

La grande majorité de ces abcès s'observent, il est vrai, non pas dans nos contrées, mais bien dans certains pays tropicaux, où ils affectent principalement les Européens immigrés, et presque exclusivement les hommes, et il est assez probable que ces derniers sont particulièrement prédisposés à cette affection parce qu'ils ne se soumettent pas au régime frugal des indigènes, mais continuent à absorber, à la manière européenne, de grandes quantités d'une nourriture animale et de boissons alcooliques. Dans ces conditions ils résistent sans doute moins aux influences d'un miasme qui très probablement est la cause de l'hépatite suppurée. Nous nous trouverions en contradiction formelle avec notre opinion sur la pathogénie des abcès si nous admettions que le seul usage de l'alcool dans les régions tropicales fût capable de provoquer une hépatite aiguë et le passage de cette dernière à la suppuration. SACHS semble cependant favorable à cette manière de voir lorsqu'il met en parallèle la cirrhose hépatique de notre climat froid avec l'hépatite aiguë pouvant, à l'occasion, passer à la suppuration, ainsi qu'il l'a souvent observée en Égypte. Du reste, l'action de l'alcool ne saurait à elle seule expliquer le développement de l'hépatite des tropiques, car on observe assez souvent des abcès du foie chez des individus qui n'usent pas de boissons alcooliques, ainsi que l'avoue SACHS lui-même. D'autre part, dans ces cas, si le malade atteint d'un abcès du foie, fait un grand usage d'infusions de café, ce n'est pas un motif pour en conclure d'emblée que ce dernier peut jouer un rôle étiologique à l'égal de l'alcool dans la production de cette maladie. Ces formes primitives d'abcès du foie sont extrêmement rares chez nous. Les cas les moins rares, bien qu'ils soient encore exceptionnels, sont ceux dans lesquels l'abcès survient à la suite de lésions traumatiques, telles que contusions ou plaies pénétrantes de la glande hépatique.

Le plus souvent l'observation des abcès du foie nous permet de conclure qu'ils sont la conséquence d'une inflammation secondaire importée dans la glande par la voie des vaisseaux sanguins. Tels sont les abcès du foie qui surviennent dans les maladies inflammatoires siégeant aux points d'origine de la veine-porte, les suppurations de cette glande que l'on observe à la suite de la dysenterie ou d'inflammations suppurées du cœcum ou de l'appendice vermiforme. Signalons aussi les cas, relativement fréquents, d'abcès du foie survenus à la suite de lésions traumatiques et d'opérations intéressant le rectum. La formation d'un thrombus dans la veine porte et la pyéléphlébite suppurée qui en est la conséquence, telles sont dans ces cas les causes déterminantes de la suppuration du foie. Mais les autres domaines vasculaires doivent être également considérés comme des voies possibles de transport de l'agent inflammatoire. C'est ainsi que dans l'endocardite ulcéreuse et dans les processus de mortification du poumon, un thrombus artériel peut par migration déterminer la formation d'un abcès du foie, et, d'autre part, toute une catégorie d'abcès hépatiques ne peuvent se produire que par l'intermédiaire du domaine de la veine cave, à savoir les abcès pyémiques proprement dits. Il est vrai que pour expliquer le développement de ces derniers, on est obligé d'admettre l'hypothèse d'un courant rétrograde dans la veine cave; mais si les expériences sur les animaux, par la voie de la jugulaire, ont démontré l'existence d'un courant rétrograde dans certaines conditions, le même fait est sans doute possible chez l'homme, dans les états pathologiques qui entraînent une grande faiblesse du cœur et de la respiration abdominale (THIERFELDER).

A notre avis, la grande majorité de ces abcès est due à l'importation de bactéries dans le foie par le courant sanguin (KLEBS).

Ces dernières formes d'abcès ont, pour le chirurgien, un très grand intérêt, surtout au point de vue anatomo-pathologique; un petit nombre d'entre eux seulement ont de l'importance, au point de vue de la chirurgie pratique: tels sont les abcès d'origine traumatique, ceux qui succèdent à la dysenterie, et enfin les foyers purulents du foie considérés comme primitifs parce qu'on n'a pas réussi à constater l'existence d'une affection primitive dans une autre partie du corps. Beaucoup de ces derniers ont sans doute pris naissance dans un conduit biliaire, car l'on sait qu'en général les processus inflammatoires ayant pour point de départ les voies biliaires (concrétions, etc.) doivent être considérés comme pouvant être l'origine d'un abcès du foie.

