

l'acétate de plomb, les chlorures, le sulfate de quinine. Ce dernier médicament n'est indiqué que lorsque la dysenterie revêt les caractères de la fièvre pernicieuse; dans ce cas, je l'ai vu aussi héroïque que dans les autres affections périodiques. Quelques médecins, notamment Segond, Mondière, MM. Sauerrotte et Bradier, ont encore vanté, de nos jours, l'administration de l'albumine à l'intérieur, en tisane (deux blancs d'œufs dans un litre d'eau sucrée), en potion (un ou deux blancs d'œufs dans une eau distillée de laitue ou de tilleul), en lavements (même quantité). Ce médicament paraît avoir été parfois utile : peut-être ne réussit-il qu'à titre d'émollient.

Lorsque, nonobstant le traitement, les accidents continuent, on a essayé de modifier topiquement la vitalité de la muqueuse intestinale par le nitrate d'argent. On l'a donné par la bouche et surtout en lavements. M. Empis a récemment encore expérimenté cette médication (1). L'azotate d'argent donné sous forme pilulaire à la dose de 40 centigrammes par jour, s'est montré très-efficace dans des cas très-graves et presque désespérés. Il a eu moins à se féliciter du lavement au nitrate d'argent. C'est pourtant sous cette forme que ce médicament est généralement administré (5 centigrammes pour les enfants, 50 centigrammes à 2 grammes pour les adultes). Donnés dans l'épidémie de Versailles de 1842, ces lavements ont sauvé, d'après MM. Masselot et Follet, plusieurs malades qui semblaient voués à une mort certaine. De tous les remèdes c'est celui qu'ils ont vu guérir les cas les plus désespérés (*Archives de 1843*). C'est également à titre de modificateur local que, dans ces derniers temps, M. Eimer, en Allemagne (2), et M. Délioux, en France, ont conseillé des lavements avec l'iode. Ce dernier injecte dans l'intestin un lavement composé, pour 200 à 250 grammes d'eau, de 10 à 30 grammes de teinture alcoolique d'iode et de 1 à 2 grammes d'iodure de potassium. Sur douze cas de dysenterie chronique mentionnés dans son travail, M. Délioux aurait amendé ou guéri dix fois l'affection intestinale; le remède échoua deux fois, mais sans aggraver les accidents. Administré comme il vient d'être dit, l'iode est rapidement absorbé, ainsi que le constate sa présence dans l'urine. Les injections iodées conviennent surtout dans la forme chronique de la maladie; mais malheureusement ce traitement doit échouer souvent, attendu qu'on ne peut guère atteindre et modifier que la lésion qui siège dans le rectum.

Pour le traitement de la dysenterie chronique, on suivra, en outre, les règles que nous avons tracées précédemment en parlant de l'entérite chronique. On pourra essayer contre elle les astringents, comme le ratanhia, le cachou; mais il faut être très-prudent dans leur emploi, car, donnés sans mesure par quelques médecins du dernier siècle, ils ont été la source d'une foule d'accidents (Zimmermann). C'est surtout dans cette forme de la maladie que le changement de lieu est utile.

On voit des malades qui, quoique guéris de la dysenterie, continuent néanmoins à être tourmentés par du ténesme; il faut alors chercher la cause de cet accident, qui peut dépendre d'une lésion du rectum, ou de la présence de scybales dans cet intestin. Quelquefois pourtant il n'existe aucune altération matérielle; il suffit alors d'administrer un laxatif doux pour triompher aussitôt de ce symptôme incommode, ainsi que je l'ai déjà constaté maintes fois.

Le régime doit être surveillé avec soin. On a généralement exagéré la diète. Elle est indiquée au début et pendant la période la plus aiguë, mais il faudra

(1) *Archives générales de médecine*, année 1861, n° de novembre.

(2) *Bulletin de thérapeutique*, année 1852.

bientôt permettre quelques aliments légers (lait, bouillon, œufs). Dans la dysenterie chronique on a généralement de la tendance à supprimer la viande, pour ne permettre que des aliments demi-solides; mais cette prescription est trop absolue, car d'excellents praticiens, et Graves en tête, ont remarqué par contre que des dysenteries rebelles à toute médication avaient cédé à une alimentation plus substantielle, et surtout à l'usage de la viande. « Aujourd'hui, dit ce judicieux médecin, lorsque je suis appelé à traiter une dysenterie chronique, mon premier soin est de prescrire un régime animal. » (Voyez, pour complément, l'article *Entérite chronique*, p. 313.)

Nature. — La dysenterie est certainement une inflammation; il serait presque puéril de vouloir le prouver. Mais si l'on réfléchit à la nature de ses symptômes, aux lésions anatomiques qui la caractérisent, à quelques-unes de ses causes, à la possibilité de la contagion, on sera porté à classer cette maladie au nombre des phlegmasies spécifiques. Est-elle toujours primitive? Ne peut-elle pas souvent n'être qu'un effet d'une intoxication comparable à la lésion intestinale que l'injection des matières putrides dans les veines peut provoquer? Je le crois sans peine. La dysenterie n'est donc pas une maladie toujours identique avec elle-même; d'ailleurs eût-elle constamment la même origine, combien n'y a-t-il pas de circonstances individuelles ou extérieures qui peuvent en altérer la physionomie ou bien en modifier la marche? Mais cela n'autorise pas à regarder la dysenterie comme étant une maladie de cause toujours toxique, et c'est sans motifs aussi que quelques personnes ont tenté de la ranger dans la grande classe des pyrexies.

INFLAMMATION DES ANNEXES DES ORGANES DIGESTIFS

DES PAROTIDES

Dans le langage des pathologistes, le mot *parotide* sert à désigner un engorgement aigu, inflammatoire, de la glande parotide, qui survient communément dans la période d'accroissement ou vers le déclin de plusieurs maladies graves, comme la peste, le typhus d'Europe et d'Amérique, et, dans quelques cas, de fièvre typhoïde, de fièvre pernicieuse et de choléra.

On a distingué les parotides en *critiques* et en *acritiques*, suivant que leur apparition coïncidait avec une amélioration dans les symptômes principaux de la maladie, ou qu'elle était suivie, au contraire, d'une aggravation dans l'état général. Dans l'un et l'autre cas, la parotide constitue une affection essentiellement symptomatique. Il peut n'y avoir qu'une seule parotide; d'autres fois il s'en forme deux simultanément ou bien successivement.

Symptômes. — En général, l'engorgement débute par un petit noyau vers l'angle de la mâchoire ou sur un point quelconque de la région parotidienne, puis en quelques heures, ou bien en deux jours, la tumeur acquiert des proportions considérables; elle peut envahir une partie de la face et du cou; elle s'oppose alors non-seulement à l'écartement des mâchoires, mais souvent elle gêne la déglutition et même la circulation cérébrale par la compression qu'elle exerce sur les veines jugulaires. La tumeur dont nous parlons, souvent plus grosse que le poing d'un adulte, est rouge et parfois violacée; elle a quelquefois tous les caractères du phlegmon; ailleurs elle n'est ni dure, ni élastique, mais empâtée. Il est fort rare que ces tumeurs se résolvent; presque toujours elles sont suivies de suppuration, quelquefois de gangrène. La suppuration se

forme toujours de très-bonne heure, mais emprisonnée au milieu de grains glanduleux, dans un tissu cellulaire serré, et bridée par des aponévroses résistantes; elle se réunit difficilement en foyer, et elle a quelque tendance à fuser le long du cou. Cette suppuration se fait jour le plus souvent directement au dehors. Quelquefois l'abcès s'ouvre dans le conduit auditif externe. Plusieurs fois j'ai vu des désordres considérables succéder à la suppuration de la parotide; les grains glanduleux, disséqués par le pus, tombaient sphacelés; le nerf de la septième paire était compris lui-même en entier ou en partie dans la destruction: aussi en est-il résulté une paralysie complète ou partielle d'une moitié de la face.

Pronostic. — Les parotides, loin d'être une crise heureuse, constituent presque toujours un accident fâcheux. C'est une maladie nouvelle qui a ses périls; beaucoup de malades, en effet, succombent à ses suites, les uns épuisés par la suppuration, d'autres emportés par une résorption purulente consécutive le plus souvent à une phlébite.

Chez les individus qui guérissent, l'inflammation ayant pu produire une destruction ou une oblitération du conduit de Sténon, il en résulte une incommodité qui peut persister toute la vie. C'est un suintement d'un fluide séreux analogue, dit-on, à la salive, suintement qui se reproduit à chaque repas. M. Baillarger a réuni six observations de ce genre dans un travail publié en 1853 dans la *Gazette médicale de Paris*.

