

les *signes de début* sont toujours très vagues : amaigrissement, perte d'appétit, pâleur, crises de diarrhée, gêne dans l'hypocondre droit. A la *période d'état*, le foie déborde largement les fausses côtes, descendant parfois jusqu'à l'ombilic ou la crête iliaque; il est *très irrégulier*, le lobe droit ou gauche pouvant former tumeur; très inégale, sa *surface, bosselée, creusée de sillons profonds*, présente une *dureté ligneuse*. Presque toujours, à une certaine période, survient une *ascite* abondante, avec *circulation veineuse* collatérale et œdème des membres inférieurs; fixe, exceptionnellement laiteuse ou chyloforme, elle se reproduit vite, après ponction, et ne cède qu'au traitement spécifique. La *tuméfaction de la rate* est habituelle, l'albuminurie n'est pas rare. L'*ictère* est pâle ou nul. Les *urines* contiennent de l'urobiline. La glycosurie alimentaire est constante. Non traitée, la maladie évolue vers la mort qu'entraînent : la cachexie, des accidents syphilitiques d'autres appareils (reins, poumons, axe cérébro-spinal) ou une infection intercurrente. Le traitement spécifique est efficace même à une période relativement tardive.

III. *Forme gommeuse pure*. — La présence de gommes isolées dans le parenchyme hépatique ne se traduit par aucun signe clinique appréciable.

*Diagnostic*. — Chez un *nourrisson* né de père ou de mère syphilitique, et présentant lui-même les signes de la cachexie syphilitique, le doute n'existe pas. En présence d'une hypertrophie spléno-hépatique isolée, on peut songer aussi à la *tuberculose*, mais celle-ci comporte de la fièvre, de la polyadénite, une évolution aiguë.

Dans la *seconde enfance*, la confusion est possible avec la cirrhose hypertrophique graisseuse (rechercher les stigmates d'hérédosyphilis) ou, avec la *leucémie spléno-hépatique* (caractères du sang).

Chez l'*adulte*, la rencontre possible, chez un même individu, de la syphilis, de l'alcoolisme, de la tuberculose et du paludisme, complique beaucoup le problème; la solution en repose, avant tout, sur les caractères objectifs du foie qui, seuls, sont particuliers.

*Syphilis héréditaire tardive*. — Rare sur le foie, la forme héréditaire tardive (de 2 à 40 ans, de 10 à 20 surtout), s'y traduit par un syndrome identique à celui de la syphilis acquise. On recherchera soigneusement les *stigmates de l'hérédosyphilis* (lésions dentaires, oculaires, nasales, osseuses, cutanées).

#### XIX. — ABCÈS DU FOIE

*Signes étiologiques*. — Suivant leur source, les agents pyogènes arrivent au foie par différentes voies : *vaisseaux lymphatiques* (abcès de voisinage, péri-hépatite); *artère hépatique* (aortites, endocardites, foyers infectieux pulmonaires ou périphériques, pyémies); *veines sus-hépatiques* (fièvre typhoïde); *veine porte* (pyléphlébites; infections gastro-intestinales, appendiculaires, spléniques, etc.); *voies biliaires* (angiocholite). Entre ces suppurations, on distingue : 1° celles qui compliquent des lésions hépatiques constituées : kyste hydatique ou cancer; 2° les *petits abcès* (bilaires,

métastatiques, etc.) et 3° les *grands abcès* des pays chauds dont l'origine dysentérique constante paraît démontrée, et qui, seuls, méritent une étude spéciale. Plus communs chez les Européens émigrés sous les tropiques, que chez les indigènes, ils seraient favorisés par : la suppression brusque du flux dysentérique, le refroidissement, le surmenage, les écarts de régime et l'alcoolisme.

Les bactéries isolées dans les abcès du foie sont variées : streptocoques, staphylocoques, colibacilles, bacilles pyocyaniques, bacilles d'Eberth, etc.; sans rapport constant avec la forme de la suppuration. L'*amœba coli*, dont le rôle pathogène dans certaines dysenteries paraît probable, y a été souvent rencontré.

Plusieurs variétés d'abcès du foie, n'apparaissant qu'à titre de complication des angiocholites, de la pyléphlébite suppurée, de la pyohémie, des kystes hydatiques suppurés (étudiés ailleurs) n'ont pas d'expression clinique propre. La description qui suit ne concernera que l'abcès tropical dysentérique.

