève de celle-ci et est conséquemment sans valeur pour le diagnostic spécial des abcès hépatiques. Mais s'il y a des signes d'une grave affection *locale* du foie (endolorissement, tumeur, ictère, etc.) et qu'en même temps se déclarent un certain nombre de ces accès fébriles que nous venons de mentionner, cela constitue toujours une preuve très convaincante en faveur de l'existence d'un abcès du foie. La fièvre intermittente est la règle dans les grands *abcès hépatiques des régions tropicales*. Chez nous, elle a surtout une grande valeur diagnostique dans la *pyléphlébite suppurative* et dans les *abcès dus à des calculs biliaires*. La fièvre que les Français appellent « intermittente hépatique » dépend, dans la grande majorité des cas, de calculs biliaires situés dans le foie qui ont donné naissance à des abcès consécutifs.

Parmi les symptômes secondaires des abcès du foie, citons en premier lieu l'*ictère*, bien qu'il ne soit pas constant. Il n'apparaît qu'en cas où l'abcès comprime un gros conduit biliaire, et qu'il en résulte de la stase et de la résorption de bile par les vaisseaux lymphatiques. Dans des cas rares, l'abcès en comprimant la veine porte peut aussi occasionner de l'*ascite*. La *gêne respiratoire* est parfois assez considérable, elle provient, indépendamment des maladies pulmonaires complicantes, du soulèvement de la moitié droite du diaphragme par les grands abcès de la surface convexe du foie. Le *hoquet* si pénible qu'on observe dans cette circonstance, est dû probablement à la pression qu'exerce l'abcès sur l'estomac. Le *vomissement* est également un symptôme habituel et parfois très incommode.

L'*état général* est notablement troublé dans presque tous les cas. Les malades sont sans appétit et maigrissent à vue d'œil, surtout quand il y a de fréquents accès de fièvre. Souvent on voit se produire des *accidents nerveux* graves. Ce n'est que bien rarement que la maladie reste latente pendant un laps de temps considérable et sans influence marquée sur la constitution.

L'*évolution morbide* dépend en première ligne de la nature de la maladie fondamentale. Les graves processus pyémiques au cours desquels se développent les abcès hépatiques, marchent le plus souvent avec des allures rapides et se terminent presque invariablement par la mort. En revanche les abcès calculeux et les grands abcès hépatiques, idiopathiques en apparence, suivent communément une marche traînante qui peut se prolonger des semaines, des mois et plus longtemps encore. A considérer les cas isolément, il y a des différences multiples d'après le siège, la dimension, le nombre des abcès et les conséquences qu'ils amènent. Parmi ces conséquences, signalons encore une fois la *perforation* éventuelle des abcès dans les organes avoisinants. Si l'abcès s'ouvre au dehors, la guérison peut avoir

lieu ; il en est de même quand le pus, comme on l'observe quelquefois, se vide par l'intestin ou même par les bronches. La perforation du péritoine est toujours suivie d'une péritonite aiguë mortelle. Quoi qu'il en soit, la terminaison par la mort est la règle, et la guérison l'exception. La mort est le résultat du dépérissement général ou d'une complication intercurrente.

**Traitement.** On ne doit guère espérer d'exercer une action quelconque sur un abcès du foie par des soustractions sanguines locales, des dérivatifs, des purgatifs, des vomitifs et d'autres remèdes préconisés par beaucoup de médecins. On instituera donc simplement le traitement des symptômes, consistant à maintenir les forces du malade, à soulager les douleurs à l'aide de la morphine, jusqu'à ce que dans les cas favorables, on entrevoie la possibilité d'*intervenir chirurgicalement*. Dès que le diagnostic devient évident par l'apparition d'une tumeur palpable et fluctuante, indépendamment des autres symptômes, l'indication est d'ouvrir l'abcès artificiellement et de faire le drainage complémentaire. Pour plus de détails concernant cet objet, on consultera les ouvrages de chirurgie. Dans les grands abcès des tropiques on a obtenu des succès par ce procédé, tandis que le genre d'abcès hépatiques qui se rencontrent dans nos climats et qui sont d'ordinaire des abcès emboliques ou calculeux, ne se prêtent presque jamais à l'intervention chirurgicale.

## CHAPITRE QUATRIÈME.

### CIRRHOSE DU FOIE.

(Cirrhose de Laënnec, hépatite interstitielle diffuse chronique, foie granulé.)

**Étiologie et anatomie pathologique.** La désignation de cirrhose s'applique communément à une *inflammation chronique* et diffuse qui se développe dans le *tissu cellulaire* interstitiel du foie, et qui entraîne une atrophie secondaire du tissu propre de l'organe. Ce concept établit une analogie complète entre la cirrhose du foie et les « inflammations interstitielles chroniques » qui se produisent dans beaucoup d'autres organes, notamment dans les reins. Mais après que l'étude minutieuse (WEIGERT) des processus, en apparence complètement similaires de la « néphrite interstitielle chronique », eût démontré qu'une grande partie des altérations qui ont pour siège le tissu connectif, ne se forment que *secondairement* et comme conséquence de la destruction préalable du parenchyme rénal proprement dit, on s'est demandé naturellement si cette théorie n'était pas applicable au développement de la cirrhose hépatique. Nous tenons donc pour admis dès