

Mais telle ne fut point plus tard l'opinion des médecins qui s'occupèrent plus attentivement de la question (Rokitansky, Budd, Lebert, Frerichs). Pour eux il s'agissait là d'une maladie d'ordre spécial, n'ayant aucun lien avec l'ictère simple et probablement sous la dépendance d'une altération particulière du foie : l'*hépatite diffuse aiguë*. Celle-ci pouvait être essentielle, ou dépendre d'une infection préalable du sang ; d'un véritable typhus (Trousseau).

Cette façon d'envisager le problème était trop étroite, et les recherches modernes ont démontré que bien d'autres lésions hépatiques peuvent engendrer l'ictère grave : depuis la cirrhose vulgaire, jusqu'à la cirrhose hypertrophique, le cancer, l'angiocholite calculieuse ; ces recherches ont jeté un certain jour sur la pathogénie de la maladie, qui ne doit plus être considérée maintenant comme une entité morbide toujours identique à elle-même, mais comme un syndrome clinique, souvent primitif, il est vrai, mais susceptible de compliquer aussi la plupart des maladies du foie.

ÉTIOLOGIE. — L'atrophie jaune aiguë du foie s'observe plus souvent chez la femme que chez l'homme (Frerichs, Homans), principalement pendant la grossesse. Elle est beaucoup plus fréquente à l'âge adulte (de vingt à trente ans) que pendant l'enfance et la vieillesse.

Les émotions morales dépressives, les chagrins, la peur, la colère, les fatigues de toute sorte, les excès vénériens et l'abus du mercure, l'usage immodéré des boissons alcooliques, surtout lorsqu'elles sont ingérées à hautes doses (Frerichs, Leudet, Aron), sont autant de causes capables de contribuer au développement de l'ictère grave. On pourrait reconnaître la même influence à certaines maladies graves, le typhus, la pneumonie, etc.

Les empoisonnements par l'arsenic, l'antimoine, et surtout par le phosphore, donnent lieu à des symptômes analogues à ceux de l'ictère grave.

Enfin, des conditions *miasmatiques* inconnues agissent peut-être dans la production de la maladie sous une forme *épidémique* relativement bénigne (Saint-Vel, Bardinet, Carville, L. Laveran, Arnould).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Le foie, dans l'atrophie jaune aiguë, est le plus souvent diminué de volume, et, au lieu du poids normal de 1450 grammes, il n'est pas rare d'observer des poids de 800 à 1000 grammes, parfois même beaucoup moindres (570 grammes dans un cas de Bright, 555 dans un autre de Shingleton Smith).

La capsule de Glisson est ridée, trop large pour contenir le parenchyme hépatique qui, mou et sans consistance, s'étale sur la table de dissection et se laisse facilement pénétrer par le doigt. Le foie peut cependant conserver son volume et même être plus gros qu'à l'état normal dans les cas d'alcoolisme (Leudet), d'impaludisme, de cirrhose hypertrophique.

Le foie est *jaune d'ocre* ou rappelle la coloration de la rhubarbe ; à la coupe on constate la présence d'îlots rougeâtres ; il existe aussi fréquemment des ecchymoses. Nous étudierons successivement les lésions du parenchyme, du tissu connectif et des voies biliaires.

Les lésions microscopiques des points jaunes consistent dans la dissociation des cellules en détritrus granuleux (Ch. Robin) ; cette désintégration commence à la périphérie des lobules et débute par l'état trouble et l'infiltration biliaire du protoplasma cellulaire (Cornil et Ranvier). Les cellules sont remplacées par ces granulations, de la matière colorante (hématoïdine), de la tyrosine, de la leucine (Frerichs). Dans les points rouges, les granulations mêmes ont disparu, l'hématoïdine est plus abondante, et il ne reste qu'une trame fibroïde ou homogène de tissu conjonctif embryonnaire (Ch. Robin). On ignore encore si la substance rouge indique un stade plus marqué d'atrophie (Zenker), ou au contraire un degré assez avancé de guérison (Rokitansky).

