

loppent aux dépens de débris persistants du canal omphalo-mésentérique qui renferme des éléments glandulaires.

E. *Myxomes.* — *Sarcomes.* — *Épithéliomes.* — Ces diverses tumeurs ont été réunies par Nélaton sous le titre de *cancer de l'ombilic*. Blum rapporte, dans son mémoire, un certain nombre de faits dans lesquels la nature histologique de la tumeur est bien déterminée. Le *myxome* a été observé trois fois par O. Weber, le *myxosarcome* deux fois par Virchow. Leur origine remontait à la première enfance. Leydecker décrit un cas de *tumeur sarcomateuse* de l'ombilic chez une fille de quatorze ans.

Le professeur Richet a pratiqué, sur une femme de cinquante-quatre ans, l'ablation d'une tumeur de l'ombilic mamelonnée, ulcérée, du volume d'une petite noix. Cette tumeur, considérée par Nélaton comme inopérable, était composée d'une partie extérieure avec un prolongement abdominal. Au bout de douze ans, la guérison s'était maintenue. La tumeur se composait d'éléments fibro-plastiques, entremêlés d'une grande quantité de cellules embryogéniques.

Dans certains cas, l'ombilic est envahi par une tumeur maligne intra-abdominale. Wulckow (1), en présence d'une tumeur arrondie de l'ombilic, put décider, au moyen de la palpation, qu'il s'agissait d'un prolongement d'une masse cancéreuse qui suivait le ligament suspenseur du foie. Une masse de même structure avait envahi les parois de l'estomac. Dans un cas observé par d'Heilly (2) où l'autopsie permit de reconnaître un cancer du grand épiploon propagé à la paroi abdominale par l'intermédiaire du péritoine pariétal, on avait trouvé, pendant la vie, l'ombilic saillant, induré au centre et légèrement ulcéré. Par la palpation, on constatait superficiellement, autour de l'ombilic, la présence d'une plaque de cinq à six centimètres carrés qui paraissait être due à l'épaississement de la paroi. Plus profondément, on sentait distinctement des masses dures, arrondies, surtout faciles à percevoir au niveau du flanc et de l'hypochondre gauches. Il existait des ganglions engorgés dans les aines.

Enfin, le professeur Dolbeau a opéré une femme de soixante ans, d'une tumeur *épithéliale* de l'ombilic du volume d'un œuf. Malgré l'ablation complète, la tumeur récidiva sur place; une seconde opération amena la guérison complète. Par une singulière coïncidence, la sœur de cette malade présenta, deux ans après, un empatement de la région ombilicale qui se termina par ulcération, mais le traitement spécifique en amena la disparition. Demarquay (3) a rapporté plusieurs cas d'*épithéliome* de l'ombilic.

Le *DIAGNOSTIC* de ces diverses tumeurs se fera surtout par l'aspect de la production morbide, par les caractères de l'ulcération et de l'indu-

(1) *Berliner med., Wochenschrift*, 1875, XII.

(2) Thèse de Catteau, Paris, 1876.

(3) *Union médicale*, 1870, t. X, p. 23.

ration périphérique, par la marche de la maladie et l'état général du sujet. Selon Blum, quand la tumeur est irréductible, nettement pédiculée, elle est le plus habituellement extra-péritonéale, tandis que lorsqu'elle a la forme d'un champignon placé vers la partie supérieure de la cicatrice, il y a grandes chances pour qu'elle occupe le trajet ombilical et présente des connexions intimes avec le péritoine. On doit faire entrer en ligne de compte l'état des parties voisines de la paroi abdominale révélé par la palpation profonde.

TRAITEMENT. — Pour les cas où la tumeur est nettement pédiculée, tous les procédés d'exérèse peuvent être mis en pratique. Dans le cas contraire, lorsque la tumeur est sessile et qu'il est impossible de circonscrire nettement son point de départ, il est nécessaire de recourir à des moyens spéciaux. Les auteurs ont proposé différents procédés pour pédiculiser la tumeur et sectionner sa base d'implantation. Fabrice de Hilden avait imaginé une plaque percée d'un trou, à l'aide de laquelle il déprimait la paroi abdominale tout autour de la tumeur engagée dans l'orifice central de ce disque. Chassaignac faisait une section de la tumeur, suivant un de ses diamètres, jusqu'au pédicule dont il disséquait isolément chaque moitié.

