

En toute circonstance, L'INDICATION SYMPTOMATIQUE est de dégorger le foie; les sangsues à l'anus et les purgatifs salins sont les meilleurs moyens d'atteindre le but. Par le premier on obtient, grâce aux anastomoses, la déplétion directe des vaisseaux portes; par le second on produit, grâce à la spoliation séreuse, un abaissement de pression dans les veines intestinales, et l'on excite les sécrétions de l'intestin et du foie. L'action des purgatifs peut être soutenue par l'infusion de rhubarbe; le régime doit être doux, il faut en écarter les aliments gras et indigestes. Dans les formes chroniques, la médication précédente peut également être instituée, mais toutes les fois que la chose est possible, il convient de recourir au traitement thermal (Carlsbad, Hombourg, Kissingen, Marienbad, Vichy), ou bien à l'hydrothérapie par les douches froides, dont les intéressantes observations de Fleury ont établi l'efficacité.

Dans la *stase d'origine cardiaque* les principes et les moyens du traitement sont ceux de l'asthénie elle-même, je n'y reviens pas, et me borne à rappeler tout spécialement l'efficacité du régime lacté, soit exclusif, soit mixte.

CHAPITRE II.

HÉPATITE SUPPURÉE. — ABCÈS DU FOIE.

GÉNÈSE ET ÉTIOLOGIE.

L'hépatite (1) de *cause externe* est produite par les plaies, les chutes, les coups de la région hypochondriaque. Cette forme est rare, aussi bien dans les climats chauds que dans les nôtres; ainsi que la plupart des

(1) Voyez la bibliographie du chapitre précédent; en outre :

- WILSON, *On hepatitis*. London, 1817. — GRIFFITH, *An Essay on the common causes and prevention of Hepatitis as well in India as in Europa*. London, 1817. — LOUIS, *Recherches anat.-path.* Paris, 1826. — ANNESLEY, *Researches into the causes, nature and treatment of the more prevalent Diseases of India*. London, 1828. — CONWELL, *A Treatise on the functional and structural changes of the Liver*. London 1835. — THOMSON, *Practical Treatise on the diseases of the Liver and biliary passages*. Edinburgh, 1841. — LAVERAN, *Documents pour servir à l'histoire des maladies du nord de l'Afrique* (Recueil de mém. de méd. milit., 1842). — HASPEL, *Sur les abcès du foie* (Eod. loco, 1843). — CATTELOUP, *Mém. sur la coïncidence des abcès du foie avec la diarrhée et la dysenterie endémiques de la province d'Oran* (Eod. loco, 1845). — CAMBAY, *Traité de la dysenterie des pays chauds*. Paris, 1845. — PARKES, *Remarks on the Dysentery and Hepatitis of India*. London, 1846. — OPOPOLZER, *Prager Viertelj.*, XIII. — MÜHLIG, *Zeitschr. d. Gesells. der Aerzte zu Wien*, 1852. — WARING, *Edinb. med.*

inflammations viscérales d'origine traumatique, elle peut se développer plusieurs semaines, plusieurs mois après l'accident générateur.

L'hépatite de *cause interne* n'est point aussi rare dans les pays euro-

Journal, 1855. — DUTROULAU, *Mém. de l'Acad. de méd.*, 1856. — BAMBERGER, *loc. cit.* — GRAVES, *Clin. méd. et Notes du trad.* Paris, 1860. — ROUIS, *Recherches sur les suppurations endémiques du foie*. Paris, 1860. — JACCOUD, *Compte rendu de l'ouvrage précédent* (*Gaz. hebdom.*, 1861). — DUTROULAU, *Maladies des Européens dans les pays chauds*. Paris, 1861. — SERGENT, *De l'hépatite aiguë spontanée*. Thèse de Paris, 1862. — MARROIN, *Abcès du foie* (*Arch. gén. de méd.*, 1862). — CLOETTA, *Zwei Fälle von suppurativer Hepatitis* (*Schweiz. Zeits.*, 1862). — MACLEAN, *On the treatment of acute Hepatitis in its suppurative stage* (*The Lancet*, 1863). — CAMERON, *Même sujet* (*Eod. loco*). — MARTIN, *Même sujet* (*Eod. loco*, 1864). — GOODWIN, *Circumscribed or suppurative inflammation of the Liver* (*British med. Journ.*, 1864). — WOLFES, *Leberabscess. Erguss durch die Bronchien* (*Deutsche Klinik*, 1864). — LOWER, *Ein Fall von Leberabscess* (*Berlin. klin. Wochens.*, 1864). — MARKE, *De abscessu hepatis*. Berolini, 1865.