Les lésions du tissu conjonctif sont très controversées. MM. Cornil et Ranvier, Rendu, n'ont pas trouvé d'épaississement ou d'inflammation du tissu conjonctif périlobulaire, alors que ces lésions sont affirmées par Frerichs, Hilton Fagge, Burkhart, etc., et que Winiwarter décrit même la destruction des cellules comme consécutive à l'inflammation de la trame conjonctive intra-lobulaire. Luys, Ory et Déjerine, Sh. Smith, ont observé des cas qui semblent appuyer cette manière de voir. L'atrophie jaune aiguë peut se produire indépendamment de toute lésion de la trame conjonctive, mais si elle survient, par exemple, chez un alcoolique dont le foie était malade antérieurement, on observe à côté des lésions parenchymateuses les lésions plus ou moins avancées de la cirrhose interstitielle.

Les altérations des voies biliaires sont sans contredit les plus importantes, car ce sont elles qui dominent le processus pathologique et commandent les explications pathogéniques. On a rencontré souvent l'inflammation des gros conduits biliaires, mais ce qui s'observe constamment c'est une angiocholite généralisée, avec ou sans pro-



lification des canaux biliaires, mais avec accumulation dans ces petits vaisseaux de détritres cellulaires (Bamberger) ou de cellules en voie de prolifération (Cornil); c'est à l'oblitération des radicules interlobulaires que l'on attribue aujourd'hui l'ictère qui accompagne l'atrophie du foie (Buhl, Bamberger, Thierfelder, Cornil, Lecorché). Quant à la vésicule, elle ne renferme qu'une très petite quantité de bile plus ou moins décolorée.

Quand l'ictère grave est secondaire, on rencontre au surplus les lésions spéciales à la maladie qu'il est venu terminer (cancer, cirrhose, lithiase biliaire, etc.).

La *rate* est tuméfiée et difflente. Les *reins*, outre l'infiltration par les granulations biliaires, offrent généralement un léger degré de néphrite parenchymateuse. Ces modifications du rein sont importantes à relever, car on a voulu leur faire jouer un rôle prépondérant dans l'évolution néfaste ou favorable des accidents (voy. th. Décaudin).

Le *sang* est diffluent et noirâtre et renferme beaucoup moins de globules rouges et moins de fibrine qu'à l'état normal: il est chargé de leucine, de tyrosine (1) et de xanthine. Ces mêmes substances se retrouvent abondamment dans l'*urine* qui, par contre, est très pauvre en urée.

Le cœur est mou et stéatosé: d'après Jaccoud, l'endocardite ou l'endopéricardite accompagne très fréquemment l'ictère grave.

Enfin, tout récemment, dans une observation que nous avons déjà citée (*Brit. med. Journ.*, aug. 1878), Sh. Smith a attiré l'attention des histologistes sur l'apparence étoilée et l'atrophie très marquée des cellules nerveuses des ganglions sympathiques cervicaux.

**DESCRIPTION.** — Le début est généralement insidieux; les malades ne présentent d'autres symptômes que ceux d'un embarras gastrique simple, non fébrile, auxquels l'ictère vient s'ajouter vers le septième ou le huitième jour. Parfois cet état gastrique est accompagné d'un affaiblissement inaccoutumé, et dans quelques cas de courbature violente avec douleurs articulaires pénibles (Trousseau).

(1) La leucine et la tyrosine se reconnaissent dans l'urine aux caractères suivants: La leucine apparaît au microscope sous forme de petits globules d'aspect huileux, parfois lamellaire, surnageant à la surface et insolubles dans l'éther. La tyrosine qui est cristallisée se présente sous forme de petits prismes blancs et brillants, et disposés par groupes étoilés.

L'ictère peut apparaître le premier et rester bénin pendant un temps fort long (quatre semaines dans un cas de Wunderlich). Un ou deux jours avant l'explosion des accidents graves, la température commence à s'élever (Jaccoud); la céphalée augmente d'intensité, l'insomnie est persistante; dans certains cas, cette période prodromique manque complètement et la maladie débute brusquement par un violent mouvement fébrile, comme les pyrexies les plus graves. Le malade est courbaturé, il a de la diarrhée ou de la constipation (Frerichs), des vomissements, des douleurs musculaires; le pouls est petit, irrégulier, dépassant rarement 120 pulsations.