Dans l'extirpation de ces tumeurs, le danger principal provient du voisinage du péritoine; on doit se garder, lors de la section, de tirer au dehors la tumeur, de crainte d'entraîner avec elle sous le couteau une partie adhérente de la séreuse. La seule dénudation du péritoine, produite par l'ablation de la tumeur, constitue un danger sur lequel insiste Nélaton.

§ II. — Lésions vitales et organiques des viscères intra-abdominaux.

La plupart de ces lésions sont du domaine de la pathologie interne. Cependant il en est quelques-unes dont la description doit trouver place ici parce qu'elles réclament souvent l'intervention du chirurgien, soit au point de vue du diagnostic, soit au point de vue de leur traitement. Relativement aux lésions du tube digestif, il ne sera question que des *corps étrangers*; l'étude des *hernies* et des *occlusions intestinales* devant faire l'objet de chapitres spéciaux. Quant aux lésions des autres viscères abdominaux, les seules qui méritent de fixer l'attention du chirurgien sont les *abcès* et les *kystes du foie et de la rate*.

Lorsque nous aurons décrit les tumeurs dépendant des organes génito-urinaires qui viennent si fréquemment envahir la cavité abdominale, nous consacrerons un article d'ensemble au diagnostic différentiel des *tumeurs de l'abdomen*.

I. LÉSIONS VITALES ET ORGANIQUES DU TUBE DIGESTIF.

1° Corps étrangers.

Nous avons signalé la présence de corps étrangers divers introduits dans la cavité du tube digestif à travers une solution de continuité des parois abdominales, et nous ne reviendrons pas sur cette complication des plaies pénétrantes de l'abdomen.

Il sera seulement question dans ce chapitre des corps étrangers qui ont pénétré dans les voies digestives après avoir subi la déglutition œsophagienne et se sont arrêtés dans l'estomac ou l'intestin. Outre ces corps étrangers venus de l'extérieur, on peut encore rencontrer dans l'intestin des concrétions de nature variable qui par leur présence déterminent des accidents plus ou moins graves. Nous décrirons donc successivement : *a*, les *corps étrangers venus de l'extérieur* ; *b*, les *corps étrangers formés à l'intérieur du tube digestif*.

A. Corps étrangers venus de l'extérieur.

ÉTILOGIE. — Il serait inutile de procéder à l'énumération des objets les plus divers que les enfants, les fous, les prisonniers, les voleurs ont pu introduire dans leur canal alimentaire ; cette énumération a été faite d'une façon complète d'après tous les faits connus par le docteur Mignon (1). Certains de ces corps étonnent par leur volume (clefs, couteaux de table, fourchettes), ou par leur nature, comme des animaux vivants (anguilles, vipères, couleuvres, grenouilles, etc.).

Très-souvent le corps étranger est introduit par mégarde avec les aliments (os, arêtes et mâchoires de poissons, noyaux de fruits, dents artificielles, etc.), ou dans un but thérapeutique (graines de moutarde, mercure métallique, grains et balles de plomb).

D'une manière générale, on peut rapporter à quatre causes principales les effets nuisibles qu'entraîne l'ingestion de ces corps étrangers : en première ligne viennent leur volume et leur nombre, puis leur forme (arêtes, os pointus, clous, épingles), et enfin leur nature : les pièces de cuivre et les morceaux de plomb présentent à cet égard un danger particulier. D'autre part, des corps inoffensifs par eux-mêmes peuvent en s'agglomérant constituer plus tard une cause d'accidents ; tels sont les pepins de fruits, la magnésie, le sous-nitrate de bismuth : ils font partie fréquemment des tumeurs stercorales.