LAVIGERIE, Thèse de Paris 1866. — FRANQUE, *Perforation eines Leberabscesses in den Darm* (*Memorabilien*, 1866). — DUHAMEL, *Gaz. hôp.*, 1866. — DUNCAN, *Hepatic abscess* (*Dublin quart. Journ. of medic. Sc.*, 1866). — WESTERMANN, *De hepatitis suppurativa*. Berolini, 1867. — DE RANSE, *Hépatite suraiguë terminée par suppuration* (*Gaz. hôp.*, 1867). — PHILIPSON, *Metastatic abscess of the Liver* (*British med. Journ.*, 1867). — THOMPSON, *Abscess of the Liver bursting into the right pleural cavity* (*British med. Journ.*, 1867). — MAURY, *New York med. Record*, 1867. — JACCOUD et DIEULAFOY, *Abcès du foie; ponctions multiples* (*Gaz. hôp.*, 1867). — PEACOCK, *Abscess of the Liver opening into the right pleural cavity, and thence into the lung* (*Med. Times and Gaz.*, 1867). — MURCHISON, *Two cases of abscess of the Liver secondary to simple ulcer of the stomach* (*Trans. of the path. Soc.*, 1867). — RAMIREZ, *Congrès méd. internat. de Paris. — Du traitement des abcès du foie*. Paris, 1867. — BUECKLING, *36 Fälle von Leberabscess*. Berlin, 1868. — SAGHS, *Diagnostic des abcès du foie* (*Gaz. hebdom.*, 1868). — SISTACH, *Recueil de mém. de méd. milit.*, 1868. — BOURDILLAT, *Abcès du foie dans le cours d'une dysenterie; ouverture dans le péritoine* (*Gaz. hôp.*, 1868). — HAYDEN, *Dublin quart. Journ.*, 1868. — KUSSMÄUL, *Berlin. klin. Wochens.*, 1868. — PARDO, *Mouvement médical*, 1868. — VAN DEN CORPUT, *Presse méd. belge*, 1868. — LARIVIÈRE, *Étud. clin. des abcès du foie dans les pays chauds* (*Recueil de mém. de méd. milit.*, 1868). — GARNIER, *Union méd.*, 1868. — MEYER, *Hepatitis suppurativa hervorgerufen durch Galtensteinbildung*. Göttingen, 1868. — DRECHSLER, *St. Louis med. and surg. Journ.*, 1869. — DA VENEZIA, *Giorn. Veneto di sc. med.*, 1869. — CORAZZA, *Rivista clin. di Bologna*, 1869. — LYONS, *Med. Press and Circular*, 1869. — PRUD'HOMME, *Gaz. hôp.*, 1869. — BÉHIER, *Gaz. hôp.*, 1869. — NAPHEYS, *Philadelph. med. and surg. Reporter*, 1869. — BLANC, *The Lancet*, 1869. — PENTRAY, Thèse de Paris, 1869.

VOLZ, *Leberabscessbildung nach körperlicher Misshandlung* (*Würtemb. med. Corresp. Bl.*, 1870). — HELLER, *Zur Lehre von den metastatischen Processen in der Leber* (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1870). — DE CASTRO, *Abcès du foie traités par la ponction* (*Union méd.*, 1870). — SCOTT, *A case of abscess of the Liver, early evacuation of the matter by puncture. Recovery* (*Med. Times and Gaz.*, 1870). — STE-

peens qu'on l'a prétendu; en revanche, sa fréquence dans les CLIMATS CHAUDS a été exagérée : le fait a été bien établi par les études de Johnson et de Knox. C'est en Afrique, dans les Indes orientales, dans la Turquie

WART, *On the use of chloride of ammonium in the treatment of suppurative hepatitis*, etc. (*The Lancet*, 1870). — GALLARD, *Leçons sur l'hépatite et les abcès du foie* (*Union méd.*, 1871). — PAYNE, *Two cases of suppuration in the liver, consequent on irritation in the appendix vermiformis cæci* (*Trans. path. Soc.*, 1871). — HILTON FAGGE, *Hepatic abscess following ulceration of the large intestine Eodem loco*, 1871). — RITCHEY, *Hepatic abscess; heart-clot. Death* (*Philad. med. and surg. Rep.*, 1871). — JAMESON, *Notes of a case of hepatic abscess* (*The Lancet*, 1871). — STARKLOFF, *St. Louis med. and surg. Journ.*, 1871. — PACHECO, *Gaz. méd. de l'Algérie*, 1871.

GALLARD, *Leçons de clin. méd.* Paris, 1872. — ARNOULD, *Abcès et infarctus du foie et de la rate* (*Gaz. méd. Paris*, 1872). — BLACK, *Abscess of the liver* (*The Lancet*, 1872). — FINLAYSON, *On the relationship of abscess of the liver to gastro-intestinal ulceration* (*Glasgow med. Journ.*, 1873). — GRAINGER STEWART, *A case of dilatation of the bileducts followed by abscess of the liver* (*Edinb. med. Journ.*, 1873). — MOXON, *Large single abscess of the liver secondary to ulcer of intestine* (*Trans. of the path. Soc.*, 1873). — SISTACH, *Note sur un abcès du foie opéré et guéri par la ponction suivie d'injections iodées* (*Gaz. méd. Paris*, 1873). — MICHEL, *Abcès du foie ouvert dans les bronches* (*Arch. méd. belges*, 1873). — JUBIOT, *Hépatite suppurée* (*Mouven. méd.*, 1873). — COLIN, *Abcès du foie ouvert dans la veine cave* (*Gaz. hebdom.*, 1873). — MALL, *Leberabscess bei einem 12 jährigen Mädchen* (*Wien. med. Presse*, 1873). — WARD, *Case of abscess of liver opening into lung and subsequently opened externally, with successful result* (*The Lancet*, 1873). — HEITLER, *Zur Klinik der Leberabscesse* (*Wien. med. Presse*, 1873). — MAC CONNELL, *Remarks on pneumatic aspiration with cases of abscess of the liver treated by this method* (*The Indian annals of med. Sc.*, 1873). — MACLEAN, *A case of abscess of the liver* (*The Lancet*, 1873). — MAYET, *Contrib. à l'étude des abcès du foie* (*Gaz. hebdom.*, 1873). — GIOMMI, *Di un ascesso del fegato*, etc. (*Il Raccoglitore med.*, 1873).