La maladie confirmée présente trois caractères symptomatiques prédominants: l'*ictère*, les *hémorrhagies*, les *troubles nerveux*.

L'ictère, qui a pu exister dès la première période, devient beaucoup plus accusé à la période d'état et se prononce chaque jour davantage; quelquefois cependant il reste peu marqué (Frerichs, Blachez, etc.) ou se limite à une portion du corps (Hecker). Les selles sont décolorées; l'urine renferme ordinairement, mais non constamment, du pigment biliaire; elle laisse déposer par refroidissement un précipité vert jaune auquel Frerichs attache une grande importance.

Les *hémorrhagies* qui se produisent dans l'ictère grave sont dues, soit à des ruptures capillaires, soit plutôt à un état particulier de fluidité et de dissolution du sang. Elles ont lieu surtout par le nez, la muqueuse gingivale ou intestinale, l'utérus, ou dans la peau et le tissu conjonctif (pétéchies et ecchymoses), rarement dans le rein ou les méninges (Monneret); les hématomés sont exceptionnelles.

Les *troubles nerveux* sont très variables suivant les sujets; les cas dans lesquels ils font défaut sont rares (Verdet). La phase initiale est caractérisée par un délire bruyant avec accidents convulsifs (Frerichs), ou plus souvent par une période de subdélirium, d'incohérence, de carphologie. La dépression survient rapidement, le coma s'établit et persiste jusqu'à la mort. Cette dernière période est souvent précédée d'une immobilité complète de la pupille (Ozanam).

A ces symptômes il faut ajouter les fuliginosités de la langue et des lèvres, des vomissements fréquents, une dyspnée souvent intense et en rapport avec l'insuffisance de l'hématose, le hoquet, une douleur assez vive au niveau du foie et la diminution lente de cet organe, diminution appréciable à la percussion (Frerichs), l'augmentation



de la matité splénique, l'albuminurie, et enfin des éruptions exanthématiques (Blachez).

On a distingué dans cet ensemble de symptômes plusieurs formes cliniques dont deux seulement méritent d'être conservées : ce sont la forme *adynamique* et la forme *typhoïde*.

**DURÉE. PRONOSTIC.** — Affection essentiellement aiguë, l'atrophie jaune aiguë du foie se termine ordinairement par la mort dès le premier septénaire, le plus souvent après le quatrième ou le cinquième jour, parfois même le deuxième. Quoi qu'il en soit, on peut en général distinguer trois périodes dans son évolution (Jaccoud) : 1° une *période prodromique* de durée indéterminée ; 2° la *période ictérique* à laquelle appartiennent les hémorrhagies, l'élévation de la température et l'affaiblissement progressif ; 3° la *période nerveuse* ou toxhémique, caractérisée par l'abaissement de la température et le collapsus.

Le pronostic de l'atrophie jaune aiguë est donc essentiellement grave ; mais il faut bien savoir cependant que la guérison n'est point exceptionnelle. Nous avons déjà signalé l'ictère grave épidémique, des femmes enceintes comme beaucoup moins meurtrier. Décaudin d'autre part a montré que l'état d'intégrité ou d'altération du rein influençait notablement le pronostic ; quoi qu'il en soit de cette théorie qui est loin d'être absolue, on sait bien aujourd'hui que l'ictère grave peut guérir (ictères pseudo-graves). Tout récemment l'un de nous a observé un de ces cas très remarquables de guérison.

**PATHOGÉNIE.** — Un grand nombre de théories ou d'hypothèses ont été proposées pour expliquer le syndrome clinique de l'ictère grave. Elles peuvent se ranger sous trois chefs, suivant que leurs auteurs font intervenir une influence *essentielle, organique ou humorale*.