Les symptômes des abcès du foie varient beaucoup, suivant la marche de ces derniers. En effet, l'évolution de ces abcès est éminemment variable; on peut voir la mort survenir déjà au bout de 8 à 10 jours, tandis que dans d'autres cas l'abcès persiste des années. Par conséquent, dans les formes aiguës, on devra s'attendre à voir survenir des douleurs intenses, dans la région du foie et dans l'épaule droite, ainsi qu'une tuméfaction au niveau de la glande hépatique, quelquefois, mais rarement, de l'ictère et de la fièvre à type rémittent, remplacé dans les tropiques par les types intermittents; en outre, la fièvre ainsi que les troubles digestifs et le défaut de fonctionnement du foie entraînent naturellement bientôt l'amaigrissement du malade. Par contre, dans les formes d'abcès à marche très lente, tous ces symptômes sont très peu marqués, et l'apparition d'une tumeur au niveau du foie chez un malade atteint d'une fièvre hectique est alors le premier phénomène qui permette de poser un diagnostic sûr.

L'ictère n'est point un symptôme constant. Par contre, SACHS attribue un caractère pathognomonique à une coloration particulière de la peau et de la conjonctive bulbaire, à une pâleur ictérique facile à reconnaître lorsqu'on l'a une fois observée. La **douleur scapulaire caractéristique** est très fréquente, suivant SACHS. On sait qu'on l'explique par l'existence d'anastomoses entre les nerfs cutanés de l'épaule provenant de la quatrième paire cervicale et le nerf phrénique dont quelques rameaux arrivent à la surface du foie et pénètrent même dans la substance de cet organe.

Localement l'abcès du foie donne lieu à des symptômes très variables. S'il se développe dans des parties de la glande accessibles à la palpation, on constate une tuméfaction qui d'abord suit les mouvements du foie correspondant à l'élévation et à l'abaissement rythmiques du diaphragme; puis la tumeur contracte peu à peu des adhérences avec les parois abdominales, provoque un œdème inflammatoire à ce niveau, et finalement on se trouve en présence d'un abcès avec fluctuation bien manifeste. La tumeur perd alors naturellement sa mobilité. Lorsque l'abcès se développe du côté du diaphragme, il soulève ce dernier et

forme une tumeur qui fait saillie dans la cavité thoracique, tumeur que permet de reconnaître la percussion pratiquée à la partie antérieure du thorax; l'abcès peut alors s'ouvrir à l'extérieur à travers les espaces intercostaux, après avoir provoqué un phlegmon dans la partie correspondante des téguments. Quant à la perforation de l'abcès, elle peut se produire soit à travers les téguments, comme nous venons de le voir, soit dans la cavité thoracique, dans le tube digestif (estomac ou duodénum), dans le bassin des reins ou enfin dans la cavité péritonéale. C'est à travers les téguments qu'elle s'effectue le plus fréquemment, et assez souvent alors la maladie se termine favorablement. Lorsque l'abcès s'ouvre dans la cavité thoracique, le pus peut se frayer un passage dans les bronches à travers le tissu pulmonaire, et la guérison est également possible dans ces conditions. Enfin, la perforation dans l'intestin peut avoir aussi une terminaison favorable.

Le pronostic des abcès du foie est, en général, très mauvais. Ainsi les malades atteints de suppurations pyémiques de cet organe succombent presque tous, et la mort est due alors, le plus souvent, non pas à l'abcès lui-même, mais aux conséquences de l'infection pyémique générale. De même la maladie observée dans les tropiques tue la majorité des individus qui en sont atteints. D'après THIERFELDER, la mortalité serait d'environ 70 à 80 0/0. Dans nos contrées également, la proportion des cas de guérison est loin d'être élevée. Sur 12 abcès de cause traumatique, 7 seulement se sont terminés par la guérison (THIERFELDER). Parmi les malades guéris sans opération, c'est l'évacuation du pus par les bronches qui paraît avoir amené le plus souvent une heureuse terminaison. La perforation dans l'intestin a donné des résultats presque aussi favorables, tandis que l'ouverture spontanée de l'abcès, à travers les téguments de l'abdomen ou du thorax, ne semble pas être suivie aussi souvent de guérison.