SYMPTOMATOLOGIE. — Les corps étrangers manifestent leur présence dans les différents points du tube digestif qu'ils occupent par des douleurs plus ou moins vives, souvent très-mal localisées : en dehors

(1) *Des corps étrangers du tube digestif*, thèse de Paris, 1874.

de certains cas où ils peuvent être sentis directement par la palpation, il est bien difficile, au début du moins, de soupçonner leur présence et leur siège si l'on n'est renseigné par les commémoratifs. D'autre part on doit souvent se tenir en garde contre ces renseignements et se méfier des corps étrangers imaginaires. Le cathétérisme œsophagien peut renseigner dans une certaine mesure, mais on ne doit en user qu'avec modération, dans la crainte de faire franchir le cardia à un objet qui ne l'a pas encore dépassé. Si le corps étranger est tombé dans l'estomac, la sonde œsophagienne peut quelquefois l'y sentir. A l'occasion du trop fameux *homme à la fourchette*, autour duquel il s'est fait tant de bruit dans ces derniers temps, Colin a imaginé un instrument que j'ai décrit en parlant des corps étrangers de l'œsophage, et qui était destiné à révéler la présence d'un corps étranger dans l'estomac. Cet instrument inutile, dans le fait dont il vient d'être question, puisque le diagnostic ne permettait pas le moindre doute, pourrait rendre des services dans des cas plus obscurs.

L'estomac tolère en général assez bien la présence de corps étrangers ordinaires, et si leur volume ou leur forme ne s'y opposent, ceux-ci peuvent franchir assez rapidement le pylore : cependant, cet orifice peut être obstrué par des corps volumineux, ce qui entraîne des accidents mortels. Le suc gastrique altère souvent et réduit les corps métalliques soumis longtemps à son contact : il peut en résulter des phénomènes d'empoisonnement. Enfin, lorsque le corps est de nature à irriter ou blesser la paroi de l'estomac, on observe les accidents de la gastrite, des hémorrhagies, suivis de l'ulcération et de la perforation de la paroi. Si les adhérences inflammatoires ont effacé à ce niveau la cavité péritonéale, le corps étranger tend à traverser la paroi abdominale dans laquelle se développe un abcès suivi de fistule gastrique ; dans le cas contraire une péritonite par perforation entraîne rapidement la mort du malade.

Les accidents sont analogues pour les corps étrangers qui ont franchi le pylore et parcourent l'intestin grêle ; à moins qu'ils ne s'accumulent, ils ne peuvent en obstruer le calibre puisqu'ils ont traversé la filière pylorique. En revanche ils peuvent s'engager dans l'anse d'une hernie et provoquer son irréductibilité subite. En dehors de ces cas particuliers, les corps étrangers ne s'arrêtent ordinairement que dans le cæcum qui, à ce point de vue, répète en quelque sorte l'estomac ; si leur présence s'y prolonge, ils ulcèrent et perforent sa paroi. Fréquemment la perforation de l'appendice iléo-cæcal ne reconnaît pas d'autre cause.

Quand le corps étranger, après être resté plus ou moins longtemps dans le cæcum, se trouve entraîné avec les matières vers l'S iliaque et le rectum, il peut là encore provoquer des accidents : le plus commun est l'abcès de la marge de l'anus. On a surtout observé cette complication à propos de corps irritants d'un volume médiocre, mais de forme irrégulière. A partir du moment où le corps étranger a atteint le rectum,

les accidents sont beaucoup moins graves, puisqu'on n'a plus à redouter la péritonite.

De tous les corps étrangers, ceux dont la destinée ultérieure est la plus curieuse sont les aiguilles. Il n'est pas rare en effet de les retrouver, après un temps plus ou moins long, dans les points du corps les plus éloignés des voies digestives. Après avoir cheminé sans accidents à travers les tissus, elles viennent faire leur apparition au-dessous de la peau en déterminant le plus souvent un petit abcès.

TRAITEMENT. — Lorsque le corps étranger reste dans l'estomac et que sa nature fait craindre l'intoxication, on doit tenter d'en débarrasser le malade à l'aide de vomitifs. Le repos, les laxatifs légers, le décubitus latéral droit, destiné à mettre l'objet en rapport avec l'orifice pylorique, conviennent seuls dans le cas contraire. S'il ne peut franchir cet orifice, on doit attendre que l'apparition d'accidents locaux ou généraux vienne indiquer la conduite à suivre. Dans certains cas, en effet, on verra se produire en un point de la paroi abdominale une tumeur inflammatoire dont l'ouverture spontanée ou artificielle permettra d'extraire le corps étranger. Cependant on ne doit pas toujours compter sur cette heureuse terminaison, et dans les cas de corps volumineux, susceptibles par leur forme de perforer la paroi stomacale, s'il survient des accidents graves, le chirurgien peut être conduit à pratiquer la *gastrotomie*, c'est-à-dire l'ouverture de l'estomac, faite de dehors en dedans dans le but d'extraire le corps étranger. Cette opération ne nous paraît justifiée que si une saillie extérieure révèle l'existence, le siège et la position du corps à extraire. On compte environ six cas de *gastrotomies* pratiquées avec un succès complet dans ces conditions; dans cinq cas le résultat favorable est moins certain. Quoique la gastrotomie pratiquée pour l'homme à la *fourchette* ait permis l'extraction du corps étranger, nous ignorons quelle en a été l'issue définitive.