Parmi les *essentialistes*, il faut classer Ozanam qui invoque le *nescio quid ignotum* de la malignité ; Budd qui admet l'existence d'un poison toxique agissant comme dans les maladies infectieuses sur le foie, le rein, le sang ; Wickham Legg qui assimile l'ictère grave à la fièvre jaune ; Wunderlich, Lebert, Trousseau, qui comparent la maladie aux affections typhoïdes dont elle se rapproche par la soudaineté des accidents, l'anéantissement des forces, les hémorrhagies, l'état poisseux du sang. Lecorché dans ces derniers temps a aussi accepté sans hésitation la possibilité de cette forme primitive de l'ictère, le *typhus hépatique* comme il propose de l'appeler.

Sans doute cette manière de voir a sa raison d'être légitime dans la marche parfois foudroyante des accidents, l'intensité des phéno-

mènes généraux et la prostration ; mais elle ne saurait être maintenue absolument en ce qui est du rôle effacé qui est attribué au foie, et en présence des nécropsies qui ont prouvé l'existence d'un catarrhe aigu généralisé des voies biliaires, alors que le foie pouvait paraître sain extérieurement ou même à la coupe (Cornil et Ranvier, Lobstein).

Une *influence organique primitive* est admise aujourd'hui par un grand nombre de pathologistes (Rokitansky, Hénoch, von Dusch). Elle est placée dans la cellule hépatique, dont le fonctionnement serait modifié ou entravé de façon à occasionner soit la résorption de la bile (cholémie, Leyden), soit un défaut de sécrétion (acholie, Friedrichs) et à entraîner secondairement une altération du sang sous l'influence de l'action prolongée de la bile ou des acides biliaires.

Cette théorie tombe d'elle-même devant les faits expérimentaux et les données cliniques : 1° l'obstruction ou la ligature du canal cholédoque (Bidder et Smith) ne donne pas lieu à l'ictère grave ; d'ailleurs on a publié des cas d'atrophie jaune aiguë qui n'avaient point été accompagnés d'ictère ; 2° les *sels* et le *pigment biliaires* ne peuvent pas davantage être incriminés. L'expérimentation a montré que les *acides biliaires* introduits dans le sang donnent lieu aux symptômes de l'ictère grave, mais on ne les a jamais trouvés en quantité notable dans le sang des malades atteints de cette maladie.

Parmi les organiciens il faut ranger encore les partisans de la théorie rénale de l'ictère grave, théorie qui subordonne la gravité de l'ictère à l'état du rein, suivant qu'il est susceptible d'éliminer ou de retenir les produits de désintégration hépatique. Cette théorie, qui repose sur des observations bien étudiées (Bouchard, Vallin, etc.) est loin d'être absolue, puisqu'il existe des faits d'ictère grave sans albuminurie.

Quant aux théories *purement humorales*, nous ne ferons que les mentionner. La doctrine de la cholestérémie de Flint fils et de Koloman Mueller a vécu ; les injections intra-circulatoires de cholestérine étant loin d'être aussi dangereuses. L'influence de la défibrination du sang admise par Lancereaux est loin d'être démontrée ; quant à la théorie urémique de Donovan ou de Wintha, elle repose sur des données encore trop discutables (théorie de l'urémie hépatique) pour être longuement discutée.

La première conclusion à tirer de cet exposé de doctrines est que nous ignorons encore la cause prochaine de l'ictère grave ; cependant, si l'on tient compte des conditions anatomiques qui accom-



pagnent en général le syndrome pathologique, et des diverses modalités cliniques qui le précèdent; si l'on envisage enfin les résultats qui succèdent à la suppression des fonctions du foie et à l'accumulation dans le sang de certains principes excrémentiels tels que la leucine et la tyrosine (Vulpian), on sera tenté d'admettre que l'ictère grave est un syndrome morbide tantôt primitif, tantôt secondaire et susceptible d'apparaître toutes les fois que l'organe hépatique sera modifié, de telle sorte que ses grandes fonctions de dépuración ou d'hématopoïèse soient compromises ou supprimées. C'est donc jusqu'à nouvel ordre une *toxémie de source hépatique* dont la marche est susceptible d'être influencée par l'état d'intégrité ou d'altération du rein.