Traitement. — Lorsque la tension est extrême et la douleur vive, il faut appliquer sur la tumeur un certain nombre de sangsues, et la recouvrir ensuite de cataplasmes émollients et sédatifs; les onctions mercurielles seront également utiles. On devra inciser de bonne heure, et ne pas attendre que le pus soit réuni en foyer. D'ailleurs, en faisant cesser l'étranglement, on empêchera plus sûrement les désordres que par tous les topiques qui ont été tour à tour préconisés. (Pour les soins consécutifs, voyez dans les livres de chirurgie le traitement des abcès simples et gangréneux.)

Dans la parotide, les grains glanduleux sont réellement affectés; mais nous ne savons pas s'ils le sont primitivement ou consécutivement à l'inflammation du tissu cellulaire.

DE L'HÉPATITE

Le mot *hépatite* sert à désigner les inflammations aiguë et chronique du tissu du foie.

Historique. — Cette affection, vaguement indiquée avant Galien, un peu mieux connue depuis ce grand médecin, et surtout depuis les travaux de Bianchi, de F. Hoffmann, de Van Swieten et de Morgagni, a été l'objet de quelques recherches de la part des modernes, parmi lesquels il faut citer, en France, MM. Andral (1), Louis (2), Jourdan, Mérat (3), Bonnet (4), Haspel (5), Dutroulau (6); en Angleterre, on distingue les travaux de Saunders, de Twining, d'Annesley, de Budd, et en Allemagne le traité récemment publié par Frerichs.

(1) *Clinique médicale*, t. II.

(2) *Recherches anatomo-pathologiques*. Paris, 1826.

(3) *Dictionnaire des sciences médicales*, art. HÉPATITE et MALADIES DU FOIE.

(4) *Traité des maladies du foie*.

(5) *Maladies de l'Algérie*, t. I.

(6) *Mémoires de l'Académie impériale de médecine*, t. XX.

Caractères anatomiques. — Il n'est peut-être aucun organe de l'économie dont l'inflammation soit aussi difficile à caractériser anatomiquement que celle du foie. La plupart des auteurs, surtout les modernes, ont eu le tort de vouloir trop souvent établir l'existence d'une inflammation d'après un ou deux caractères tout à fait insuffisants. C'est ainsi qu'on a parlé d'une congestion active pouvant être parfois assez intense pour produire des hémorragies interstitielles, ou une exhalation de sang dans le péritoine, et qui constituerait le premier degré de la phlegmasie. Le foie, contenant alors plus de sang que de coutume, offrirait dans toute son étendue ou dans un point plus ou moins circonscrit, une coloration d'un rouge plus ou moins foncé, uniforme ou finement ponctué, et s'accompagnant souvent d'une augmentation de volume de l'organe, ce qui s'explique par la grande quantité de sang que celui-ci renferme, plutôt que par une sorte d'hypertrophie ou d'excès de nutrition que son tissu aurait subi. Je suis loin de contester que l'inflammation ne puisse, tout à fait à son début, produire dans le foie les deux altérations que je viens de désigner; mais comme celles-ci se développent le plus fréquemment indépendamment de tout travail inflammatoire et sous l'influence seule d'un obstacle à la circulation; comme rien d'ailleurs ne peut faire distinguer l'une de l'autre la congestion mécanique de celle qui est vitale, il s'ensuit que l'injection du foie avec ou sans augmentation de volume de l'organe ne saurait jamais être regardée comme l'indice d'une hépatite commençante. Ce que je dis de la congestion s'applique aussi à certaines altérations de nutrition qu'on remarque souvent dans le tissu du foie. Celui-ci, en effet, est tantôt sec et friable, plus souvent il est ramolli et se laisse aisément pénétrer par le doigt. Ces lésions existent isolément, ou bien elles coïncident avec l'injection du tissu, avec diverses colorations, jaune, brun, livide; parfois, au contraire, avec une décoloration, avec une sorte d'anémie du tissu. Cependant aucune de ces altérations ne saurait être une preuve certaine d'hépatite, à moins qu'il n'existe en même temps du pus, ou bien encore qu'on n'ait observé pendant la vie tous les symptômes qui caractérisent une inflammation aiguë de l'organe. Cette opinion est aussi celle que M. Louis professe.

La présence du pus dans le foie est donc le seul caractère anatomique certain de l'hépatite. Ce liquide peut n'être qu'infiltré dans le tissu de l'organe, mais le plus souvent il y est réuni en un ou plusieurs foyers de forme et de dimension variables. Dans le premier cas, on observe des plaques plus ou moins étendues où le tissu du foie induré ou ramolli a pris une teinte blanchâtre ou jaunâtre due à la présence du pus. Ces noyaux sont souvent isolés, limités par une sorte de fausse membrane albumino-fibrineuse qui tapisse la face interne du foyer dès que le noyau ramolli s'est transformé en une collection purulente. Ces abcès du foie sont, les uns superficiels, les autres profonds; ceux-ci occupent le centre de l'organe. L'un d'eux peut envahir tout un lobe (le droit surtout); on a même vu le foie, réduit à ses membranes d'enveloppe, être converti en une vaste poche purulente: Bontius et M. Haspel ont cité chacun un fait de ce genre. Le pus est presque toujours blanc, phlegmoneux; plus rarement il est verdâtre ou bien il offre une coloration rouge lie de vin ou brun-chocolat, à cause de son mélange avec du sang et avec le détrit de la substance du foie. Lorsqu'un aussi grand désordre existe, le liquide épanché dans le foie ressemble moins à du pus qu'à de la lavure de chair. La bile peut aussi le colorer en jaune ou en vert, et lui donner une certaine viscosité. Presque toujours inodore, il acquiert, dans quelques cas rares, une grande fétidité. Sa quantité varie beaucoup; elle n'est souvent que de

50 à 60 grammes. Nous l'avons vue s'élever une fois à plus de 1500 grammes, et l'on a même cité des cas où le foie contenait jusqu'à 5 et 6 kilogrammes de pus. Beaucoup de ces abcès, même lorsqu'ils sont très-récents, sont enkystés; dans d'autres, le pus baigne immédiatement le tissu du foie, qui est rouge, ramolli, friable. La cavité des abcès est libre, ou bien elle est sillonnée par des cloisons incomplètes, par des débris flottants, qui indiquent qu'il y a eu primitivement plusieurs petites collections purulentes qui se sont confondues en une seule. J'ai vu une fois un véritable bourbillon, c'était une portion du tissu du foie ayant le volume d'un œuf de poule, complètement séparée des parties voisines et baignant dans le pus d'un abcès.

Les abcès du foie, s'ils occupent la superficie de l'organe, peuvent contracter des adhérences avec les parties voisines; néanmoins cela n'a lieu qu'au bout d'un temps assez long, ce qui s'explique par la capsule fibreuse de Glisson, qui s'oppose pendant longtemps à ce que la phlegmasie se propage à la membrane péritonéale.

Le tissu du foie autour des abcès varie d'aspect. Tantôt il y a transition brusque et complète: on dirait que le parenchyme du foie a été simplement comprimé, refoulé par le liquide épanché; mais le plus souvent on arrive par des degrés insensibles du tissu normal au tissu morbide, et le plus fréquemment aussi le foie au pourtour du foyer et dans une étendue de quelques pouces, est brun rougeâtre livide, ramolli, ou transformé en putrilage (Haspel).

Les anciens ont beaucoup parlé de la gangrène du foie; cependant cette lésion est excessivement rare: M. Andral n'en a vu qu'un seul exemple; dans le cas qu'il cite, l'eschare s'était formée autour d'un abcès. M. Haspel a rapporté un fait semblable.

Lorsque l'hépatite est partielle, la bile offre à peu près ses qualités normales; dans quelques cas, pourtant, elle est séreuse, jaunâtre, sanguinolente: cependant nous manquons encore sur ce point de renseignements précis. M. Haspel dit que le liquide lui a paru moins s'éloigner de l'état normal dans les abcès du foie que chez d'autres individus morts de dysenterie. Les altérations consécutives des organes digestifs (injections, ramollissements) ne sont probablement pas plus communes dans l'hépatite que dans le cours des autres affections aiguës et chroniques, du moins dans notre climat. Il n'en est pas de même dans les pays chauds, où il est commun de trouver chez les sujets qui succombent à un abcès hépatique, des altérations nombreuses dans le gros intestin, caractérisant une dysenterie qui a précédé ou accompagné le développement de l'affection du foie. M. Haspel signale aussi comme communes les altérations de la rate, qui serait ordinairement augmentée de volume et ramollie.