Nous étudierons plus loin (*obstruction intestinale*) le traitement que réclament les accidents dus à l'arrêt de corps étrangers dans l'intestin.

B. Corps étrangers formés à l'intérieur.

Le type de ces concrétions formées sur le parcours du canal alimentaire nous est fourni par les *calculs biliaires* que le canal cholédoque déverse dans le duodénum. Loin d'être un accident fâcheux, ce mode de terminaison de la lithiase biliaire est, au contraire, favorable. Cependant ces calculs peuvent déterminer ultérieurement des accidents, soit par leur arrêt et leur accumulation dans le cæcum, soit par leur transformation en *entérolithes*. Brouardel (1) a communiqué l'observation d'une malade chez laquelle un calcul pesant 48 grammes avait causé des accidents d'obstruction intestinale.

(1) *Bullet. de la Soc. anatomique*, 1876.

Cloquet (1) a donné le nom d'*entérolithes* à des productions singulières composées d'un noyau central (calcul biliaire, noyau, pépin, etc.) entouré d'une incrustation calcaire, stratifiée, fournie par les liquides intestinaux. Il ne paraît pas que l'on ait souvent rencontré chez l'homme ces pelotons de poils agglutinés que l'on trouve si fréquemment dans le tube digestif des chevaux et de certains ruminants (*égagropiles*). Caron (2) en a cependant observé un exemple. Cloquet avance que ces amas feutrés de poils ou de filaments végétaux peuvent s'entourer de sels calcaires.

Les entérolithes sont rares chez l'homme : ils peuvent affecter les formes les plus diverses et acquérir un volume variable. Le plus volumineux qui ait été observé chez l'homme pesait 600 grammes, il nécessita l'entérotomie.

On a rencontré dans l'intestin des amas de matières grasses d'apparence caséuse, provenant sans doute de graisses mal digérées et soumises à un commencement de saponification. Enfin on connaît, depuis les recherches de Laboulbène (3), l'existence relativement fréquente, dans l'intestin, d'une sorte de sable jaunâtre, d'apparence cristalline. Les grains de ce sable intestinal ne dépassent pas 1 millimètre de diamètre. L'origine de ce sable intestinal est encore mal connue.

Les accidents que provoquent ces corps étrangers sont le plus souvent presque nuls : leur accumulation et leur présence dans les tumeurs stercorales leur permet cependant de jouer un rôle dans certains cas d'obstruction du calibre de l'intestin.

Tumeurs stercorales. — La constipation longtemps prolongée favorise l'agglomération et la dessiccation, en un point quelconque du gros intestin, des matières qui doivent le parcourir. L'intestin grêle échappe à cet accident en vertu de la consistance toujours liquide de son contenu. L'accumulation stercorale se forme presque constamment dans le cæcum ou l'S iliaque. La tumeur qui en résulte occupe donc généralement l'une ou l'autre fosse iliaque. Cette accumulation peut se faire également dans le rectum où elle est accessible et facile à combattre, pourvu qu'on la découvre.

En dehors de la constipation, sans laquelle elles ne peuvent se produire, les tumeurs stercorales ont souvent pour origine la présence de corps étrangers peu volumineux mais nombreux, réfractaires à la digestion, et susceptibles de s'accumuler (noyaux de cerise, pépins de fruits, graines, grains de plomb, etc.). On voit survenir cet accident surtout chez les sujets exposés à la constipation, les femmes et les vieillards, ceux qui font abus des narcotiques, etc.

Les conséquences directes de cette accumulation sont une dila-

(1) *Académie des sciences*, 1855.

(2) *Bullet. Soc. anatomique*, 1855.

(3) *Archives gén. de médecine*, 1876, vol. II, p. 641.

tation de l'intestin, puis l'ulcération de la muqueuse et enfin sa perforation.