TRAITEMENT. — Au début on emploiera surtout les purgatifs, les diurétiques, les sudorifiques. On cherchera à soutenir les malades avec l'extrait de quinquina, l'alcool (Jaccoud), et on obéira aux indications symptomatiques en combattant les hémorrhagies, les vomissements, le délire, etc., par des moyens appropriés.

BUDD, FRERICHS, RENDU, etc. Loc. cit. — OZANAM. De la forme grave de l'ictère essentiel, th. de Paris, 1849. — VERDET. De l'ictère essentiel grave, th. de Paris, 1851. — LEBERT. Ueber icterus typhoides (Virchow's Arch., 1854). — CH. ROBIN. Mém. sur l'état anat.-path. des éléments du foie dans l'ictère grave (Soc. biol., 1857). — MONNERET. Sur l'ictère grave (Le progrès, 1859). — Path. génér., 1861-1866. — BLACHEZ. De l'ictère grave, th. de concours, 1860. — LEUDET. Étude sur l'ictère déterminé par l'abus des liqueurs alcooliques, 1860. — Clinique méd. de l'Hôtel-Dieu de Rouen, 1874. — WUNDERLICH. Zur intoxicationsartigen Form des perniciosen Icterus (Arch. f. Heilk., 1863). — BARDINET. De l'ictère épidémique chez les femmes enceintes (Un. méd., 1863). — CARVILLE. Relation d'une épidémie d'ictère grave (Arch. gén. de méd., 1864). — L. LAVERAN. Relation de l'épidémie de la caserne de Lourcine. (Gaz. hebdom. et Rec. mém. méd. milit., 1866). — HOMANS. Acute atrophy of the Liver (Amér. Journ. of med. sc., 1868). — ARON. De l'ictère grave de cause alcoolique (Gaz. hebdom., 1869). — HILTON FAGGE. Trans. of the Path. Society, 1870. — WINIWARTER. Zur path. Histologie de Leber Parenchyme bei der acuten Leberatrophie (Esterr. med. Jahrb., 1872). — ZENKER. Zur path. Anat. der acuten jellen Leberatrophie (Deuts. Arch. f. klin. med., 1872). — KOLOMAN MULLER. Ueber Cholesteramie (Arch. f. Exper. Path., 1874). — FELTZ et RITTER, Journ. de l'anat. et de la phys., 1874. — VULPIAN. L'École de médecine, 1874. — DONOVAN. Dublin Hosp. Gaz., 1875. — ORY et DEJERINE. Ictère grave chez une syphilitique (Bull. Soc. anat., 1875). — A. LAVERAN. Traité des maladies des armées, 1875, p. 295. — JACCOUD. Path. interne, 1877. — SH. SMITH. Acute Atrophy of the Liver (Brit. Med. Journ., March and August, 1878). — J. ARNOULD. Mémoire sur une série de cas d'ictère grave (Rec. mém. méd. milit., 1878). — DEMANGE. Influence de la stéatose du foie sur la production de l'ictère grave (Rev. méd. de l'Est, 1879). — THIERFELDER. Die acute Leber atrophie. Ziemssen's Handb. 1878. — FRITZ. Atrophie jaune aiguë du foie sans ictère (Gaz. méd. de Paris, 1878). — MISSÉ. Étude sur l'ictère grave, th. Paris, 1879. — A. MATHIEU. L'ictère grave suivant les travaux récents (Arch. gén. de méd., 1880). — LECORCHÉ. Loc. cit. — RAYMOND. Ict. grave terminé par guérison (Rev. de méd., 1881).

## HÉPATITE SUPPURÉE. — ABCÈS DU FOIE.

L'hépatite suppurée pourrait être prise comme type des inflammations du foie. Connue déjà par les anciens, par Galien et par Celse, elle n'a été étudiée sérieusement que depuis quelques années. Au moment de la conquête de l'Algérie, on ne connaissait guère en France d'autres observations que les cinq cas qui sont rapportés par Louis. Les médecins anglais de l'Inde, Morehead, Twining et surtout Annesley, publièrent d'importants travaux où ils étudièrent avec le plus grand soin la symptomatologie de cette affection. Les recherches des médecins militaires de l'Algérie et des médecins de la marine ont puissamment contribué à faire connaître les abcès du foie; parmi ces travaux il faut en première ligne ceux de Cambay, L. Laveran, Haspel, Catteloup, Rouis, Dutroulau, Mahé, etc. Cependant cette histoire n'est pas purement exotique et les observations de Béhier, Gallard, Noel Gueneau de Mussy, Harley, renferment de précieux renseignements.