Symptômes. Marche. — Comme toutes les maladies aiguës, l'hépatite débute tantôt brusquement, tantôt elle a quelques prodromes. Dans les pays chauds, elle est souvent précédée de dysenterie. Les symptômes qui la caractérisent sont, les uns locaux, les autres généraux. Un des plus importants, parmi les premiers, est une douleur le plus souvent obtuse, quelquefois vive, lancinante, surtout si l'hépatite est superficielle. Cette douleur occupe tout l'hypochondre, ou bien elle est circonscrite à l'épigastre, vers le rebord des fausses côtes, ou sur un point quelconque de l'hypochondre droit ou des parois thoraciques. Elle s'irradie plus ou moins loin, spécialement en arrière, le long du rachis, et retentit parfois, mais exceptionnellement, jusque dans l'épaule droite ou dans le cou, ce qu'on explique par le nerf diaphragmatique, qui a quelques rapports avec le ligament coronaire du foie. Cette douleur est continue, exacerbante; la pression l'exaspère, surtout si l'hépatite occupe la con-

vexité de l'organe; il en est de même de l'inspiration, de la toux, des mouvements du tronc. Ceux-ci sont en général difficiles; il est beaucoup de malades qui, ne pouvant se tenir dans une position verticale, marchent en maintenant le tronc dans un état permanent de flexion; la plupart aussi, lorsqu'ils sont couchés, restent en supination ou un peu inclinés sur le côté droit. On reconnaît bientôt que l'organe a acquis un volume plus considérable. Cette augmentation du foie n'est pas constante, ainsi qu'on l'a dit, mais elle a lieu le plus souvent. Dans ces cas, l'hypochondre droit est dilaté, et la percussion ainsi que la palpation font reconnaître une augmentation plus ou moins grande dans le diamètre vertical de l'organe; on sent celui-ci distinctement à plusieurs travers de doigt du rebord des fausses côtes. Cependant il n'est pas très-rare de voir des foies qui, quoique ayant acquis un volume considérable, ne font pourtant aucune saillie au-dessous du rebord costal. Dans ces cas, le développement de l'organe s'opère de bas en haut, aux dépens du côté droit de la poitrine, et c'est alors par la percussion seule, ou aidée de l'auscultation, que l'on détermine le degré de saillie qu'il forme dans cette cavité. Cette augmentation de volume peut d'ailleurs être partielle ou générale. Elle explique le sentiment de pesanteur que la plupart des malades éprouvent indépendamment de la douleur, sensation qu'ils rapportent au sternum, à l'épigastre et aux attaches du diaphragme. La sécrétion et l'excrétion de la bile étant fréquemment modifiées, on observe parfois des vomissements bilieux et une teinte ictérique générale ou bornée seulement aux sclérotiques. Toutes choses égales d'ailleurs, ces accidents sont plus communs dans les pays chauds que dans nos climats tempérés. Cependant ils sont loin d'être aussi fréquents que beaucoup le supposent; l'ictère surtout se rencontre exceptionnellement dans l'hépatite: c'est ce que Casimir Broussais et MM. Haspel, Dutroulau, Rouis ont reconnu. On observe aussi parfois une teinte jaunâtre toute spéciale qui n'a rien de la teinte ictérique, et qui se rapproche davantage de la couleur propre aux individus qui ont une cachexie paludéenne. Chez les malades dont nous parlons, la langue est sale et blanchâtre; il y a une saveur amère, la soif est variable; il y a des nausées, des hoquets, des vomissements, de la constipation, mais plus souvent encore de la diarrhée. Les matières alvines sont tantôt décolorées, tantôt elles sont fortement teintées par la bile; dans quelques cas, elles sont noirâtres et sanguinolentes. Disons pourtant que les troubles des voies digestives ne sont pas constants; ils manquent même fort souvent ou n'existent du moins que passagèrement. L'urine, moins abondante, est d'une couleur plus foncée. Beaucoup de malades toussent; ils se plaignent de dyspnée, d'oppression, accidents qui s'expliquent le plus ordinairement par la douleur, par le refoulement du diaphragme, par la compression du poumon et par la difficulté que les malades éprouvent pour dilater verticalement le côté droit du thorax. Au début, le pouls peut conserver sa fréquence; mais presque toujours il devient fébrile et acquiert de la force et de l'ampleur; rarement on le trouve déprimé, irrégulier. La fièvre, plus ou moins intense, est continue; elle se montre quelquefois pourtant sous forme d'accès, elle peut simuler alors une fièvre intermittente ou rémittente. Suivant M. Dutroulau, quatre fois sur cinq l'hépatite serait précédée de quelques accès de fièvre à forme paludéenne; ce n'est qu'après plusieurs de ces accès que les symptômes pyrétiques deviendraient continus. Enfin, le système nerveux est lui-même plus ou moins influencé, comme le prouvent la céphalalgie, la courbature, la perte des forces. Dans quelques cas même on observe du délire, de l'agitation, de l'insomnie et des symptômes adynamiques.

Telle est la physionomie générale de l'hépatite : cependant le siège de la maladie et quelques autres circonstances, souvent difficiles à apprécier, peuvent déterminer ou faire prédominer quelques symptômes, de manière à imprimer à la maladie une physionomie spéciale. C'est ainsi que, lorsque l'inflammation occupe la face convexe du foie, la douleur et les troubles respiratoires, prédominent; il y a plus souvent des hoquets, tandis que les symptômes gastriques sont peu marqués. Le contraire arrive dans l'hépatite de la concavité, qui est remarquable par la tension épigastrique, par la teinte ictérique, par les nausées et les vomissements. L'hépatite centrale, c'est-à-dire celle qui est bornée au centre d'un lobe, a des symptômes locaux très-souvent peu marqués et même nuls; la maladie est alors véritablement latente, tandis que si la phlegmasie occupe la surface (*hépatite érysipélateuse* des anciens), elle se propage le plus souvent au feuillet correspondant du péritoine, et l'on observe alors tous les symptômes d'une péritonite circonscrite, symptômes tellement prédominants, qu'ils peuvent masquer ceux qui appartiennent à l'hépatite elle-même. Enfin, dans les pays chauds, l'hépatite s'accompagne plus souvent que dans nos climats de symptômes ataxiques ou adynamiques, ce qui dépend probablement de ce que, dans les premiers, la maladie se complique plus souvent que chez nous de dysenterie et d'autres lésions graves du côté des organes digestifs.

Marche. Durée. — Les circonstances précédentes influent non-seulement sur la physionomie de la maladie, mais encore sur sa marche et sur sa durée : c'est ainsi que, dans les climats chauds, l'hépatite suit une marche plus aiguë. On dit qu'il en est de même lorsque la maladie occupe la face concave de l'organe. Dans les cas ordinaires, l'hépatite, si elle se termine par résolution, ne dépasse guère deux à trois semaines.

Terminaisons. — L'hépatite peut se terminer par résolution, ou être suivie de suppuration, très-rarement de gangrène; parfois enfin elle passe à l'état chronique. La résolution s'opère communément du septième au quinzième jour; elle s'annonce par la diminution progressive de tous les symptômes. On a dit qu'elle était souvent marquée par quelques phénomènes critiques, tels que des épistaxis, des selles biliuses, des urines ou des sueurs abondantes, et, d'après Sæmmering, par un léger gonflement douloureux de la rate; mais il n'y a encore à ce sujet rien de bien démontré. La guérison est presque toujours complète; néanmoins, quelques malades conservent encore pendant longtemps un peu de gêne et des tiraillements lorsqu'ils veulent redresser le tronc; cela dépend ordinairement de ce qu'en raison d'une péritonite partielle, concomitante, des adhérences se sont établies entre les deux feuilles opposées du péritoine. La gangrène, comme nous l'avons déjà dit, est une terminaison fort rare; on s'accorde généralement à regarder la prostration subite des forces, l'accélération et la petitesse du pouls comme devant annoncer un pareil accident; mais rien n'est démontré à cet égard. Quoi qu'il en soit, en pareil cas, la mort doit être presque inévitable, et survenir rapidement au milieu de tout l'appareil des symptômes adynamiques et ataxiques.