Le tableau clinique fourni par les tumeurs stercorales se déduit des données précédentes : on observe avant tout une constipation absolue (dans certains cas on aurait noté des selles liquides attestant le passage du liquide entre la tumeur et la paroi intestinale). Les autres symptômes sont dus à la compression exercée par la tumeur sur les organes voisins, sur le plexus sacré (névralgie sciatique), sur la veine iliaque primitive (œdème du membre inférieur), etc.

Les signes physiques sont, en général, assez nets pour que la nature de l'affection soit vite éclaircie dès qu'on vient à la soupçonner : on découvre en effet, dans les lieux d'élection indiqués tout à l'heure, une tumeur allongée, ordinairement cylindrique, indolente, bosselée, de consistance pâteuse, quelquefois assez dure.

Les symptômes généraux, quand il s'en manifeste, relèvent tous de complications (pérityphlite, phlegmon de la fosse iliaque, péritonite par perforation, abcès et fistules de la paroi).

Le diagnostic des tumeurs stercorales paraît simple, cependant on les méconnaît souvent faute d'y songer. On ne peut les confondre ni avec des tumeurs cancéreuses, ni avec l'hématocèle péri-utérine, la grossesse, etc., si l'on réfléchit à leur mode d'apparition, à leur siège, à leur indolence. On doit se fonder aussi sur la consistance pâteuse de la masse qui se déforme sous les doigts et en conserve pour ainsi dire l'empreinte, et enfin sur l'absence des troubles généraux qu'entraînerait une production organique de même volume.

Le traitement rationnel de ces tumeurs stercorales est la médication purgative ; dans les cas où celle-ci reste impuissante, on met en usage les différentes manœuvres que nous exposerons à propos de l'occlusion intestinale.

II. LÉSIONS VITALES ET ORGANIQUES DU FOIE.

1° Abcès du foie.

Parmi les collections purulentes que l'on peut rencontrer dans le foie, quelques-unes sont entièrement du domaine médical et ne nous arrêteront pas ici : tels sont les abcès consécutifs aux lésions des voies biliaires et à la pyléphlébite suppurative. Limités en général aux canaux dans lesquels ils ont pris naissance et ne s'étendant que rarement au parenchyme hépatique, ces abcès ne donnent lieu, en raison de leur multiplicité et de leur petit volume, à aucune indication chirurgicale. Il en est de même des *abcès métastatiques* que l'on rencontre dans le cours de la pyohémie et qui ne constituent qu'un épiphénomène sans intérêt thérapeutique. Quant aux kystes hydatiques suppurés, leur histoire sera faite ultérieurement.

Nous nous occuperons exclusivement ici des abcès du foie, qui, par leurs dimensions et leur marche, peuvent légitimer une intervention active du chirurgien.

ROUIS, *Recherches sur les suppurations endémiques du foie*, thèse de Paris, 1860. — RAMIREZ, *Traitement des abcès du foie*, thèse de Paris, 1867. — DE CASTRO, *Des abcès du foie dans les pays chauds*, thèse de Paris, 1870. — GALLARD, *Leçons sur l'hépatite et les abcès du foie* (*Union médicale*, 1871 et 1872.)

ÉTILOGIE. — Les abcès du foie reconnaissent pour cause habituelle l'hépatite circonscrite des pays chauds, et ils se rencontrent surtout dans les diverses parties de l'Afrique, dans les Indes orientales et le sud de l'Amérique. Leurs relations intimes avec la dysenterie et la fièvre intermittente témoignent amplement de leur origine miasmatique. Les écarts de régime, les refroidissements, le moindre traumatisme de la région hépatique, sont des causes occasionnelles, qui, dans ces climats, suffisent à les provoquer. Toutefois, ces abcès sont loin d'être inconnus dans les régions tempérées, où ils surviennent principalement à la suite de la dysenterie et même d'ulcérations intestinales d'autre nature. Béhier (1), Gallard (2) en ont cité de nombreux exemples à la suite de dysenteries contractées à Paris même.