ÉTIOLOGIE. — PATHOGÉNIE. — Les abcès du foie sont rares dans nos contrées tempérées; assez fréquents dans les pays chauds, où le foie est soumis à une suractivité fonctionnelle marquée, ils s'observent surtout chez les individus non acclimatés, chez ceux qui font abus des liqueurs alcooliques, des aliments épicés, etc. L'hépatite est rare dans l'enfance et la vieillesse.

Le traumatisme donne assez rarement lieu à l'hépatite (4 cas seulement sur 318 observations, d'après Morehead).

L'inflammation pyémique, par métastase, est beaucoup plus fréquente. L'explication en est facile lorsque l'hépatite est sous la dépendance d'une inflammation de la veine porte (pyléphlébite) ou de ses radicules; lorsqu'elle survient par exemple à la suite d'opérations pratiquées sur le rectum (cautérisation d'un cancer, extirpation d'hémorroïdes, etc.), du taxis forcé d'un prolapsus du rectum (Cruveilhier). Il n'en est plus de même lorsque le foyer de suppuration siège sur un autre point du corps (blessure, fracture, etc.), notamment à la tête. On admet généralement aujourd'hui, et avec raison, que l'embolus parti du point suppuré traverse le poumon et n'est arrêté que par les capillaires hépatiques où la circulation est naturellement ralentie et la diapédèse plus facile, et dans lesquels il est lancé par le cœur gauche. Il faut noter cepen-



dant que les endocardites ulcéreuses donnent très rarement lieu à des abcès métastatiques du foie.

Il n'est pas douteux que les ulcérations de la dysenterie puissent agir de la même façon en versant dans les radicules de la veine porte des matières septiques qui s'arrêtent dans le foie et y déterminent la formation d'abcès (1). Cependant il est certains cas bien avérés où l'hépatite précède la dysenterie : les relations pathologiques des deux affections sont alors bien obscures, et beaucoup d'auteurs, niant tout rapport entre la dysenterie et les abcès du foie, regardent ces deux maladies comme dues à une même cause miasmatique dépendant du climat (Cambay, Frerichs, Sachs).

Il existe quelques cas rares d'abcès du foie à la suite d'ulcérations typhoïdes (Leudet, Buckling, Delaire, Feltz, etc.), d'entérocolite ulcéreuse (Hilton Fagge, Veyssière), d'ulcérations gastriques (Andral, Louis, Murchison).

Nous signalerons enfin l'irritation produite par un calcul ou un corps étranger enclavé dans les voies biliaires, la présence d'ascarides lombricoïdes ayant pénétré dans le tissu du foie, etc.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Le foie atteint d'hépatite est augmenté de poids et de volume, gorgé de sang, très friable, de couleur lie de vin (Foiret). Autour des abcès, le tissu hépatique subit un ramollissement rouge, une sorte de splénisation (Andral); les cellules deviennent granulo-graisseuses et finissent par disparaître en laissant des lacunes.

L'abcès du foie se forme par infiltration purulente du tissu avec extension de proche en proche, ou plus souvent par la réunion de petits foyers isolés (Frerichs, Mac Lean), malgré l'opinion contraire de Dutroulau. Situés généralement dans le lobe droit, les abcès peuvent atteindre un volume considérable. La quantité de pus renfermée dans un abcès du foie s'élève souvent à 400 ou 500 grammes et, d'après Rouis, elle peut dépasser 1 litre : le foie tout entier se trouve transformé en une vaste poche purulente. Le pus est généralement blanc ou jaunâtre, épais, crémeux; souvent il est coloré en vert par de la bile. Si l'abcès est récent, le pus peut être de couleur rougeâtre, lie de vin ou chocolat, et contenir, ou du sang, ce qui