MACLEAN, *The diagnostic value of incontrollable vomiting in certain forms of hepatic abscess* (*Brit. med. Journ.*, 1874). — FAYRER, *Même sujet* (*Eodem loco*, 1874). — MEARS, *Case of hepatic abscess evacuating through the right lung ending in recovery* (*Philad. med. and surg. Rep.*, 1874). — WHITLA, *Dublin Journ. of med. Sc.*, 1874. — CRUMB, *Multiple abscesses of the liver mistaken for gastric cancer* (*Philad. med. and surg. Rep.*, 1874). — MOODEEN, *Med. Times and Gaz.*, 1874. — VALLIN, *Abcès du foie consécutif à une contusion du périnée; guérison spontanée par rupture dans l'estomac* (*Union méd.*, 1874). — CADOT, *Évacuation par les bronches; guérison* (*Gaz. hôp.*, 1874). — EAMES, *Ouverture dans la plèvre* (*Brit. med. Journ.*, 1874). — GAZZO, *Philad. med. and surg. Rep.*, 1874. — RIGAL, *Note sur un cas de périhépatite suppurée primitive avec formation d'un vaste abcès fétide, situé entre la face inférieure du diaphragme et la face sup. du foie, et ayant donné lieu à tous les signes d'un hydropneumothorax* (*Union méd.*, 1874). — TAYLOR, *A case of abscess between the diaphragm and the liver* (*Gu'ys Hosp. Rep.*, 1874). — KING, *Trans. of the path. Soc.*, 1874. — PAOLUCCI, *Casi di accessi epatici* (*Il Morgagni*, 1874). — CALASTRI, *Epatite suppurativa e successivo empiema* (*Gaz. med. ital. Lomb.*, 1874). — GUENEAU DE MUSSY, *Contrib. à l'hist. des abcès du foie* (*France méd.*, 1875).

d'Europe qu'elle est le plus commune. L'ALTITUDE a une grande influence sur son développement : ainsi dans les contrées où la suppuration du foie est pour ainsi dire endémique, en Algérie par exemple, on ne l'ob-

ROUSTAN, *Des lésions traumatiques du foie*. Paris, 1875. — UWERSKY, *Zur Frage über die traumatische Leberentzündung* (*Virchow's Arch.*, 1875). — DUNCAN, *Abscess of liver running a rapid course, aspiration, death* (*Med. Times and Gaz.*, 1875). — CARSON, *Abscess of the liver and its treatment* (*New York med. Record*, 1875). — PEPPER, *Hepatic abscess opening externally in right side* (*Philad. med. Times*, 1875). — FÉREOL, *Hépatite suppurée; abcès hépato-péritonéal*, etc. (*Union méd.*, 1875). — SCHRANK, *Ein Fall eines Leberabscesses* (*Allg. Wien. med. Zeit.*, 1875). — RENDU, *Collection purulente enkystée entre le foie et le diaphragme* (*Lyon méd.*, 1875). — MURILLO, *Contribuzione allo studio della epatite suppurativa del Chile* (*Rivista clin. di Bologna*, 1875). — SCHUERMANS, *Hépatite suppurée* (*Presse méd. belge*, 1876). — PAGE, *Case of hepatic abscess* (*Americ. Journ. of med. Sc.*, 1876). — DUHAIN, *Essai sur l'hépatite suppurée de nos climats*. Thèse de Paris, 1876. — RALFE, *Acute hepatitis occurring in a case of dysentery* (*The Lancet*, 1876). — SACHS, *Ueber die Hepatitis der heissen Länder, die darnach sich entwickelnden Leberabscesse und deren operative Behandlung* (*Arch. f. Chir.*, 1876). — BERGÈS, *Étude sur les abcès du foie consécutifs à la dysenterie des régions tempérées*. Thèse de Paris, 1876. — HOFMEIER, *Ueber Leberrupturen und ihren Heilungsprocess*. Greifswald, 1876. — BÉRENGER-FÉRAUD, *Traité clin. des maladies des Européens au Sénégal*. Paris, 1876. — MURCHISON, *Clin. lect. on diseases of the liver*. London, 1877. — SIMMONS, *An extraordinary case of biliary abscess communicating with the right bronchus* (*Americ. Journ. of med. Sc.*, 1877). — RALFE, *Abscess of the liver without pyrexia* (*The Lancet*, 1877). — FENWICK, *The detection of particles of hepatic structure in abscess of the liver* (*Eodem loco*). — WATERS, *Two cases of perihepatic abscess bursting through the right lung* (*Brit. med. Journ.*, 1877). — EISENLOHR, *Zwei Fälle von lufthaltigen Abscessen zwischen Diaphragma und Leber* (*Berlin. klin. Wochen.*, 1877). — CARRESCIA, *Un caso di ascesso epatico aperto per la via del pulmone. Guarigione con l'uso interno dell' acido fenico* (*Il Morgagni*, 1877). — KLOB, *Ueber die Rupturen der Leber* (*Wien. med. Blätter*, 1878). — HUBER, *Fall von abscedirender Hepatitis* (*Wirt. med. Corresp. Blatt*, 1878). — DOWN and MACKENZIE, *Abscess of the liver, sequential to dysentery* (*The Lancet*, 1878). — GLUCK, *Ueber embolische Leberabscesse nach Dysenterie*. Berlin, 1878. — HENDERSON and NEIL, *Large, deep-seated, acute abscess of the liver opened with antiseptic precautions* (*The Lancet*, 1878). — GREEN, *Case of hepatico-bronchial fistula*, (*Eodem loco*). — VINAY, *Note sur la méthode de Récamier dans le traitement des collections purulentes du foie* (*Lyon méd.*, 1878). — RIVET, *Abcès volumineux du lobe gauche du foie ouvert dans l'estomac*, etc. (*Rec. de mém. de méd. milit.*, 1878). — SINNHOLD, *Leberabscess nach Helminthiasis* (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1878). — SCHEUTHAUER, *Käsige zerfallende Herde in der Leber eines 4 jähr. Knaben, bewirkt durch Spulwürmer der Lebergallengänge* (*Eodem loco*).

RAJGRÓDSKI, *Zur Casuistik des Leberabscesses*. Jena, 1879. — IRVINE, *Aneurysm of hepatic artery in the cavity of an abscess of the liver; perforation of the stomach and rupture of aneurysm into it* (*Trans. of the path. Soc.*, 1879). — DULLES, *Abscess of the liver* (*Philad. med. Times*, 1879). — SOUTHEY, *A case of suppurative*

serve pas au-dessus de 1200 mètres. Dans les pays méridionaux, la maladie atteint surtout les individus *non encore acclimatés*, et elle paraît favorisée par les *excès de table*, qui acquièrent l'importance d'une cause prédisposante.