D'autre part, l'hépatite suppurative n'est pas rare à la suite des traumatismes de la région du foie, et c'est principalement dans les contusions violentes de cet organe qu'on l'observe. Les déchirures proprement dites ou les sections par instruments tranchants, d'après Roustan (3), entraînent moins souvent cette redoutable complication, à laquelle prédisposent et la constitution individuelle et les affections antérieures de l'organe.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Au premier degré de l'affection, on constate les lésions de l'hépatite circonscrite, lésions débutant, d'après les uns, par le tissu connectif interstitiel, d'après les autres par les cellules hépatiques elles-mêmes. Quoi qu'il en soit, celles-ci subissent la dégénérescence granuleuse, tandis qu'un exsudat grisâtre entoure les lobules. Des marbrures ecchymotiques se remarquent au niveau des points enflammés, qui subissent un ramollissement notable. Il est rare que tout le foie ne soit pas le siège d'une congestion intense.

Au bout d'un temps variable, la suppuration s'établit franchement en commençant par le centre des lobules et s'étendant ensuite à leur périphérie. Tantôt les lobules voisins se prennent de proche en proche, tantôt les abcès disséminés et multiples au début se rassemblent peu à peu, s'ouvrent les uns dans les autres et finissent par constituer une ou plusieurs cavités, dont le volume varie depuis celui d'une noix jusqu'à celui d'une tête de fœtus. On en a cité de plus vastes

(1) *Gaz. des hôpitaux*, 5 et 7 octobre 1869.

(2) *Loc. cit.*

(3) Thèse d'agrégation. Paris, 1875.

encore, et dans quelques observations le foie tout entier était converti en une masse purulente. Dans les deux tiers des cas, d'après Rouis, on ne trouve qu'un seul abcès; rarement il en existe plus de deux ou de trois. Les parois de ceux-ci sont, au début, formées par le tissu hépatique infiltré d'un exsudat grisâtre; elles sont anfractueuses et inégales. Plus tard leur cavité se régularise; il s'y forme une véritable membrane pyogénique qui, enkyste nettement les foyers purulents et qui permet sur le cadavre de les distinguer facilement des abcès métastatiques.

Le pus qu'on y trouve est tantôt blanchâtre et crémeux, tantôt couleur lie de vin. Cette dernière coloration paraît être le fait des épanchements sanguins qui se font dans la cavité de l'abcès ou des détritres de substance glandulaire qui y nagent. Son odeur est fétide, quand la collection communique avec l'air extérieur ou les organes voisins, mais le plus souvent le pus est inodore, à moins cependant que l'abcès ne soit le résultat d'une violente contusion; dans ce cas la suppuration prend une odeur gangréneuse. La pénétration de la bile dans le foyer purulent, qui est du reste fort rare, lui communique une odeur ammoniacale.

Relativement à leur siège, ces abcès se développent de préférence dans le lobe droit du foie et surtout vers sa partie postérieure. D'après Rouis, à qui nous empruntons cette statistique, sur 156 cas, 122 fois l'abcès siégeait dans le lobe droit; 3 fois le lobe gauche était atteint isolément; 23 fois les deux lobes étaient envahis simultanément; dans le reste des cas, la collection occupait soit le lobe de Spiegel, soit les trois lobes réunis. Ces abcès sont tantôt superficiels, situés immédiatement au-dessous de la membrane de Glisson, qu'ils soulèvent; tantôt, au contraire, ils sont situés plus profondément et doivent traverser, pour arriver au dehors, une portion plus ou moins étendue de substance hépatique.

Il est fort exceptionnel de voir ces abcès se résorber ou se transformer en une masse caséuse ou calcaire. Le plus souvent, après un temps variable, ils gagnent la superficie du foie et présentent alors les mêmes modes de terminaison que les kystes hydatiques. Nous devons seulement dire ici que les adhérences des divers feuillettes du péritoine s'établissent très-facilement au voisinage de ces collections purulentes, et tendent à les mettre en communication avec les organes environnants, avec la paroi abdominale ou diaphragmatique.

SYMPTOMATOLOGIE. — Nous rappellerons les principaux types cliniques que peut revêtir l'hépatite suppurative.

Dans une première forme, que l'on rencontre surtout à la suite des traumatismes du foie, le début est franchement aigu et se caractérise par des frissons, un malaise général, une fièvre d'abord intermittente, puis rémittente, des vomissements bilieux et parfois de l'ictère. En même temps les malades accusent dans l'hypochondre droit une douleur

vive, qui irradie vers l'épaule correspondante et détermine une certaine gêne de la respiration; le foie se tuméfie et ne tarde pas à dépasser le rebord des fausses côtes. Au bout de quelques jours les frissons reparissent, en même temps que des sueurs abondantes se produisent. La suppuration est déjà achevée; mais c'est là une forme assez rare et le plus souvent l'abcès, après avoir été précédé de symptômes identiques mais plus atténués, n'est constitué qu'au bout de deux ou de trois mois.