La suppuration paraît être une terminaison très-fréquente de l'hépatite. Lorsque le pus se forme, la douleur diminue ou cesse, la fièvre tombe, les malades accusent une simple pesanteur dans l'hypochondre, qui est un peu tendu et empâté. Il y a souvent des frissons erratiques, quelques sueurs nocturnes et des mouvements fébriles irréguliers. L'ictère, ainsi que le note M. Haspel, ne se rencontre qu'exceptionnellement dans le cours des abcès hépatiques. Ce médecin pense avec M. le professeur Cruveilhier, et cela avec

juste raison, que cet accident, quand il survient, dépend moins de la maladie que de la compression des canaux biliaires par le fluide épanché. Quelques-uns de ces malades se rétablissent incomplètement, la fièvre peut cesser tout à fait, l'appétit peut renaître, mais la faiblesse n'en persiste pas moins, et le plus souvent même les malades continuent à maigrir; en explorant la région du foie, on trouve, comme par le passé, l'organe plus volumineux, et quelquefois on reconnaît l'existence d'une tumeur fluctuante faisant saillie sous le rebord costal.

Il n'est plus douteux que les abcès du foie ne puissent se terminer par résorption. Casimir Broussais, MM. Cambay et Dutroulau ont cité des faits qui le prouvent; mais la chose est fort rare. Lorsque la vie se prolonge suffisamment, le pus finit presque toujours par se frayer une issue au dehors. On a dit que, lorsque des canaux biliaires un peu considérables existaient dans le voisinage de l'abcès, le pus pouvait finir par y pénétrer, et était alors évacué par l'intestin, suivant le même mécanisme que la bile (Saunders). Cependant, dans presque tous les cas, les abcès du foie s'éliminent par un mécanisme différent. Les uns s'ouvrent dans le péritoine, et provoquent aussitôt une péritonite suraiguë et mortelle en quelques heures. Le plus ordinairement, l'abcès se fraye une issue dans un organe voisin, après avoir préalablement contracté des adhérences avec lui. C'est ainsi qu'on voit les abcès du foie s'ouvrir dans l'estomac, dans la seconde courbure du duodénum, dans le colon transverse ou dans la partie supérieure du colon ascendant, ou bien, se portant vers la poitrine, ils s'épanchent dans le péricarde, dans la plèvre, et plus souvent encore ils se vident dans les bronches après l'ulcération des poumons. Situés près des veines cave et porte, ils peuvent aussi, ulcérant les parois de ces vaisseaux, s'ouvrir dans leur cavité; le pus alors, se mêlant au sang, produit des accidents d'infection rapidement mortels : la mort paraît même avoir été, en pareil cas, presque instantanée. Enfin, la suppuration peut se frayer une issue à travers la paroi de l'hypochondre droit, ou bien le pus, fusant plus loin, va former des abcès symptomatiques à l'ombilic, au pli de l'aîne, dans le dos, et jusque dans l'aisselle. Le point vers lequel le pus se dirige est surtout déterminé par le siège de l'abcès et par la disposition des parties voisines.

Les symptômes qui précèdent, annonçant et accompagnant la rupture d'un abcès du foie, varient beaucoup, suivant les points où celle-ci s'opère. L'abcès devenu superficiel contracte-t-il des adhérences avec la plèvre ou avec le péritoine, on constate souvent les signes d'une pleurésie ou d'une péritonite circonscrite; souvent aussi il existe des symptômes de compression du côté de l'organe avec lequel l'abcès contracte des adhérences. C'est ainsi qu'on observe des vomissements si l'abcès appuie sur l'estomac; nous avons vu la compression du colon, produite par la cause dont je parle, déterminer tous les signes d'un iléus. Enfin, si le pus se porte vers les poumons, le son s'obscurcit, le bruit respiratoire diminue à la base du thorax, puis un râle crépitant est perçu; celui-ci devient de plus en plus gros et humide, il se rapproche de l'oreille; enfin, on constate un véritable gargouillement lorsque l'excavation qui s'est creusée dans le foie et dans le poumon communique avec les bronches (1).

La rupture de l'abcès dans un organe creux est, en général, brusque. Comme elle se fait communément par une ouverture large, ou qui, du moins, s'agrandit très-vite, il s'ensuit qu'elle coïncide ordinairement avec l'affaissement de

(1) Voyez mon *Traité de la pneumonie*, 2^e édition, p. 344 et suiv. Paris, 1864.

la tumeur, phénomène qu'on constate aisément toutes les fois que l'abcès fait saillie au dehors. Bientôt après surviennent des accidents variables, suivant l'organe dans lequel le pus s'est épanché. Ce liquide a-t-il pénétré dans l'estomac, il est rejeté souvent par le vomissement; a-t-il été versé dans l'intestin, il est évacué par les selles; enfin, s'est-il frayé une route à travers les poumons, il excite de la toux, et il est rejeté à flots par la bouche. Souvent alors, en auscultant les malades, on constate dans la région du foie les signes physiques d'une vaste excavation (gargouillement, souffle caveux, amphorique, tintement métallique). Les malades éprouvent, presque toujours aussitôt après, un grand soulagement. Il en est chez lesquels la suppuration, après avoir persisté quelques jours, tarit peu à peu, et bientôt la convalescence se déclare. Il est donc certain que les abcès du foie peuvent guérir: j'en ai vu deux exemples à Paris à un intervalle de vingt-cinq ans. Mais ces faits sont bien exceptionnels. Rien en effet n'est plus rare en anatomie pathologique que l'existence de cicatrices du foie. M. Louis avoue n'en avoir jamais vu, et je crois avec lui qu'on ne saurait, à l'exemple de Méral, regarder comme telles ces productions fibreuses, à forme stellaire, qui existent parfois à la surface de l'organe. Cependant Petit le fils, Morgagni, Sæmmering, Cas. Broussais, MM. Catteloup, Haspel, Cambay, Dutroulau, ont vu de véritables cicatrices consécutives à des abcès hépatiques; mais, nous le redisons encore, de pareils faits sont rares, et l'on peut affirmer que, dans la plupart des suppurations du foie, surtout si l'abcès a une grande étendue, les accidents momentanément suspendus après l'ouverture de l'abcès, continuent bientôt à s'accroître, et la mort survient plus ou moins vite au milieu des symptômes adynamiques ou ataxiques des résorptions putrides, ou bien lentement et avec l'appareil symptomatique de la fièvre hectique (*phthisis hepatica* des anciens). Toutes choses égales d'ailleurs, il paraît, d'après les remarques d'Annesley, et plus récemment d'après le témoignage de M. Haspel, que la position des abcès influe beaucoup sur leur marche. Ainsi, ceux qui sont profonds ont en général une marche insidieuse, lente, chronique, tandis que les abcès superficiels se montrent plus souvent sous une forme aiguë.

Complications. — L'hépatite qui règne dans les climats chauds est rarement une maladie simple; presque toujours elle s'y complique de quelque autre affection, comme péritonite, fièvre intermittente, pneumonie ou pleurésie, mais plus souvent de dysenterie ou d'entéro-colite. Sur 29 cas d'abcès du foie recueillis par Annesley dans les Indes, 21 fois il existait des ulcérations dans le gros intestin. Il en fut de même dans 13 cas sur 23 observés par M. Haspel en Afrique, et 10 fois sur 17 abcès du foie constatés par Budd sur des marins arrivant des pays chauds. La complication dont nous parlons n'existe pas chez nous dans cette proportion. Ainsi, sur 16 cas d'abcès du foie réunis par MM. Andral et Louis, 3 fois on trouva des ulcérations dans l'intestin, et, sur ce nombre, 2 étaient de nature tuberculeuse. Dans 8 cas observés par Frerichs, la lésion intestinale fit toujours défaut. Quel rapport peut-on établir entre l'hépatite et les lésions de l'intestin? On a considéré celles-ci comme développant les premières; il n'en est rien. MM. Cambay et Haspel ont reconnu, par contre, que l'hépatite primitive était plus commune. La fièvre intermittente qui complique certaines phlegmasies du foie peut avoir pour effet, d'après M. Haspel, de faire momentanément disparaître les symptômes hépatiques. Ce médecin a vu souvent la fièvre intermittente se placer tour à tour parmi les débuts, les terminaisons, les complications et les causes de l'hépatite.