Quant aux causes déterminantes, elles sont de divers ordres. L'hépatite est produite PAR IRRITATION DIRECTE lorsqu'un *calcul biliaire* anguleux, enclavé dans un canalicule, agit à la manière d'une épine sur le tissu du foie; ou bien, ce qui est encore plus rare, lorsque des *ascarides migrateurs* pénètrent dans l'épaisseur de l'organe. L'hépatite PAR CONTIGUITÉ, par extension d'un travail pathologique préalable, est déjà plus fréquente; on l'observe à la suite des *lésions gastro-intestinales ulcéreuses*, notamment dans l'ulcère simple, mais elle peut aussi être provoquée par le *cancer de l'estomac*. Dans un cas de cancer du pylore, Bamberger a trouvé le lobe gauche du foie transformé en un vaste abcès.

Dans le plus grand nombre des cas, l'hépatite est produite PAR MÉTASTASE, c'est-à-dire par la pénétration, dans la veine porte, de particules nocives provenant de quelque altération ulcéreuse et nécrosique. Le plus ordinairement la lésion génératrice occupe les organes dont les veines appartiennent au système porte; l'*ulcération dysentérique* est le type du genre: des molécules gangreneuses ou putrides pénètrent dans les radicules des veines mésentériques, passent dans la veine porte, et s'arrêtent dans les capillaires hépatiques, où elles produisent par contact une inflammation suppurative; le processus est en somme celui des embolies spécifiques. Diverses objections ont été faites à cette interprétation: on a invoqué l'intégrité des veines (Cambay, Mühlig), l'absence d'hépatite dans le cours des ulcérations tuberculeuses et typhoïdes, la rareté de l'abcès du foie dans la dysentérie de nos climats. Mais les veines embolisées ne sont jamais altérées que dans les points où l'embolus s'arrête, la première objection perd sa valeur apparente; la seconde n'est pas plus puissante: si les ulcérations tuberculeuses et typhoïdes ne produisent pas l'hépatite, c'est tout simplement qu'elles ne sont pas de même nature que les ulcérations issues du poison dysentérique; malgré le fait commun d'une solution de continuité dans l'intestin, la cause est différente dans les deux cas, et il n'est pas surprenant que les effets soient dissemblables. Au surplus, l'innocuité des ulcérations tuberculeuses et typhoïdes n'est que

hepatitis secondary to thrombosis of the portal vein (The Lancet, 1879). — PEPPER, *Abscess of the liver following dysentery* (New York med. Record, 1879). — HORN, *Case of hepatic abscess* (Philad. med. and surg. Reporter, 1879). — LAVERAN, *Contrib. à l'anat. path. des abcès du foie* (Arch. de physiol., 1879). — ASHBY, *A case of pyæmic abscess of the liver secondary to an ulcer of the cæcal appendix, resulting from impaction of a pin* (The Lancet, 1879). — CIARAMELLI, *Osservazioni ed esperienze di clinica med. sugli accessi del fegato e sulla cura dell'epatite interstiziale*. Napoli, 1880.

relative, et quelques observations démontrent la formation d'abcès du foie à la suite de lésions intestinales de cet ordre; je rappellerai notamment celles de Louis, d'Andral et de Feltz.

Enfin, si l'abcès du foie est plus rare dans la dysentérie de nos climats, c'est tout simplement que la maladie y présente rarement au même degré que dans les pays chauds le caractère septique et putride. Du reste il résulte des recherches récentes de Gluck que les conséquences des embolies hépatiques d'origine dysentérique varient suivant l'état dans lequel elles trouvent le foie; d'après cet observateur ces embolies sont stériles, c'est-à-dire qu'elles n'aboutissent pas à l'abcès, si le foie est intact; elles sont pyogéniques, au contraire, si l'organe a préalablement ressenti l'action de la malaria, si surtout sous l'influence de cette cause il a déjà subi les altérations de la sclérose ou de la dégénérescence amyloïde. Il est évident que nous ne sommes point autorisés à généraliser ces conclusions, mais elles mettent en lumière une importante et nouvelle distinction dont il faut dorénavant tenir le plus grand compte. Dirigée dans ce sens, l'observation démontrera peut-être que la valeur de cette distinction est absolue, car on peut aisément concevoir que le foie et l'individu, déjà impressionnés par une maladie antérieure, sont plus disposés à céder à une nouvelle provocation pathogénique.

Ce qui est bien certain, en revanche, c'est que, dans *quelques cas*, la genèse par métastase est absolument inadmissible, par la raison que l'hépatite précède la dysentérie (Annesley, Bristowe, Frerichs); il faut alors admettre avec Morehead que les deux maladies sont les effets d'une même cause, le *climat* et l'*endémie*. L'ulcération dysentérique n'est pas la seule lésion qui puisse provoquer l'hépatite par métastase; au même ordre de causes appartiennent les *ulcérations de la vésicule biliaire*, les *opérations* pratiquées sur l'intestin et le rectum, les *suppurations de la rate*, enfin celles de l'*utérus et des ovaires* en raison des anastomoses de leur système veineux avec les veines hémorroïdales.

Par exception, les inflammations communes du cæcum et de son appendice peuvent également donner lieu à l'abcès du foie; un des exemples les plus remarquables de ce fait est celui qui a été rapporté par Ashby, l'inflammation de l'appendice cæcal avait été causée par la présence d'une épingle. C'était donc le type parfait de l'inflammation commune ou franche, puisque l'inflammation était accidentelle.