*Signes cliniques*. — Certains cas restent latents des années (6 ans dans un cas), jusqu'à la mort, ou jusqu'à l'issue du pus dans une cavité voisine.

On distingue des cas *aigus, subaigus et chroniques*. Comme dans la dysenterie, on note des paroxysmes, des rémissions et des récurrences irrégulièrement espacées; suivant les cas, l'hépatite suppure ou non.

*Signes prémonitoires*. — *Avant la suppuration* s'observent les signes d'une *congestion hépatique aiguë*, avec fièvre modérée et douleur variable dans l'hypocondre droit. Occasionnées par le froid, la fatigue, un accès paludéen, ces poussées durent trois à quatre jours, pendant lesquels la dysenterie intestinale semble s'amender. Les récurrences sont fréquentes; certaines, plus sévères, font penser à la suppuration ou prêtent à confusion avec l'*hépatite paludéenne* (rate plus grosse; fièvre plus marquée, effet de la quinine, présence de l'hématozoaire).

*Hépatite aiguë suppurée*. — Après plusieurs crises congestives ou d'emblée, elle prélude par un violent *frisson*, des *nausées*, des *vomissements* bilieux et une *douleur* intense dans l'hypocondre droit (*point de côté hépatique*), irradiée vers l'épaule droite, exaspérée par le palper et les mouvements respiratoires. Couché sur le côté droit, le sujet fléchit les cuisses et les jambes, pour relâcher les muscles abdominaux. La base du thorax semble élargie à droite; la matité hépatique est très accrue. En d'autres cas, le début est plus insidieux. Toutefois, la *fièvre* est constante, continue ou rémittente, le *pouls*, rapide, est plein et dur; l'embarras gastrique est très marqué, accompagné souvent de *subictère*. Après 5 à 6 jours de cet état, se déclare une détente de quelques heures; puis, la suppuration s'affirme : par le caractère pulsatile de la douleur, par des frissons irréguliers, surtout vespéraux, et suivis de sueurs profuses; par l'aggravation de l'état général, et, un peu plus tard, par des signes de *péri-hépatite*. La durée totale atteint au moins 15 jours.

*Hépatite subaiguë suppurée*. — Cette forme est caractérisée par la production, à la fin de la première semaine, d'une accalmie plus ou moins longue, durant laquelle les lésions locales peuvent évoluer sourdement, et que



suit un réveil des accidents. L'hépatite subaiguë peut durer 6 à 8 semaines.

**Hépatite chronique suppurée.** — Que le début en soit aigu, subaigu ou chronique d'emblée, cette forme dure des mois. Peu à peu l'appétit s'éteint, les fonctions intestinales se troublent, le foie devient gros et douloureux; ces accidents sont sujets, de temps en temps, à des exacerbations de quelques heures ou de quelques jours, laissant chaque fois les forces plus déprimées et le foie plus gros. Bientôt s'établit une cachexie progressive qu'accompagnent une toux sèche, quinteuse, très pénible (par péri-hépatite) et une fièvre intermittente ou rémittente (fièvre de suppuration), véritable *phtisie hépatique*. Le malade succombe soit au marasme, soit à une complication (par rupture de la poche). La guérison peut aussi résulter de l'évacuation, spontanée ou provoquée du pus.

Le *pus* offre un aspect variable; tantôt blanchâtre et bien lié, tantôt séreux ou grumeleux, rarement verdâtre (bile); plus souvent comparable à une *bouillie chocolat ou lie de vin*; exceptionnellement roussâtre, fétide, gangréneux. Au microscope, on y constate, outre des leucocytes et des cellules hépatiques en nécrobiose, des gouttelettes de graisse, parfois des tablettes de cholestérine. Le pus des abcès du foie est très souvent stérile; les micro-organismes qui peuvent s'y rencontrer ont été énumérés plus haut.

Quelques symptômes méritent une analyse détaillée.

La *douleur* est remarquable: par sa vivacité, par ses irradiations dans l'abdomen, les cuisses (abcès de la face inférieure), l'épaule (abcès de la convexité). La douleur à la pression peut répondre exactement au point malade. *L'ictère* est rare (1/6 des cas); de même, les signes d'*insuffisance hépatique* manquent souvent, grâce à l'intégrité du parenchyme qui environne l'abcès. *L'état général* peut être assez altéré pour justifier le terme *forme typhoïde* de l'abcès, créé par Kelsch et Kiener. La fièvre, la dyspnée, les troubles digestifs comportent un teint blafard spécial et entraînent un dépérissement progressif.