On comprend que la gêne apportée à la circulation de la veine porte puisse

quelquefois déterminer une ascite; cet accident pourtant est rare. M. Haspel signale, par contre, comme fréquentes, des hémorrhagies intestinales parfois inquiétantes, mais qui ont produit néanmoins, dans bien des cas, un soulagement remarquable. Le même observateur parle aussi d'hémoptysies qui seraient déterminées par la compression que le foie, augmenté de volume, exercerait sur le poumon droit. Mais nous n'oserions encore nous porter garant de l'exactitude d'une pareille opinion, car il pourrait bien n'y avoir ici que coïncidence sans aucun rapport de causalité; enfin nous dirons, en terminant, que les hémorrhagies nasales, que quelques auteurs, et que M. Monneret surtout, ont signalées comme fréquentes dans les affections du foie, paraissent être, au contraire, un accident rare dans le cours de l'hépatite.

Diagnostic. — L'hépatite de la convexité a souvent été confondue avec la pneumonie; en effet, la douleur de côté, la toux, l'anxiété, la fièvre et l'ictère sont des accidents communs à l'une et à l'autre. Ajoutons que, dans l'hépatite, le foie, en se développant vers la poitrine, peut produire de la matité et affaiblir ou même suspendre le murmure vésiculaire dans une certaine étendue. Mais, dans le cas de pneumonie, on constatera des crachats rouillés, de la crépitation et du souffle tubaire. La matité et l'absence du bruit respiratoire sont des phénomènes communs à l'hépatite et à la pleurésie: mais dans celle-ci il existe souvent du souffle et de l'égophonie; il est possible, parfois, en variant la position des malades, de faire changer de place les signes d'auscultation et de percussion; ajoutons qu'on trouvera dans les autres symptômes, dans l'état général et dans la marche des deux affections, d'autres éléments pour fixer le diagnostic.

La gastrite suraiguë diffère de l'hépatite moins par l'absence de l'ictère que par la vivacité de la douleur siégeant à l'épigastre, par l'intensité de la soif et par le nombre des vomissements: ceux-ci sont excités surtout par l'ingestion des liquides. Dans la gastro-duodénite, on dit qu'il existe souvent des troubles du côté de la sécrétion biliaire et notamment de l'ictère; mais le foie conserve son volume, ainsi qu'il est facile de s'en convaincre à l'aide de la palpation et de la percussion. Nous verrons plus tard qu'il n'est pas possible de confondre l'hépatite avec les coliques hépatique ou néphrétique, maladies en général apyrétiques et caractérisées par une douleur atroce, accompagnée de vomissements, et siégeant, la première à l'épigastre et à l'hypocondre droit, la seconde à la région rénale, et s'irradiant de là jusque dans le testicule du même côté et quelquefois aussi dans la cuisse correspondante. Le diagnostic différentiel de l'hépatite d'avec les fièvres jaune, bilieuse et rémittente des pays chauds, n'offre aucune difficulté; nous renvoyons d'ailleurs à ce que nous avons dit précédemment en traitant de ces affections. Les abcès aigus du foie, par les symptômes locaux et généraux qui les précèdent, par leur marche en raison de l'empatement et de l'œdème qu'ils produisent, seront facilement distingués des tumeurs hydatiques et encéphaloïdes, ainsi que de celles qui sont formées par la vésicule. (Voyez les articles *Cholécystite*, *Cancer* et *Hydatides du foie*.)

Faisons observer en terminant que l'hépatite même suppurée est souvent, dans les climats chauds surtout, une maladie des plus insidieuses, car les symptômes locaux comme la douleur et l'intumescence de l'organe, peuvent manquer complètement. Combien alors l'erreur est facile, lorsque les malades ne présentent rien autre qu'un appareil fébrile plus ou moins intense, des frissons et de l'inappétence! Dans nos climats, où l'hépatite est rare, le médecin sera presque excusable s'il ne songe pas, dans ces cas, à la possibilité d'une phlegmasie du foie; il n'en est pas de même dans les pays chauds. Là, en effet, l'hépatite suppurée doit toujours être soupçonnée et recherchée lorsqu'il existe

un appareil fébrile, mal défini, irrégulier, affectant souvent la forme rémittente, et lorsque des frissons et des sueurs nocturnes peuvent indiquer qu'il existe quelque part une suppuration cachée.

Pronostic. — L'hépatite est une maladie toujours grave; elle est plus fâcheuse dans les pays chauds, surtout lorsqu'elle a atteint les individus non acclimatés. Sa terminaison par suppuration doit aggraver le pronostic; l'ouverture de l'abcès à travers les parois abdominales est, toutes choses égales d'ailleurs, préférable à celle qui se fait dans un organe creux. Quelque grave que soit le pronostic des abcès hépatiques, la nature triomphe pourtant des cas en apparence les plus désespérés. Lind cite, par exemple, un abcès du foie qui envahissait tout le grand lobe et qui guérit néanmoins. M. Malle a rapporté le fait, bien plus extraordinaire encore, d'un abcès du foie qui s'ouvrit d'abord dans la plèvre droite; par l'empyème on donna issue à quatre litres de liquide, mais l'ouverture s'étant fermée, on fit une incision à la paroi abdominale, et il s'en écoula trois litres de pus; enfin l'abcès s'ouvrit spontanément dans l'intestin et y versa encore 500 grammes du même liquide. Malgré cette suppuration si énorme, le malade guérit, ou du moins on put l'envoyer en congé de convalescence.

Mais tout en devant espérer beaucoup dans la puissance de la nature, il faut prendre garde de se laisser tromper par de fausses apparences. Il y a souvent, en effet, des convalescences trompeuses; aussi le pronostic des inflammations du foie doit-il toujours être porté avec une grande réserve, même lorsque tout fait présager une guérison prochaine. Il ne faut jamais oublier que la suppuration formée, le pus peut rester longtemps enkysté sans éveiller ni sympathie ni troubles locaux, jusqu'au moment où des accidents graves surviennent. On se méfiera encore beaucoup de ces alternatives en bien et en mal, car cela aboutit souvent à la formation d'un abcès suivi plus tard de tous les symptômes de la consommation.

Étiologie. — L'hépatite est excessivement rare dans notre climat; elle est au contraire très-commune dans les pays intertropicaux, sans qu'il soit possible de dire si cela dépend spécialement de la chaleur, des variations de température ou bien du mode d'alimentation. Les médecins de notre armée ont de fréquentes occasions de l'observer en Afrique. Suivant l'un d'eux, M. le docteur Haspel, les abcès du foie seraient aussi communs dans la province d'Oran qu'ils le sont dans les Indes. Quoi qu'il en soit, l'hépatite, rare en tous pays avant la puberté, atteint plus souvent les hommes; mais on ignore l'influence exercée par les tempéraments et par la constitution. On a dit que les miasmes marécageux, que l'usage des eaux stagnantes, que l'abus des alcooliques et que les passions tristes pouvaient provoquer la maladie; mais il n'y a encore rien de certain à cet égard. Dans notre climat, l'hépatite est souvent traumatique, et dans les cas rares où elle est spontanée, elle est tantôt primitive, tantôt consécutive à d'autres affections, surtout aux maladies intestinales; c'est ce qu'on voit dans les faits recueillis même à Paris par MM. Louis et Andral; c'est ce qui arrive plus souvent encore dans les pays chauds où l'hépatite succède assez fréquemment à la dysenterie. Le duodénum et même l'estomac étant le plus souvent intacts, ainsi que M. Haspel l'a encore tout récemment constaté, on ne peut guère croire alors, avec l'école de Broussais, à une extension de la maladie qui se ferait de l'intestin au foie. La transmission s'opérerait-elle par les veines? Seraient-ce plutôt les matières putrides absorbées dans le gros intestin qui iraient enflammer directement le foie? C'est ce qu'il est impossible d'affirmer dans l'état actuel de la science.

Traitement. — Le traitement de l'hépatite est essentiellement antiphlogistique; on se conduira ici d'après les règles ordinaires que nous avons exposées

déjà plusieurs fois. Il est généralement utile de combiner les saignées générales aux saignées locales; celles-ci seront faites sur l'hypochondre droit ou à l'anus. Elles sont utiles dans la plupart des cas; il n'en est pas de même de la phlébotomie, à laquelle on n'aura recours qu'avec prudence et nullement avec cette libéralité que la pneumonie permet le plus communément. On ne peut pas insister longtemps sur les émissions sanguines; M. Haspel dit qu'au bout de cinq à six jours, si l'on n'a pas obtenu un effet utile, on ne peut guère espérer, en les réitérant, un résultat meilleur. Comme complément du traitement antiphlogistique, on prescrit des cataplasmes, des bains et des boissons tempérées.