Dans d'autres cas, le processus est obscur et la métastase problématique, parce que la lésion génératrice est sans rapports avec le système porte: c'est ce qui a lieu dans les abcès hépatiques, suite de plaies ou d'*opérations périphériques*, dans ceux aussi qui succèdent aux *plaies de tête*. La genèse par embolie peut à la rigueur être admise, mais elle n'est point prouvée; je rappelle que, dans ces conditions, l'embolus doit traverser les capillaires des poumons, passer dans le cœur gauche et de là

dans l'artère hépatique et dans le foie. Le trajet est long et tortueux, mais je tiens cette théorie pour plus satisfaisante que la sympathie supposée par les anciens entre les os de la tête et le foie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Le point de départ du travail inflammatoire n'est pas complètement certain. D'après Liebermeister, c'est le TISSU INTERSTITIEL; d'après Rokitansky, Frerichs et Virchow, les CELLULES HÉPATIQUES seraient atteintes les premières par une *dégénération granuleuse*, albumineuse ou graisseuse; cette lésion initiale, qu'a également observée Mac Namara dans le Bengale, a nécessairement pour conséquence la destruction des cellules, et la *formation de lacunes* qui contiennent les débris du parenchyme. Ces lacunes apparaissent comme des places blanches ou jaunâtres, sans consistance, et tout à l'entour le tissu du foie est hyperhémie, urgescent, et la cohésion en est diminuée. Dès le début, les *canalicules biliaires fins* sont obturés par des coagulations albumino-fibrineuses (Rokitansky), et si l'altération est voisine de la surface, le *péritoine* participe à l'inflammation. Le foie n'est jamais atteint dans sa totalité; il présente un ou plusieurs de ces foyers lacunaires, et le reste de l'organe est intact.

A ces lésions initiales qu'on a bien rarement l'occasion d'observer, succède la SUPPURATION; elle se fait par points isolés dans les foyers ramollis, souvent plusieurs d'entre eux se réunissent: ainsi est formé un ABCÈS dont la grosseur varie depuis le volume d'une lentille jusqu'à celui d'un œuf de poule et même au delà. Les grandes collections purulentes résultent tantôt de la fusion de plusieurs petits abcès (fait qui n'est point aussi rare que l'ont avancé Louis et Dutroulau), tantôt de l'extension de la suppuration de proche en proche.

L'abcès occupe plus fréquemment le lobe droit, ce qui tient simplement, ainsi que l'a montré Rouis, au volume de cette partie de l'organe; quand il est récent, il est entouré par du tissu hépatique ramolli et infiltré, et il renferme un pus crémeux, souvent coloré en vert par de la bile; le mélange de sang est rare, parce que les vaisseaux, notamment les rameaux de la veine porte, sont obturés dès le début. Lorsque l'abcès n'aboutit pas rapidement à la perforation, il est enkysté par une *néo-membrane conjonctive* plus ou moins vascularisée, et alors, après être resté plus ou moins longtemps stationnaire, il peut guérir par résorption du liquide et accolement cicatriciel des parois, d'où résulte une *dépression centrale avec irradiations fibreuses étoilées*; dans quelques cas, l'adhésion n'est pas complète, il reste une cavité remplie de matière caséuse ou calcifiée. Cette évolution est très rare; on sait aujourd'hui que ces vestiges de foyers anciens appartiennent bien plus à l'*hépatite syphi-*

litique (Dittrich, Wagner) qu'à l'abcès du foie. Ce dernier tend le plus souvent à la PERFORATION de l'organe, et toutes les éventualités possibles ont été observées. Le pus se fait jour à *travers les parois abdominales*, s'il y a des adhérences péritonéales; dans le cas contraire, il est versé dans le *péritoine*: ce sont là les cas les plus fréquents. Dans d'autres circonstances, il arrive dans la *plèvre*; ou bien, en cas d'adhérences pleuro-pulmonaires, il se fraye une voie à travers le poumon et est évacué par les *bronches* (vomique hépatique); ailleurs il passe dans l'*intestin* (Grossmann), dans l'*estomac* (Morehead, Murchison); ou bien il arrive dans le *duodénum par les voies biliaires* (Noëldecke, Frerichs); enfin on l'a vu fuser dans le *péricarde* (Graves, Bentley, Fowler, Dickmann, etc.), dans le *bassinnet du rein droit* (Annesley), dans la *veine porte* (Rokitansky), et dans la *veine cave inférieure* (Blancard). — Quand le malade survit à la perforation, la guérison de l'abcès peut encore avoir lieu par rapprochement des parois et calcification du contenu, mais le fait est bien rare.

Parmi les lésions de voisinage auxquelles peut donner lieu l'hépatite, je signale tout spécialement, en raison de la grande importance pratique du fait, les *adhérences du poumon et du diaphragme* à la paroi costale, ainsi que les adhérences de la base du poumon à la face supérieure du diaphragme. Ces éventualités doivent toujours être présentes à l'esprit lorsqu'il s'agit du traitement chirurgical des abcès du foie, et j'estime que l'on doit opérer aussi bas que possible, sinon l'on court le risque, au cas d'adhérences phréno-costo-pulmonaires, de traverser le poumon avant d'atteindre le foyer hépatique. — La *pleurésie droite* est une complication fréquente de l'hépatite suppurée. Dans un cas rapporté par Irvine, un petit anévrysme d'une branche de l'artère hépatique faisait saillie dans la cavité de l'abcès, et lorsque ce dernier s'est ouvert dans l'estomac, l'anévrysme s'est également rompu dans le ventricule.

La terminaison par GANGRÈNE est exceptionnelle, mais elle est démontrée par les observations d'Andral, Rokitansky, Graves, Budd, Haspel, etc.; il est probable qu'elle est amenée par l'état général du malade plutôt que par l'ischémie phlegmasique, car dans les faits de Budd et de Graves elle coïncidait avec des eschares extérieures.