Localement, l'abcès se révèle, soit par une hypertrophie diffuse, soit par une tuméfaction circonscrite du foie. Quand celle-ci est superficielle, on peut constater, à son niveau, de l'œdème, de la rougeur, et même de la fluctuation; malgré l'intégrité de la paroi, la péri-hépatite peut se trahir: à la palpation, par une *crépitation neigeuse*; à l'auscultation, par des *frottements* aux deux temps de la respiration, à l'inspiration surtout; cependant l'œdème du foie, sans péri-hépatite, pourrait provoquer ces signes (Hassler et Boisson); les mêmes auteurs signalent encore une sensation de *ballotement profond*, recueillie par la percussion et la palpation bimanuelle.

La rareté et l'incertitude des signes physiques amènent souvent à pratiquer une *ponction* ou même une *laparotomie exploratrice* que l'on fait suivre, si besoin est, d'une ponction aspiratrice au siège de l'œdème hépatique.

**Évolution.** — La forme aiguë dure 15 jours environ; la forme subaiguë 6 à 8 semaines; la forme chronique plusieurs mois ou plusieurs années. Les deux dernières procèdent par crises paroxystiques, susceptibles de devenir terminales.

Dans quelques cas rares, l'abcès du foie s'enkyste et se résorbe. Quand survient la mort, elle est imputable: à une crise suraiguë d'hépatite, aux progrès de la cachexie, ou à une complication (pneumonie).

*L'ouverture à l'extérieur* s'opère, soit directement, dans la région du foie, soit à distance (ombilic, pli de l'aîne, aisselle) par l'intermédiaire d'un trajet fistuleux. Ces migrations prêtent à confusion avec les abcès pariétaux du thorax et de l'abdomen.

L'abcès s'ouvre, assez souvent, *dans les bronches*. Cette issue s'annonce par des signes de broncho-pneumonie à la base droite (point de côté, dyspnée, fièvre), bientôt suivis d'une *vomique* composée de liquide chocolat ou lie de vin. On constate dès lors des *signes cavitaires* dans la région correspondante; l'évacuation du pus peut se poursuivre chaque jour (500 à 400 grammes) et aboutir, quoique rarement, à une guérison spontanée. Ces cas ne doivent pas être confondus avec: la pleurésie diaphragmatique, le pyo-thorax sous-phrénique (commémoratifs, présence de cellules hépatiques dans le pus).

*L'ouverture dans la plèvre* peut être insidieuse; il en résulte une pleurésie purulente, dont on ne méconnaîtra pas l'origine, et dont l'évolution varie avec la virulence de l'agent causal.

*L'ouverture dans le péricarde*, rare, rapidement mortelle, se traduit par une atroce douleur précordiale suivie de suffocation et d'affaiblissement graduel de la systole cardiaque.

*L'ouverture dans le péritoine* détermine presque toujours une péritonite généralisée rapidement mortelle; celle-ci peut pourtant manquer, par exception (sans doute quand le pus est stérile); il arrive aussi que des adhérences antérieures s'opposent à la diffusion du pus.

*L'ouverture dans: la veine cave inférieure* (suffocation immédiate); le *bassin*, le *rein droit* (pyurie à caractères spéciaux) sont des raretés.

Plus favorable, *l'ouverture dans les voies biliaires, l'estomac, le colon*, est souvent suivie de guérison. Annoncée d'habitude par de vives douleurs, elle comporte un soulagement brusque et est suivie, à bref délai, du rejet de pus, par vomissement ou défécation.

**Diagnostic.** — Le diagnostic est toujours délicat; l'abcès aigu prête à confusion avec la congestion palustre aiguë du foie; parfois même, avec la pneumonie. Dans les formes subaiguës ou chroniques, le foie subit une tuméfaction diffuse ou circonscrite; dans le premier cas, la confusion est possible avec: l'embarras gastrique fébrile (forme subaiguë), le cancer, la cirrhose hypertrophique (forme chronique), la tuberculose pulmonaire (phtisie hépatique); dans le second, avec le cancer nodulaire du foie (la forme pseudo-fluctuante surtout), le cancer gastrique et le kyste hydatique.

## XX. — CANCER DU FOIE ET DES VOIES BILIAIRES

**1° Cancer du foie.** — Plus commun après quarante ans, le cancer du foie répond à des causes obscures; on a incriminé, suivant les cas: le trau-