(1) Cette influence de la dysenterie sur la production des abcès du foie est aujourd'hui admise par la plupart des pathologistes. Acceptée sans conteste par Louis, par Ribes, par Budd, elle a été soutenue énergiquement depuis par Béhier et par Gallard : du reste, les statistiques de Catteloup et de Rouis admettent cette origine dans plus des deux tiers des cas.

est rare, ou des particules de tissu hépatique en suspension, fait très important au point de vue du diagnostic (S. Fenwich). Il y a ordinairement de la périhépatite au niveau de l'abcès. Le plus souvent le foyer est unique, 110 fois sur 146 observations (Rouis), 41 fois sur 66 cas (Dutroulau). Jamais on n'a rencontré plus de 12 abcès sur le même sujet.

Il serait très intéressant, au point de vue même de l'anatomie générale, de savoir en quel point débute l'abcès. Malgré le grand nombre de discussions et de travaux auxquels cette question a donné lieu, les notions précises font encore défaut. On admet généralement que l'abcès a son origine dans la trame conjonctive (Winiwarter, Cornil et Ranvier, Rendu); cependant l'un de nous a constaté dans plusieurs cas que l'hépatite suppurée débutait aussi bien dans l'intérieur du lobule, aux dépens du parenchyme, que dans le tissu interlobulaire.

La transformation grasseuse du pus et sa résorption suivie de l'accolement des parois de l'abcès sont fort rares. Il est beaucoup plus fréquent de voir le pus se frayer une voie au dehors (1) après avoir déterminé des adhérences péritonéales, ou faire irruption dans le péritoine, la plèvre, les bronches, le péricarde (Rokitansky, Valleix, Graves, Malherbe, etc.), l'estomac (Murchison, Vallin), l'intestin, les voies biliaires ou la vésicule (Cruveilhier, Demarquay), la veine porte, la veine cave inférieure (Piorry, Valleix).

La terminaison par gangrène est excessivement rare (Frerichs).

DESCRIPTION. — MARCHE. — TERMINAISONS. — Les symptômes de l'hépatite sont très variables.

La forme aiguë des pays chauds débute quelquefois brusquement par une fièvre vive et des symptômes d'une congestion hépatique intense : courbature, pesanteur dans l'hypochondre droit, point de côté assez vif avec tension et augmentation du volume du foie, qui dépasse les fausses côtes. Ces phénomènes peuvent s'amender assez rapidement, puis reparaitre à nouveau, ou bien la maladie passe immédiatement à l'état confirmé. La fièvre devient intense et affecte le *type intermittent hépatique* (voy. plus loin *Lithiase biliaire*); la douleur prend un caractère de fixité remarquable et se localise au niveau du point abcédé (Mac Lean), en même temps que d'autres

(1) L'ouverture cutanée se fait le plus habituellement en avant, dans l'hypochondre droit; cependant Portal, Frank ont noté l'ouverture dans la région lombaire, et Schenkus a observé un fait d'issue du pus au niveau de la cuisse.



*Gueneau sostenia que se podia en  
contrar la fluctuacion, Glan m*

douleurs réflexes se manifestent dans l'épaule droite ou dans les muscles du cou. C'est également par action réflexe que cette douleur donne naissance à de la dyspnée et à une petite toux sèche et pénible, connue depuis Galien sous le nom de *toux hépatique*. On observe enfin des symptômes gastro-intestinaux, dont les plus importants sont les vomissements bilieux.

L'ictère est rare; on ne connaît pas bien sa pathogénie dans les cas où il se présente: est-il dû à l'oblitération des capillaires biliaires (Rokitansky) ou à une destruction rapide des globules rouges du sang (Rendu)? Les urines sont simplement *hémaphériques* (Gubler) et ne contiennent pas de pigment biliaire (Dutroulau). D'après Parkes et les auteurs qui acceptent les fonctions uropoïétiques du foie, l'urée et l'acide urique baisseraient proportionnellement à l'étendue des lésions de l'organe. Lecorché a constaté tout récemment l'exactitude de cette assertion, mais il croit les faits passibles d'une autre interprétation.