Quelques personnes ont vanté l'émétique à haute dose, et il paraît qu'on en a obtenu quelques effets utiles. M. Haspel semble croire pourtant que ce médicament héroïque agit surtout par révulsion et par la compression qui s'exerce sur le foie à la suite des efforts de vomissement. Cependant on ne sait rien encore de précis sur les circonstances qui doivent indiquer ou contre-indiquer l'usage du tartre stibié. Les laxatifs doux sont d'un usage plus général. On préfère communément le calomel comme paraissant avoir une action spéciale sur l'organe hépatique. M. Haspel donne ce médicament à la dose de 1 à 2 grammes associé à l'ipécacuanha ou bien au jalap et au séné: il le regarde comme pouvant non-seulement dégorger le foie, mais combattre avantageusement la dysenterie, qui est une des complications les plus retoutables de l'hépatite. Les onctions mercurielles, également utiles, sont un adjuvant auquel les Anglais ont souvent recours.

Lorsque, les moyens qui précèdent ayant été impuissants, on ne voit pas le travail de résolution continuer, on cherchera à l'activer par l'application d'un ou de plusieurs larges vésicatoires, et même par des révulsifs plus énergiques, tels que cautères, moxas ou séton. Enfin il faudrait faire expatrier les individus, les envoyer dans des climats moins brûlants, si la convalescence était difficile.

Lorsque la suppuration se déclare, on peut recourir encore aux antiphlogistiques, si l'état local et l'état général l'exigent. Mais on insistera spécialement sur les mercuriaux, sur les révulsifs puissants à la peau et sur les purgatifs.

Lorsque l'abcès est bien formé, lorsqu'il est appréciable au toucher, on doit aussitôt que possible l'attaquer par les moyens chirurgicaux, mais il faut s'assurer avant tout qu'il adhère à la paroi abdominale antérieure. On aura cette conviction si la tumeur est immobile, si la fluctuation est superficielle, voisine de la peau, si tout au moins on constate l'œdème du tissu cellulaire sus-jacent à la tumeur. Pour peu qu'on ait des doutes, on ne devra pas donner issue au pus par l'instrument tranchant, mais on pénétrera dans le foyer avec le caustique de Vienne, qu'on appliquera suivant les règles que nous exposerons en traitant, dans le tome II^e, des *tumeurs hydatiques du foie*. Dans tous les cas, il faut s'assurer par la percussion qu'aucun organe creux n'est interposé entre l'abcès et les parois. Morand a rapporté en effet l'exemple d'un abcès de la partie concave du foie tellement disposé, qu'il poussait l'estomac en dehors, de sorte que si l'on eût fait une incision pendant la vie, il aurait fallu traverser ce viscère avant d'arriver au foyer. L'abcès ouvert, on favorisera l'issue du pus par la position et par l'introduction d'une mèche. M. Haspel blâme les injections dans le foyer, elles furent pourtant très-utiles chez le malade que j'ai soigné à l'Hôtel-Dieu, en 1862. On se servit de la teinture d'iode plus ou moins étendue. Cette préparation est fort utile pour combattre la septicité du pus et pour modifier la vitalité de la membrane pyogénique. Elle convient surtout quelques temps après l'ouverture du foyer.

De l'hépatite chronique.

Il est à peu près impossible, avec les documents que nous possédons actuellement, de tracer l'histoire de l'hépatite chronique, tant sous le rapport de l'anatomie pathologique que sous celui de la symptomatologie. Je vais néanmoins exposer ici le peu que nous savons sur cette maladie, qui tantôt est primitive et tantôt consécutive à l'état aigu.

Anatomie pathologique. — Pendant un certain temps, et sous l'empire de la doctrine physiologique, les médecins avaient compris indistinctement sous le nom d'hépatite chronique, presque toutes les altérations de structure du foie, depuis l'injection, le ramollissement et l'induration, jusqu'à l'atrophie, à l'ulcération, à la dégénérescence graisseuse et aux productions cancéreuses. Cette confusion a cessé d'exister aujourd'hui, mais il est impossible néanmoins de préciser à quels caractères on reconnaîtra, sur le cadavre, l'hépatite chronique. Une congestion sanguine, quelque intense qu'elle soit, ne saurait suffire, quoique cette lésion puisse à elle seule entraîner le dépérissement et la mort. Il en est de même de la diminution de consistance de l'organe, que nous avons déjà vue maintes fois survenir, indépendamment de tout travail inflammatoire; j'en dirai presque autant de l'induration. Cependant, si la consistance du foie était devenue considérable, sans pourtant que le tissu eût cessé de conserver son organisation, s'il offrait en même temps une altération de couleur, si surtout il était vivement congestionné, si son volume était augmenté, on pourrait peut-être rattacher ces lésions à un travail inflammatoire chronique. Mais on ne peut vraiment encore émettre à ce sujet que des conjectures. La suppuration est au contraire un signe certain de phlegmasie; elle peut survenir dans l'hépatite chronique comme dans l'hépatite aiguë, mais, dans la première, l'abcès est toujours enkysté, la membrane pyogénique est résistante, souvent composée de plusieurs fenillets, et entourée communément d'un tissu très-induré, blanchâtre, grisâtre ou rouge.

Symptomatologie. Marche. Terminaisons. — Les individus porteurs d'une des lésions qu'on attribue généralement à l'hépatite chronique éprouvent pour la plupart une douleur obtuse, gravative; la percussion et la palpation font presque toujours constater une augmentation plus ou moins considérable dans le volume du foie. Celui-ci refoulant alors le poumon, on s'explique la dyspnée dont beaucoup de ces malades se plaignent. M. Haspel parle aussi comme d'un fait qui n'est pas rare, d'une incurvation latérale du rachis, dont la convexité serait tournée du côté sain: l'omoplate droite serait alors située plus bas que l'autre. Les digestions sont presque constamment troublées; elles se font péniblement, s'accompagnent de douleurs et d'éruclations; il y a tantôt constipation, tantôt diarrhée. Les matières fécales ont, en général, leur couleur; quelquefois elles sont grisâtres; elles peuvent de temps en temps contenir du sang. La peau est blanche, grisâtre ou d'un jaune ictérique: cette dernière coloration est sujette à de grandes variations; elle manque au moins aussi souvent dans l'hépatite chronique que dans l'hépatite aiguë. M. Haspel, ainsi que je l'ai déjà dit, a signalé l'ictère comme étant un symptôme excessivement rare dans les abcès du foie. On a prétendu aussi que dans l'hépatite chronique la peau était le siège d'un prurit incommode. Les malades sont languissants, leur nutrition se fait mal, ils maigrissent; puis leur ventre se développe, à cause d'un épanchement séreux qui se forme dans le péritoine. Lorsque la maladie est parvenue à ce degré, la plupart des individus succombent sans néanmoins arriver généralement au degré de marasme qu'on rencontre dans beaucoup

d'affections chroniques, notamment dans la phthisie et dans certains cancers; il est même remarquable que quelques individus conservent longtemps de l'embonpoint, ainsi que leurs forces. Il n'en est pas de même de quelques animaux, et notamment des bœufs, qui, dit-on, offrent au plus haut degré un état de dépérissement et de marasme. Quelques malades se rétablissent lentement, mais beaucoup restent sujets à de fréquents dérangements d'estomac; d'autres ont de temps en temps des flux sanguins par l'anus, et éprouvent quelquefois des récidives de leur mal, qui finit par les emporter. C'est ce que j'ai eu la douleur d'observer, il y a vingt-cinq ans, sur un de mes meilleurs amis que j'avais guéri, dix-huit mois auparavant, d'un premier abcès du foie.

La description qui précède s'applique à la généralité des cas; cependant il importe de dire que la maladie est parfois latente et influe peu sur la nutrition. Il n'est pas rare, en effet, de voir en Algérie, dit M. Haspel, des individus au teint presque fleuri qui portent néanmoins des abcès dans le foie. Il a vu mourir tout à coup, suffoqué par la rupture d'un abcès dans la poitrine, un cantinier frais, robuste et possédant toutes les apparences d'une santé florissante. Le même auteur parle aussi d'un infirmier militaire qui, tous les deux ou trois mois, se faisait ponctionner un abcès, et reprenait son service dans l'intervalle. L'abcès se remplissait plus vite en été qu'en hiver, il fournissait à chaque opération un verre de pus; en 1840, on l'ouvrait pour la vingt-quatrième fois; ce fait est probablement unique dans les annales de la science.