Sur 36 cas d'abcès du foie observés par SACHS, 17 se sont terminés par la mort et 19 ont guéri. Chez 11 malades la guérison survint sans opération, et 10 fois l'abcès s'ouvrit dans les bronches. Sur les 21 malades opérés 8 guérirent.

La résorption du contenu de l'abcès ne se produit évidemment que dans les cas où ce dernier a une étendue très limitée, et même alors elle est exceptionnelle.

Nous ne parlerons pas ici du traitement de l'hépatite suppurée dans la période dite inflammatoire, c'est-à-dire avant l'apparition de signes évidents de suppuration. Les règles à suivre alors sont celles que l'on trouve exposées dans les traités de pathologie interne. SACHS conseille l'application de vésicatoires sur la région du foie et l'administration du calomel à l'intérieur. Dès que la suppuration est établie, si l'exploration de la région

du foie permet de constater que le pus se trouve contenu dans une cavité accessible à l'opération, l'incision hâtive de l'abcès aura certainement pour effet d'améliorer sensiblement le pronostic. D'après les recherches bibliographiques de THIERFELDER, sur 34 opérations de ce genre pratiquées dans les 15 dernières années, 22 ont été suivies de guérison; les cas de mort concernaient le plus souvent des individus chez lesquels l'abcès existait déjà depuis fort longtemps, et était très volumineux et très étendu, par conséquent, d'une manière générale, des malades dont on ne pouvait espérer la guérison. Une intervention hâtive donne donc certainement de meilleurs résultats qu'une opération tardive, longtemps différée. Un progrès notable fut réalisé le jour où l'on apprit à pratiquer l'opération avant que l'abcès fit saillie à l'extérieur, et même avant qu'il eût contracté des adhérences avec le péritoine pariétal, de la même manière que pour les kystes à échinocoques du foie (Voir § 40). Il s'agissait d'abord, dans ces cas, de provoquer la soudure des deux feuilletts du péritoine afin d'empêcher l'écoulement du pus dans la cavité péritonéale, et ce résultat fut obtenu soit par le procédé de BEGIN, soit par celui de RÉCAMIER (voir plus loin). Mais bientôt on apprit à atteindre le même but par un procédé plus simple que l'emploi des caustiques. Ce procédé consiste à plonger un trocart dans l'abcès en prenant pour guide la saillie de la tumeur ou l'œdème des téguments, puis à laisser la canule à demeure si le pus s'en écoule. Dans le cas contraire on enlève entièrement le trocart, et la petite opération se trouve réduite alors à la valeur d'une ponction exploratrice, laquelle n'entraîne, du reste, aucune conséquence fâcheuse. Au point traversé par le trocart, il se produit un certain degré d'inflammation ayant pour résultat la soudure des deux feuilletts du péritoine. Ce procédé est généralement employé de nos jours par les chirurgiens de France et d'Angleterre. Un trocart de calibre moyen est enfoncé dans la tumeur et laissé en place jusqu'à ce qu'il devienne libre ou que le pus s'écoule à côté de la canule, ce qui arrive habituellement le troisième jour. On enlève alors l'instrument et l'on maintient la fistule ouverte en y introduisant un tube à drainage, et si on le juge nécessaire, on fait des lavages de l'abcès avec des solutions désinfectantes. Il est probable que l'on sauvera encore plus de malades en pratiquant l'ouverture des abcès par la méthode antiseptique, suivant les règles que nous décrirons à propos de l'opération des kystes à échinocoques du foie. On divise d'abord les parois abdominales, y compris le péritoine, jusqu'à la surface de l'abcès, et l'on remplit la plaie de gaze de Lister chiffonnée; puis on applique un pansement antiseptique, et dès que le foie a contracté des adhérences avec les parois, on ouvre l'abcès dans le fond de la plaie, on en lave la cavité avec une solution phéniquée, on y introduit un tube à drainage et l'on applique enfin un pansement antiseptique.

Lorsque le pus a déjà provoqué un phlegmon des téguments ou que