Dans une autre forme plus fréquente, l'évolution est beaucoup plus longue et la maladie présente des périodes de rémission, qui doivent éveiller la sollicitude du médecin.

Les troubles digestifs, qui sont en général les premiers symptômes observés, consistent en vomissements, en diarrhée bilieuse ou dysentérique, en difficultés de la digestion; ils persistent seuls plus ou moins longtemps, puis apparaissent des accès de fièvre intermittente à type quotidien; plus tard la fièvre devient rémittente avec exacerbation vespérale. Une gêne, une sensation de pesanteur se fait sentir dans la région du foie. C'est, dans certains cas, un véritable point de côté hépatique, qui présente toujours une irradiation vers l'épaule droite et s'exagère par les mouvements, la toux et la pression de l'hypochondre. Celui-ci est le siège d'une tuméfaction appréciable à la percussion et à la mensuration. Par la palpation on reconnaît que le foie déborde le rebord des fausses côtes, mais qu'il ne présente ni bosselures, ni irrégularités, et qu'en aucun point on ne peut sentir de fluctuation. Le visage prend un aspect particulier, une *paleur ictérique* (ainsi que l'appelle Dutrouleau) qui est vraiment caractéristique.

Il n'est pas rare de voir ces accidents se calmer pendant un certain temps, puis se reproduire, et n'aboutir à la suppuration qu'après des alternatives répétées de rémission et d'aggravation.

Quoi qu'il en soit, la formation du pus est en général annoncée par l'apparition de frissons répétés, de sueurs profuses et, dans certains cas, par une aggravation de la douleur hépatique. En même temps on remarque une modification dans les signes physiques observés: le foie augmente considérablement de volume, il déborde la région des hypochondres, pour s'étendre, tantôt vers l'ombilic, tantôt vers la cavité thoracique. Les côtes sont déjetées en dehors, les espaces intercostaux s'élargissent. A ce moment il sera possible de percevoir la fluctuation intercostale ou épigastrique. Pour rechercher la première, on devra placer l'index dans l'un des espaces intercostaux, généralement du sixième au dixième, sur la ligne mamelonnaire, déprimer lentement les tissus jusqu'à ce qu'on sente une certaine résistance, puis retirer le doigt tout en le maintenant en contact avec la paroi qu'on vient de déprimer; le choc de l'ondée liquide vient se faire sentir à l'extrémité du doigt, pendant ce mouvement de rétrocession. Quant à la fluctuation épigastrique, elle est en général plus facile à percevoir. La coïncidence

d'une douleur limitée au point fluctuant est un excellent signe de l'existence d'une collection purulente intrahépatique.

Tels sont les symptômes que l'on observe dans les cas types; mais ils peuvent faire absolument défaut; et c'est ce qui arrive surtout quand les abcès sont de petit volume et situés profondément au milieu du tissu hépatique. On n'observe souvent alors qu'une résistance particulière de la région hypochondriaque, qu'il ne faudra pas confondre avec la tension des muscles abdominaux. Les abcès qui se développent vers la face inférieure du foie seront en général plus facilement reconnus que ceux qui se portent vers le bord postérieur ou la face convexe de cet organe.

Abandonnés à eux-mêmes, les abcès du foie n'ont, en général, aucune tendance à disparaître par voie de résorption et de cicatrisation et, ainsi que nous l'avons dit, ils gagnent les organes voisins pour s'y ouvrir. C'est le plus souvent du côté de la cage thoracique, de la paroi abdominale ou du tube digestif, que les adhérences antérieures tendent à diriger le pus.

Lorsque la perforation se fait directement dans la plèvre ou le péricarde, la mort en est rapidement la conséquence. Mais le plus souvent les adhérences pleurales permettent au pus d'envahir le tissu pulmonaire, sans s'épancher dans la cavité de la plèvre, et parfois de se frayer une issue jusque dans les bronches, déterminant ainsi une *vomique*. Le malade rejette alors brusquement par la bouche et dans un effort de toux une quantité considérable de pus fétide. Quoique la guérison puisse survenir à la suite de ce mode d'évacuation, la mort en est la terminaison fréquente par le fait de la suppuration prolongée et de la transformation putride du foyer.