Diagnostic. — L'hépatite chronique pourrait être confondue avec les diverses lésions organiques et avec les productions accidentelles du foie; cependant on pourra arriver communément au diagnostic différentiel. Lorsque le foie est volumineux et le siège d'une souffrance plus ou moins vive; lorsqu'il survient un ictère, des troubles dans la digestion, du dépérissement, un appareil fébrile, continu ou rémittent, on devra redouter une phlegmasie du foie avec tendance à la suppuration ou ayant peut-être donné lieu déjà à la formation d'un foyer. Car une hypertrophie simple est toujours apyrétique; elle est indolore; elle trouble peu les fonctions digestives, et n'agit qu'à la longue sur la nutrition. Les productions encéphaloïdes, presque toujours consécutives à d'autres cancers, surtout au cancer stomacal, se révèlent par des inégalités dures, parfois fluctuantes à la surface du foie, et qui se multiplient d'un jour à l'autre. Il y a plus souvent ici que dans les abcès hépatiques des douleurs vives, un épanchement séreux dans l'abdomen; d'ailleurs, tôt ou tard, on voit naître tous les signes de la cachexie cancéreuse. Quant aux kystes hydatiques, leur forme, leur rénitence, le frémissement dont ils sont parfois le siège, le peu d'influence que la tumeur exerce sur la nutrition, pourvu pourtant qu'elle ne soit ni trop volumineuse ni enflammée, éclaireront le médecin. L'hépatite chronique pourrait être plus facilement peut-être confondue avec une de ces congestions permanentes du foie dont nous avons précédemment parlé (p. 208), et qui s'accompagnent, en effet, d'ictère, de troubles graves des organes digestifs, de dépérissement, et même d'accès fébriles le plus souvent irréguliers. Avec un pareil groupe de symptômes il serait difficile, en effet, de donner de la précision au diagnostic, et peut-être devrait-on diagnostiquer plutôt une hépatite, et soupçonner même un abcès, parce que ces lésions sont communes, et que, d'autre part, la plus grande incertitude règne encore sur les troubles fonctionnels spéciaux aux congestions hépatiques.

Pronostic. — L'hépatite chronique est une maladie très-grave.

Traitement. — Si le sujet est fort, s'il existe des douleurs vives et des signes de congestion, il sera utile de recourir de temps en temps à quelque

Pronostic. — Lorsqu'on reconnaît une cholécystite, on doit porter un pronostic très-grave.

Traitement. — Le traitement sera essentiellement anti-phlogistique; il sera le même que pour l'hépatite. Si la vésicule, très-distendue, formait une saillie, on devrait se hâter de l'ouvrir avec le bistouri, pourvu qu'on fût bien certain qu'elle a contracté des adhérences avec la paroi abdominale. Dans le cas contraire, on procéderait comme pour les abcès et les acéphalocystes du foie. (Voyez *Hydatides du foie.*)

DE LA PANCRÉATITE

La *pancréatite* paraît être une affection excessivement grave. Je n'en ai encore recueilli aucun cas pendant une observation de trente-cinq années passées dans les hôpitaux de Paris. Il est à peu près impossible, en réunissant tous les faits connus jusqu'à ce jour, de pouvoir tracer l'histoire symptomatique et même anatomique de cette affection; toutefois, voici ce qui résulte de l'étude des observations qui ont été réunies et analysées par MM. Bécourt (1), Mondière (2) et Raige-Delorme (3).

Dans la *pancréatite* aiguë, il y a, dit-on, de la fièvre, une douleur constante, tensive, et parfois une tumeur circonscrite au centre de la région épigastrique; les selles sont, à ce qu'on prétend, liquides, séreuses, et plus ou moins analogues à la salive. Ne seraient-elles pas également grasses? car si l'inflammation, comme l'a dit M. Bernard, active la sécrétion pancréatique, celle-ci, devenue plus aqueuse et modifiée dans sa composition, ne doit plus beaucoup émulsionner les matières grasses ingérées dans l'estomac.

On a admis que la *pancréatite* pouvait se terminer par résolution, ou être suivie de suppuration, de gangrène ou d'induration. Lorsqu'il y a abcès, le pus pourrait s'épancher dans le ventre, ou se faire jour dans l'estomac ou dans l'intestin.

La *pancréatite* est une affection qui est rarement primitive; elle succède presque toujours à l'inflammation d'un organe voisin. Elle peut aussi, dit-on, être sympathique de l'inflammation des glandes salivaires, et, dans ce cas, on observerait une sorte de balancement entre la sécrétion pancréatique et celle de la salive: ainsi, lorsque la salive coule abondamment, les symptômes locaux de la *pancréatite*, notamment la diarrhée, diminueraient ou cesseraient, tandis que le contraire aurait lieu dans les cas où l'excitation des organes salivaires viendrait à diminuer. On a attribué, dans beaucoup de cas, la *pancréatite* à l'usage du mercure. Mais, nous le répétons, tout ce qui précède ne doit être considéré que comme de simples assertions; car on ne sait encore absolument rien de précis ni sur la *pancréatite* aiguë, ni sur la *pancréatite* chronique.

DE LA SPLÉNITE

L'inflammation de la rate, ou la *splénite*, est une affection qui paraît être extrêmement rare, et dont nous ne connaissons encore que très-imparfaitement les symptômes et les caractères anatomiques.

Anatomie pathologique. — La rate est le siège de diverses altérations dans le cours de plusieurs maladies, notamment dans les fièvres intermittentes et dans l'affection typhoïde. Nous avons vu que, dans ces pyrexies, elle aug-

(1) Thèse de Strasbourg, année 1830.

(2) *Archives de médecine*, 1838.(3) *Dictionnaire de médecine*, t. XXIII, art. PANCRÉAS.

mentait beaucoup de volume, que sa couleur était plus foncée, et que sa consistance enfin était tellement diminuée, qu'elle se réduisait en pulpe, en bouillie, à la moindre pression; mais, comme nous l'avons déjà établi, ces lésions profondes sont indépendantes de toute inflammation. Nous croyons que les seuls indices certains d'un travail phlegmasique sont la présence du pus ou l'infiltration du tissu de l'organe par une matière fibrino-albumineuse. Nous ne parlerons pas des cas dans lesquels les abcès de la rate, coïncidant avec des collections de même nature dans plusieurs viscères, sont symptomatiques d'une infection purulente du sang; il ne doit être question ici que des abcès idiopathiques. Ceux-ci sont excessivement rares; quand ils existent, l'organe est ordinairement augmenté de volume, et lorsque la phlegmasie s'est propagée jusqu'au péritoine, il tient plus ou moins aux parties voisines par des adhérences récentes. Le pus phlegmoneux, homogène, ou bien sanieux et mêlé au détritit de la rate, est presque toujours réuni en un ou plusieurs foyers superficiels ou profonds, libres ou enkystés. Dans la plupart des cas, il n'existe que 10 à 80 grammes de pus; mais on a vu cette quantité s'élever plusieurs fois à plus de 4 ou 6 litres. Le foyer purulent est tantôt isolé, ou bien il communique par une ou plusieurs ouvertures avec l'estomac ou l'intestin, avec la plèvre et le poumon, avec le péritoine, ou bien il s'ouvre à l'extérieur à travers les parois abdominales. Nous avons dit plus haut qu'au lieu de pus il se déposait souvent dans les aréoles de la rate enflammée une matière albumineuse, fibrineuse, concrète, assez consistante, qui infiltre le tissu presque uniformément, et qui, plus souvent encore, est disposée par plaques ou par zones. Dans les *splénites* partielles, nous avons vu ces concrétions établir la ligne de démarcation entre les parties saines et les parties malades.