La formation du pus est accompagnée d'un redoublement dans les symptômes généraux, de frissons, etc.; puis il survient souvent une détente trompeuse et de durée variable. L'abcès une fois formé donne lieu, comme signes physiques, à une tumeur perceptible à la palpation si l'abcès siège à la face supérieure du foie, à un abaissement du foie et à une déformation de la partie inférieure du thorax. Souvent il existe de l'œdème de la paroi; à une période avancée on aperçoit la fluctuation soit au travers des derniers espaces intercostaux, soit sur les points de la paroi abdominale en rapport avec l'abcès.

Dans d'autres cas les symptômes que nous venons de décrire sont très atténués: c'est la *forme subaiguë*. D'autres fois enfin le début est très insidieux; la maladie affecte les allures d'un embarras gastrique fébrile; les malades se cachectisent peu à peu sans que l'on sache à quoi rattacher les quelques symptômes observés: troubles digestifs, diarrhée, fièvre intermittente. Dans quelques cas les éléments du diagnostic font même complètement défaut et la suppuration ne se révèle qu'à l'autopsie.

La marche de la maladie est très variable: ici la suppuration mettra huit ou dix jours à se produire, là il lui faudra des semaines et des mois. La guérison s'observe assez souvent lorsque le pus est évacué au dehors, soit spontanément, soit par l'intervention chirurgicale; la résolution avant la formation de la collection purulente est possible. La durée de la maladie est toujours longue.

DIAGNOSTIC. — L'hépatite peut être confondue dans les pays chauds avec la fièvre bilieuse, qui s'en distingue seulement par sa marche plus aiguë.

La congestion du foie est d'autant plus facile à confondre avec l'hépatite, qu'elle, la précède et l'accompagne le plus souvent: les frissons, lorsqu'ils existent, sont un bon signe de l'hépatite suppurée.

L'hépatite a été prise pour un embarras gastrique fébrile, pour une fièvre typhoïde (Descroizilles), une tuberculose miliaire généralisée (Gueneau de Mussy), un cancer de l'estomac (Trousseau). Une erreur assez fréquente consiste à croire à un début de pleurésie et plus tard à une pleurésie purulente (Ginrac, Gueneau de Mussy, Rendu).

Noel Gueneau de Mussy a étudié avec soin les caractères des déformations thoraciques qui accompagnent ces deux affections: il a remarqué que dans la pleurésie le liquide qui pèse sur le diaphragme a de la tendance à rapprocher ses insertions costales et à tirer les côtes en bas et en dedans; tandis que les tumeurs liquides du foie, en repoussant le diaphragme, écartent et refoulent les côtes en haut et en dehors. Il y a là assurément un bon élément de diagnostic.

Gallard a rapporté une observation très importante concernant une pyélo-néphrite calculeuse du rein droit qui avait simulé complètement un gros abcès du foie; de pareilles erreurs peuvent être évitées, si l'on réfléchit que le colon ascendant est accolé en ce cas à la face antérieure de la tumeur et donne naissance au milieu de la zone de matité qui lui correspond, à une zone sonore qu'il sera toujours bon de rechercher.

TRAITEMENT. — Au début d'une hépatite franche, chez un sujet vigoureux, on emploiera avec avantage une émission sanguine, ou au moins une application de sangsues à l'anus ou de ventouses scarifiées sur l'hypocondre. Nous n'insisterons pas ici sur les nombreux médicaments que l'on a préconisés, avec des chances diverses, contre l'inflammation suppurative du foie; nous citerons seulement le calomel à dose purgative ou fractionnée, l'émétique à dose rasiérienne, l'ipéca (Mac Lean), l'iodure de potassium, etc.

Lorsque l'abcès est formé, l'indication formelle est d'évacuer le pus. Boinet (cité par Rendu) conseille d'employer tout d'abord l'aspiration avec l'appareil Dieulafoy, méthode la plus souvent inoffensive (Jaccoud, Condon) et qui a rendu déjà de grands services. Si l'aspiration est insuffisante, on pratiquera l'hépatocentèse avec un