Dans d'autres cas, l'abcès s'évacue dans le côlon transverse, ce qui, ainsi que la précédente, constitue une terminaison relativement favorable; mais l'ouverture dans l'estomac ou la partie supérieure de l'intestin grêle est toujours mortelle, en raison de troubles digestifs, qui en sont la conséquence.

L'ulcération de la paroi abdominale et l'évacuation du foyer au dehors constitue le mode de terminaison le plus heureux et que le chirurgien devra toujours chercher à favoriser.

On voit, dans ce cas, la région du foie se soulever de plus en plus et la paroi abdominale devenir œdémateuse; bientôt on constate une tumeur molle, réductible, animée souvent de battements transmis par le cœur. La peau s'altère, s'amincit, se perforé et le pus s'écoule au dehors. Une amélioration rapide en est la conséquence; et dans les cas heureux le foyer revient peu à peu sur lui-même et finit à la longue par s'oblitérer. Quelquefois l'ouverture reste fistuleuse, sans qu'il en résulte grand dommage pour le malade; mais souvent aussi l'amélioration n'est que momentanée; la fièvre, les frissons, les troubles digestifs reparassent; le pus qui s'écoule devient fétide, et le malade finit par

succomber, épuisé par la suppuration et la fièvre hectique; c'est ce qui arrive surtout, lorsque l'abcès, au lieu de s'ouvrir directement dans la région de l'hypochondre, suit un trajet plus ou moins sinueux, et s'évacue soit par l'ombilic, soit par la paroi abdominale postérieure.

Quant aux autres terminaisons, elle sont absolument exceptionnelles, nous ne ferons donc que les mentionner.

C'est ainsi qu'on peut observer l'ouverture de l'abcès dans les gros vaisseaux du foie, qui est rapidement suivie d'infection purulente, ou bien encore l'ulcération des voies biliaires avec l'évacuation du pus dans l'intestin. Enfin la péritonite par perforation a été signalée dans un certain nombre de cas, soit que des adhérences ne se fussent pas formées, soit qu'elles se fussent rompues secondairement, par le fait de la rétraction cicatricielle du foyer purulent.

DIAGNOSTIC. — Il ressort de ce que nous avons dit précédemment que le diagnostic des abcès du foie est loin de s'imposer toujours au médecin, surtout dans nos contrées, où l'attention est peu appelée sur l'hépatite. Dans les pays chauds, on devra toujours craindre la suppuration, quand la région de l'hypochondre deviendra douloureuse et rénitente au cours d'une fièvre intermittente ou d'une dysenterie.

Il est un certain nombre d'affections que l'on pourra confondre avec l'hépatite, aux différentes phases de son évolution.

À la première période, c'est surtout de la congestion aiguë simple du foie qu'il faudra la distinguer. La congestion aiguë se reconnaîtra par l'apparition constante de l'ictère et l'absence de cette rénitence particulière de l'hypochondre, que nous avons signalée dans l'hépatite. Quelques-uns des accidents de la lithiase biliaire peuvent également en imposer et, dans certains cas, le diagnostic ne pourra être fait que par exclusion. Quant aux affections pulmonaires, elles se distingueront par les signes stéthoscopiques qui les caractérisent habituellement et qui devront être recherchés avec soin.

À la période de suppuration, alors même que l'augmentation de volume du foie et la fluctuation seront manifestes, plusieurs causes d'erreur pourront être observées. C'est ainsi que les kystes hydatiques, les collections purulentes enkystées du péritoine, les abcès périrénaux et ceux de la paroi abdominale, simuleront facilement un abcès intrahépatique, à moins d'un examen attentif des antécédents et des symptômes concomitants. Ajoutons que les tumeurs du foie et, dans un cas de Béhier (1), un cancer de l'estomac ont été confondus avec des abcès du foie et que l'erreur n'a été reconnue qu'à l'autopsie.

Pour compléter le diagnostic, il resterait à déterminer exactement le siège et le volume de l'abcès; mais une pareille précision est le plus souvent impossible.

(1) Béhier, *loc. cit.*