Les abcès de la pyohémie et des plaies de tête sont plus petits, plus nombreux que les autres; ils ont un siège plus superficiel, et coïncident d'ordinaire avec des abcès semblables dans d'autres viscères.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC.

L'hépatite qui précède l'abcès présente des allures variées qui permettent de distinguer trois formes cliniques, savoir l'*aiguë*, la *subaiguë* et la *chronique*.

Forme aiguë. — Cette forme ne permet aucune hésitation dans le diagnostic, mais elle est rare dans nos climats, où elle ne survient guère que dans l'hépatite traumatique et dans celle qui est produite par l'enclavement d'un calcul. Après un malaise général semblable à celui qui marque l'invasion de toutes les maladies fébriles, l'individu est pris de FRISSONS qui se répètent plus ou moins fréquemment pendant les deux premiers jours, et d'une FIÈVRE intense qui peut procéder d'abord par accès intermittents, mais qui ne tarde pas à prendre le type rémittent à redoublement vespéral ou nocturne. En même temps, l'hypochondre droit devient douloureux spontanément et à la pression, et d'ordinaire cette DOULEUR comprend deux sensations distinctes, une tension contusive générale dans toute la région, et une douleur plus restreinte et plus vive, fixée en un point qui correspond le plus souvent au rebord costal inférieur, quel que soit le siège de la lésion. Cette douleur est lancinante; elle est exaspérée par les mouvements, par les efforts de respiration qu'elle enchaîne : c'est un véritable *point de côté hépatique*. Comme cette douleur entrave l'action du diaphragme, et que l'irritation inflammatoire agit par action réflexe sur les phréniques et les nerfs vagues, il y a un certain degré de DYSPNÉE et une petite TOUX sèche, pénible, qui revient par accès (*tussis hepatica* de Galien). — Cet ensemble de symptômes simule exactement le début d'une pleurésie droite; pour éviter l'erreur, il faut tenir compte des effets douloureux de la pression exercée sur le foie, et de la TUMÉFACTION de l'organe; elle est précoce et générale parce qu'elle tient moins au foyer inflammatoire lui-même qu'à l'hyperhémie étendue qui en accompagne le développement. Un peu plus tard, les résultats négatifs de la percussion et de l'auscultation de la poitrine facilitent l'appréciation, vu qu'une pleurésie assez intense pour produire des symptômes aussi marqués présente dès le second ou le troisième jour des signes non douteux d'épanchement.

A ces phénomènes se joignent des VOMISSEMENTS bilieux plus ou moins fréquents qui persistent rarement au delà des trois premiers jours, et, dans certains cas, un ICTÈRE à teinte plus ou moins foncée, avec élimination de pigment par l'urine. C'est un ictère par résorption qui résulte de l'obturation des fins canalicules biliaires au pourtour du foyer, parfois d'un catarrhe concomitant des voies biliaires; il est loin d'être constant; c'est un symptôme *possible* de l'hépatite aiguë, ce n'en est pas un symptôme *ordinaire*. Lorsque la jaunisse est due à l'obstruction des petits canalicules, elle est toujours moins marquée que lorsqu'elle provient d'une complication catarrhale, et il n'est pas rare qu'elle disparaisse dans une période plus avancée de la maladie, quand les éléments sécréteurs de la région enflammée sont détruits; si, en effet, l'obturation des canalicules est limitée à la région qui ne produit plus de bile, il n'y a plus de résorption possible. Dans le cas où l'ictère précoce coïncide avec

une fièvre violente, on pourrait confondre l'hépatite suppurée avec l'hépatite atrophique diffuse, mais, dans la première, il n'y a ni hémorragies nasales ou cutanées, ni albuminurie, ni cet état ataxo-adyynamique qui apparaît de si bonne heure dans l'autre maladie.

Les symptômes vont croissant en intensité pendant huit à dix jours; puis le patient est de nouveau pris de frissons répétés, le pouls devient petit et concentré, la peau est couverte de sueurs froides et collantes, et après deux ou trois jours pendant lesquels la situation a été aussi grave que possible, une détente générale a lieu, la fièvre diminue ou cesse: ce mieux trompeur révèle l'achèvement de la suppuration. — On a dit que cette forme aiguë peut guérir avant d'aboutir à l'abcès; la chose est vraisemblable, et rien de plus; ce qui est bien certain, c'est qu'elle peut tuer avant la formation du pus (Rouis). — La marche de la maladie n'a pas toujours cette continuité; dans certains cas, les accidents s'amendent alors qu'on attendait les signes de la suppuration, une convalescence positive, ou même une guérison temporaire a lieu; mais bientôt une rechute ou une récurrence survient, et cette fois l'abcès est produit; il peut même être différé jusqu'à une troisième ou une quatrième attaque.

Forme subaiguë. — Bien plus fréquente que la précédente, aussi bien dans nos climats que dans les pays chauds, cette forme présente les mêmes symptômes, mais ils sont atténués quant à leur intensité et quant à la rapidité de leur marche. L'invasion est inaperçue parce qu'elle est graduelle; la fièvre, plus modérée, est souvent intermittente; les phénomènes réflexes, particulièrement le vomissement, sont moins accusés; l'ictère manque généralement, mais le point de côté hépatique, la tuméfaction de l'organe existent comme tantôt, et préviennent l'erreur qui consisterait à admettre de simples désordres gastro-intestinaux. La marche est plus lente, ce n'est qu'au bout de plusieurs semaines que l'abcès est formé; mais au moment où la suppuration commence, on retrouve les petits frissons et l'état général grave qui caractérisent cette période dans la forme précédente.