Symptômes. Marche. Terminaisons. — La *splénite* peut débiter brusquement ou après des prodromes. Elle est caractérisée par une douleur plus ou moins vive, presque toujours obtuse, dans l'hypochondre gauche, s'irradiant quelquefois vers l'épaule et la région mammaire correspondante. Le plus souvent la rate est augmentée de volume: c'est ce que l'on constate par l'inspection, qui dénote une ampliation de l'hypochondre gauche, par la palpation, qui fait reconnaître que cet organe dépasse ordinairement le rebord costal, mais surtout par la percussion, qui permet de le circonscire. L'auscultation ne donne aucun résultat, si ce n'est dans le cas où, l'inflammation ayant gagné le péritoine et y ayant produit des fausses membranes, l'oreille appliquée à ce niveau y distingue un bruit de frottement comparable à celui que nous entendons dans la pleurésie. Lorsque l'organe a acquis un volume très-considérable, il se forme quelquefois un peu d'épanchement ascitique, et même une infiltration séreuse des membres inférieurs, à cause de la gêne que la circulation veineuse éprouve. Il est encore quelques autres accidents qui résultent de la compression que la rate exerce sur les organes voisins: tels sont la dyspnée, la toux et les vomissements. Presque toujours, et pour peu que la phlegmasie soit intense, il existe une fièvre continue, offrant parfois des redoublements réguliers; on dit même que quelquefois on a observé des accès fébriles franchement intermittents. En général, la *splénite* ne s'accompagne d'aucun accident grave, à moins qu'elle n'envahisse tout l'organe et qu'elle ne se termine par suppuration; cependant nous ne possédons encore à ce sujet aucune donnée certaine. Nous ne savons rien non plus sur la marche et sur la durée de la phlegmasie. Celle-ci se termine le plus ordinairement par résolution, quelquefois par suppuration.

Les signes de la présence du pus dans la rate sont extrêmement obscurs: il

est rare, à moins que l'abcès ne devienne superficiel, qu'on ait à ce sujet aucune certitude. Les frissons, les sueurs nocturnes, l'amaigrissement, succédant à des accidents aigus, ne peuvent que faire présumer la présence du pus sans la caractériser. On ne sait pas si ce produit morbide, réuni en foyer dans la rate, peut y être résorbé. Presque toujours, de même que cela a lieu pour le foie, l'abcès se vide dans l'estomac, dans le colon, dans l'uretère gauche, dans le péritoine, dans la plèvre et dans les bronches; l'ouverture de l'abcès à travers les parois abdominales est un des modes de terminaison les plus rares. On a encore vu le pus fuser au loin et s'échapper, dit-on, par un abcès de la vulve, ce qui serait un fait peut-être unique dans les annales de la science. Il n'existe aucun exemple authentique de splénite suivie de gangrène. Quel que soit l'organe ou le point du corps vers lequel le pus se porte, l'évacuation de ce liquide soulage immédiatement, et peut être suivie d'une heureuse terminaison; mais le plus souvent les malades maigrissent, dépérissent et succombent au bout de quelques mois, au milieu des symptômes de la fièvre hectique; chez d'autres, la mort suit de près l'évacuation du pus, qui se fait au milieu des accidents les plus graves: tel est le cas, rapporté dans le 82^e volume du *Journal de médecine*, d'un militaire qui, ayant eu dans l'espace de quatorze jours un vomissement abondant de sang et de pus, accompagné d'une syncope effrayante, succomba et présenta à l'autopsie une rate presque détruite, convertie en une vaste poche purulente qui communiquait avec l'estomac par une ouverture large comme une pièce de 6 francs.

La splénite chronique est une affection absolument inconnue. On ne saurait considérer comme conséquence d'un travail phlegmasique ces intumescences que nous avons constatées dans les fièvres intermittentes, et ces hypertrophies que nous étudierons dans le tome II, en traitant des vices de nutrition. Cette confusion a été faite par maints auteurs.

Diagnostic. — La douleur permanente et les symptômes aigus feront distinguer la splénite de l'hypertrophie simple de la rate et des productions accidentelles qui se forment dans ce viscère. La douleur, la matité qui peut remonter assez haut dans la poitrine, l'affaiblissement du murmure vésiculaire, enfin la dyspnée et la fièvre, pourraient faire confondre la splénite avec la pneumonie ou bien avec la pleurésie. Mais, indépendamment des signes d'auscultation qui, comme la crépitation, le souffle, la bronchophonie et l'épiphonie, manquent tout à fait dans la splénite, la percussion fera reconnaître en outre que la matité dépend de la rate, par la place qu'elle occupe, par sa circonscription, parce qu'elle est fixe et ne peut jamais être déplacée par les positions diverses qu'on imprime au tronc. Nous dirons plus tard en quoi la splénite diffère de la péritonite locale.

Il nous paraît à peu près impossible de confondre un abcès volumineux de la rate avec un épanchement ascitique: cependant l'*Histoire de l'Académie des sciences pour l'année 1753* contient le fait unique d'un jeune homme de dix-huit ans, miné par une fièvre hectique, dont le ventre offrait le développement et la fluctuation qu'on observe dans l'ascite. Une double ponction donna issue à plus de 7 litres de pus. Le malade ayant expiré, on s'assura, à l'ouverture du corps, que la rate était tellement augmentée de volume, qu'elle s'étendait de l'épigastre au pubis, en recouvrant tous les viscères abdominaux; elle avait environ 5 décimètres de long sur 3 à 4 de large; elle était creusée d'une poche qui contenait encore 7 pintes de pus, et qui était tapissée d'une membrane solide. Cette pièce curieuse fut présentée à l'Académie des sciences. Dans un pareil cas, nous croyons qu'il serait facile d'établir le diagnostic différentiel par

les commémoratifs aussi bien que par l'examen du malade. C'est ainsi que l'on apprendra que l'intumescence du ventre, au lieu de se faire de bas en haut, comme dans l'ascite, a au contraire commencé par l'hypochondre gauche et s'est rapprochée successivement du pubis. Dans l'exploration, on reconnaîtra que la fluctuation est plus profonde et plus obscure que dans l'ascite; on ne pourra déplacer le liquide, ni par conséquent la matité, en faisant varier les positions du malade. Le plus souvent, en palpant le ventre avec soin, on pourra reconnaître les limites de la tumeur à un rebord plus ou moins saillant; enfin la percussion, faite avec soin sur la tumeur et à sa circonférence, démontrera derrière elle la présence du tube digestif, qui n'est pas refoulé vers l'épigastre, comme on le voit dans l'ascite ou dans le cas de tumeurs qui partent de l'excavation pelvienne.

Dans la 11^e livraison de son *Anatomie pathologique*, M. Cruveilhier a publié sous le nom de *splénite* ou de *ramollissement aigu de la rate*, plusieurs observations fort curieuses d'individus ayant succombé après avoir présenté de la suffocation, de l'angoisse, des nausées, des vomissements, un pouls médiocrement fort et fréquent et quelques symptômes de rémittence. La rate fut trouvée suppurée dans un cas, diffluite et grisâtre dans un autre, noirâtre et pulpeuse dans un troisième. J'ai, en 1837, observé avec Chomel ce même appareil de symptômes graves, accompagné d'accidents cérébraux, chez une jeune femme, à l'autopsie de laquelle nous ne trouvâmes qu'une splénite circonscrite, caractérisée par une infiltration fibrino-albumineuse du tissu. Mais est-il rationnel de rattacher à cette faible lésion tout l'appareil symptomatique si grave observé pendant la vie? La splénite ici, comme dans les premières observations de M. Cruveilhier, ne serait-elle pas plutôt une lésion tout à fait secondaire d'une maladie indéterminée? Je le présume. Quant aux deux autres observations rapportées par le savant professeur, je serais porté à les regarder aussi comme des cas de ramollissements non inflammatoires analogues à ceux qu'on voit si souvent dans les maladies graves, et surtout dans les maladies par infection.

Pronostic. — Il est impossible encore d'être bien fixé sur le degré de gravité de la splénite. Cette affection est pourtant très-sérieuse lorsqu'elle se termine par suppuration.

Étiologie. — La splénite est rarement primitive; le plus souvent elle est produite par une cause traumatique, surtout par un coup porté sur l'hypochondre gauche. On conçoit facilement, d'après cela, pourquoi des fièvres intermittentes antérieures, en laissant à la rate un volume plus considérable, constituent une véritable prédisposition à la splénite, surtout lorsque l'organe dépasse le rebord costal, car il est alors plus exposé aux violences extérieures.

Traitement. — Le traitement sera antiphlogistique. A moins que la gravité des symptômes généraux ne réclame une ou plusieurs saignées générales, on préférera les émissions sanguines locales, auxquelles on associera les bains, les cataplasmes, les laxatifs doux. Si les accès fébriles étaient régulièrement intermittents ou même rémittents, on administrerait concurremment le sulfate de quinine, comme dans une fièvre périodique ordinaire; mais il est probable qu'on en obtiendrait aussi peu d'avantages que dans les accidents fébriles intermittents qui sont symptomatiques d'une suppuration. Les purgatifs, les préparations mercurielles en frictions, les iodures et, dans une période avancée, les vésicatoires et les autres révulsifs cutanés sont encore indiqués.