Forme chronique. — Cette forme est insidieuse, et l'analyse des observations montre qu'elle présente plusieurs variétés cliniques. — Dans un *premier groupe* de cas, la situation est encore assez nette pour que le diagnostic soit possible avant le moment de la suppuration: les symptômes sont peu accusés et traînent en longueur, mais enfin il y a de la douleur; le foie est augmenté de volume, et le malade est tourmenté par des troubles digestifs, dyspepsie, vomissement, diarrhée, constipation, qui vont croissant pendant des mois, sans cause appréciable, et finissent par amener un véritable état de marasme. Dans ces conditions surviennent un peu plus tôt, un peu plus tard, les signes révélateurs de la formation du pus. — Dans un *second groupe* de cas, le patient n'éprouve aucun autre symptôme que des accès de fièvre intermittente à périodicité ré-

gulière ou irrégulière, dont le type est ordinairement quotidien; mais l'erreur du diagnostic, si elle est commise, est bientôt révélée par l'inefficacité du sulfate de quinine. — Dans un *troisième groupe* de faits, les symptômes sont nuls jusqu'au moment où les frissons répétés, la fièvre rémittente, la prostration, révèlent la suppuration. L'hépatite préalable est latente comme dans le groupe précédent. — Enfin la suppuration peut elle-même être latente, de là une *dernière série* de cas les plus insidieux de tous, dans lesquels, en l'absence de tout symptôme, l'abcès n'est reconnu que lorsqu'il forme tumeur, ou pis encore à l'autopsie (faits de Haspel, Mallet, Budd).

Le relevé des observations recueillies par Rouis à Alger montre bien la fréquence respective de ces diverses modalités cliniques; il établit en effet que la symptomatologie a été complète seulement 8 fois sur 100, qu'elle a été incomplète 79 fois sur 100, et que dans 43 cas sur 100 la maladie a été latente. On peut apprécier par là les difficultés vraiment exceptionnelles du diagnostic.

Abcès. — Lorsque l'abcès est petit, peu importe d'ailleurs qu'il soit unique ou multiple, il ne produit aucun changement dans l'état antérieur du foie, tel qu'il peut être apprécié par la percussion et la palpation; il en est de même de l'abcès de grosseur moyenne qui occupe la partie centrale du lobe droit. Mais lorsque la collection est volumineuse, ou lorsque, de dimensions médiocres, elle siège dans le lobe gauche, elle se détache comme tumeur sur la région hypochondriaque; souvent appréciable à simple vue, en raison de la *DÉFORMATION* qu'elle produit et de la projection excentrique des côtes inférieures, cette tumeur est en outre saisissable par la palpation lorsqu'elle occupe la portion du foie qui débordé les côtes ou la ligne médiane, ou bien la face inférieure en avant du hile, ou bien enfin la région externe du lobe droit; dans ce cas, l'abcès faisant effort contre les côtes, produit au niveau de leur courbure une saillie limitée, avec élargissement notable des espaces intercostaux. L'abcès de la face concave amène rarement l'abaissement du foie; il se développe *aux dépens de la cavité thoracique*, refoule le poumon droit, et donne lieu à de la gêne respiratoire et à une matité à ligne supérieure convexe par en haut; au niveau de cette matité le bruit respiratoire est nul, les vibrations vocales sont absentes, *si le poumon n'est pas retenu par des adhérences*, et n'étaient les commémoratifs et les symptômes hépatiques actuels, on pourrait fort bien admettre un épanchement pleural chronique. — Quand l'abcès est accessible à la palpation, il fournit souvent, mais non toujours, le phénomène de la *FLUCTUATION*. Le diagnostic de l'abcès et des autres tumeurs, fluctuantes ou non, est basé sur les phénomènes inflammatoires et fébriles qui ont précédé l'apparition de la tumeur; mais dans les cas à symptômes initiaux nuls, ce diagnostic ne peut être donné que par la ponction exploratrice. —

L'abcès volumineux produit souvent l'ICTÈRE par compression des canaux biliaires, et celui qui, voisin du hile, atteint la veine porte ou ses branches de division, donne lieu à de l'ASCITE avec *tuméfaction de la rate*. Il en est de même de toutes les tumeurs qui occupent cette région; c'est là une question de siège, et non une question de nature. Cette remarque est également applicable aux douleurs lombaires avec irradiations dans le membre inférieur droit, symptôme signalé par Malcolmson et O'Brien dans l'abcès du bord postérieur du foie.

Dans la période aiguë qui précède la collection purulente, il n'est pas rare d'observer l'irradiation de la *douleur* de l'hypochondre vers l'épaule droite, et parfois même dans le cou et dans le membre supérieur de ce côté; ces symptômes, ainsi que l'a indiqué Luschka, sont dus à l'excitation du nerf phrénique. Lorsque le foie n'est pas fixé par des adhérences périhépatiques, l'auscultation de l'hypochondre pendant les grands mouvements de respiration, fait entendre dans quelques cas des frottements péritonéaux; Sachs a encore appelé récemment l'attention sur les faits de ce genre, et il a signalé aussi comme symptôme possible une exagération notable de la contractilité réflexe dans les muscles abdominaux du côté droit, surtout dans le droit antérieur.

L'amélioration qui marque l'achèvement de la suppuration persiste assez longtemps lorsque l'abcès est petit et unique; dans le cas contraire, la fièvre continue, une diarrhée colliquative survient, le malade maigrit, et il succombe en quelques semaines à l'hecticité et au marasme (*phthisis hepatica*). — Plus souvent l'abcès s'ouvre par une des voies qui ont été précédemment indiquées; la *perforation pariétale* avec adhérences péritonéales préalables est précédée d'une infiltration œdémateuse des téguments et d'une fluctuation superficielle; s'il n'y a pas d'adhérences, une *péritonite suraiguë* succède à l'épanchement du pus. — L'élimination par le diaphragme donne lieu, suivant les cas, à une *pleurésie aiguë*, à une *vomique avec pneumothorax*, à une *vomique sans pneumothorax*; le rejet soudain de matières purulentes brunes, d'odeur ammoniacale, est le signe distinctif de cette vomique jécorale. — Des vomissements de même nature, une diarrhée purulente, annoncent l'ouverture dans l'estomac ou dans l'intestin. Les autres variétés de perforation sont bien plus rares, elles tuent rapidement.

Après l'ouverture par la paroi abdominale ou même par les bronches, l'estomac ou l'intestin, la situation du malade est pour quelque temps meilleure, mais la guérison définitive, déjà rare pour la perforation directe au dehors, est tout à fait exceptionnelle pour les autres modes; cependant les faits de Grossmann et de Budd en établissent la possibilité. Bien souvent, alors même que l'abcès est convenablement vidé à travers les téguments, la suppuration continue, ou bien une nouvelle collection se forme dans le voisinage de la première (Delord), et le

patient est tué par la FIÈVRE HECTIQUE. — Quand l'abcès est petit, il peut guérir sans perforation, par résorption et caséification du contenu; le fait est rare et difficilement appréciable sur le vivant.

Les observations de Fenwick ont montré que le pus de l'abcès du foie renferme parfois des particules de tissu hépatique reconnaissables sinon à l'œil nu, du moins à l'examen microscopique. Ce fait a son intérêt, car lorsqu'il existe, il suffit pour différencier l'abcès du foie des collections purulentes extra-hépatiques qui se développent exceptionnellement entre l'organe et le diaphragme; Rigal, Féréol, Waters et Eisenlohr ont rapporté de remarquables exemples de cette éventualité trompeuse.

Les abcès liés à la PYOHÉMIE ne peuvent être reconnus avec certitude au milieu de l'état général grave des malades; les symptômes locaux manquent ou ne sont pas perçus par le patient; l'ictère peut être produit du fait de l'infection purulente, quand bien même le foie n'est pas atteint: tout critérium fait défaut. Cette impuissance du diagnostic local est de nulle importance, vu que l'abcès pyohémique du foie n'est justiciable d'aucun traitement.

TRAITEMENT.

Dans la forme aiguë seulement il convient de recourir aux applications de glace sur la région du foie, aux sangsues à l'anus et aux purgatifs répétés, notamment au calomel. Cette médication est surtout indiquée lorsque l'origine de l'hépatite est traumatique ou calculeuse; si elle est liée à la dysentérie, les chances de succès sont infiniment moindres, et, pour peu que le malade soit débilité, il faut laisser de côté les émissions sanguines. — Dans les autres formes, on aura recours aux laxatifs, aux vésicatoires répétés, et, en vue du travail de suppuration, on instituera de bonne heure la médication tonique. Dans le but d'empêcher la formation de l'abcès, on a souvent donné le calomel à doses fractionnées, mais son efficacité n'est rien moins que démontrée; dans les formes chroniques d'emblée qui ont des symptômes assez accusés pour permettre le diagnostic, on peut administrer l'iodure de potassium à hautes doses et les eaux alcalines. Mais dans tous les cas l'indication fondamentale est de soutenir les forces par le vin, le fer et le quinquina, auquel on peut substituer le sulfate de quinine lorsqu'il y a des accès intermittents. Ici, comme toujours, la fièvre doit être traitée, encore bien qu'elle soit purement symptomatique; ce précepte est en toute circonstance une des règles fondamentales de ma pratique.

L'abcès, une fois reconnu, doit être ouvert; s'il tend de lui-même vers la paroi, et qu'il n'y ait pas d'indication urgente, il convient d'attendre la fluctuation superficielle, signe certain d'adhérences; dans le cas con-

traire, et pour prévenir l'élimination ultérieure du pus par les voies dangereuses, il faut intervenir dès qu'on est certain du diagnostic. On conseille généralement d'agir avec les caustiques pour déterminer, avant l'évacuation, des adhérences entre le foie et la paroi abdominale. Il est sage d'obéir à ce précepte lorsque la fluctuation est épigastrique ou sous-costale; mais quand elle est intercostale, on peut agir d'emblée par la ponction, que l'on peut faire suivre de l'introduction d'un tube à drainage pour assurer l'écoulement du liquide reproduit: les travaux de Ramirez ont démontré l'innocuité de ce procédé. Pour la ponction avec les trocarts capillaires, je puis ajouter mon témoignage à celui de cet éminent confrère; je l'ai pratiquée jusqu'à dix fois sur un même malade, sans que le péritoine en ait le moins du monde souffert. Dans les cas de ce genre, l'aspirateur sous-cutané de Dieulafoy rend de grands services. D'après ce que j'ai dit antérieurement touchant les adhérences pulmonaires, il est clair que la ponction intercostale ne doit être pratiquée que si l'on a pu par un examen minutieux acquérir la certitude que le poumon est remonté dans la cavité thoracique, et qu'il n'est pas resté fixé dans le sillon costo-diaphragmatique. Il y a là une nouvelle et importante extension des notions relatives au diagnostic des adhérences pleurales. — Si l'on a ouvert l'abcès largement, et que la suppuration continue, il est indiqué de faire des injections iodées ou alcooliques, afin de prévenir la stagnation et la décomposition du pus, et d'en restreindre la production par l'action modificatrice de ces liquides sur la cavité pyogénique.

La guérison est rarement obtenue, même dans le cas où l'opération ne produit aucun accident; la pluralité des abcès est la cause la plus fréquente de l'insuccès. Un relevé de Waring donne quinze guérisons complètes sur quatre-vingt-une opérations.

CHAPITRE III.

ASPHYXIE HÉPATIQUE.

ATROPHIE PARENCHYMATEUSE. — HÉPATITE PARENCHYMATEUSE.

GENÈSE ET ÉTIOLOGIE.

Cette maladie porte encore les noms d'hépatite diffuse aiguë, d'atrophie jaune aiguë, et d'un point de vue symptomatique elle a été appelée