

grande réaction locale; leur marche est lente, mais la fréquence des symptômes typhoïdes, du marasme hectique, les difficultés ou l'insuccès du traitement opératoire leur imposent un pronostic beaucoup plus sévère.

Toute cette question du pronostic des abcès du foie est, du reste, à reprendre, et devra être basée sur l'étude de trois facteurs principaux :

A. *La nature de l'agent pyogène*; rien encore de précis ne peut être affirmé, à part la bénignité relative des abcès à pus aseptique bactériologiquement.

B. *Le mode de réaction locale*; grand abcès phlegmoneux et solitaire, ou petits abcès fibreux multiples. On comprend toute la gravité de ceux-ci, encore plus difficiles à traiter qu'à reconnaître.

C. *La méthode de traitement employée*; deux périodes, à ce point de vue, doivent être distinguées.

A la phase présuppurative d'hépatite congestive, il faut essayer d'enrayer le mal; on prescrira le repos absolu, le régime lacté, les antiseptiques intestinaux, le calomel à petites doses répétées, la révulsion locale sous forme de pointes de feu ou de vésicatoires volants. Le volume du foie sera surveillé de très près; on s'efforcera d'établir un diagnostic aussi précoce que possible si la suppuration semble se produire.

Dès lors, c'est le traitement opératoire qui doit intervenir, il faut qu'il soit *précoce, décisif, et strictement antiseptique*.

La ponction aspiratrice doit, au moins dans les cas douteux, servir à assurer, à compléter le diagnostic; lui demander plus serait se faire illusion, et perdre un temps précieux.

Une fois l'abcès reconnu dans son existence, dans son siège, dans son volume probable, l'évacuation immédiate du pus s'impose, et cela non plus par les vieilles méthodes des trocars, des canules à demeure, mais par la méthode vraiment chirurgicale et moderne de l'incision directe.

C'est à Stromeyer Little, de Shang-Haï, que nous sommes redevables de ce progrès décisif en chirurgie hépatique. Sur l'aiguille aspiratrice comme conducteur, on incise largement au bistouri, on fait un lavage antiseptique, on draine, on applique un pansement de Lister. Les adhérences constantes dues à la périhépatite empêchent l'effusion de pus dans le péritoine; celle-ci, si par hasard elle avait lieu, ne serait même souvent que peu redoutable.

Cette méthode, préconisée d'abord en France par M. Rochard, a été employée depuis par de nombreux chirurgiens, et avec des succès presque constants. C'est assurément à elle qu'il convient de recourir, et surtout, comme l'a conseillé M. Hache, en opérant couche par couche, et en n'incisant le foie qu'après l'avoir reconnu. Après l'incision, un seul lavage, suivi d'un pansement antiseptique à l'iodoforme.

Une cholérrhagie abondante et prolongée peut se produire par la plaie (Bertrand), et la spoliation biliaire qu'elle détermine peut devenir pour l'organisme une véritable cause d'épuisement.

Les grands dangers qui menacent les opérés sont, avant tout, l'anorexie persistante, la diarrhée chronique, la présence d'autres abcès méconnus dans les profondeurs du foie (Laveran).

Suivant la région où vient pointer la collection purulente, le mode opératoire devra être différent, et des procédés récents permettent d'intervenir même dans des régions inaccessibles auparavant. S'agit-il d'aborder la face convexe du foie,

on recourra à la méthode de Lannelongue, à la résection du bord inférieur du thorax sans ouverture de la cavité pleurale<sup>(1)</sup>. Au contraire, pour atteindre les abcès à évolution postéro-supérieure, on aura la voie transpleurale, avec résection d'une ou deux côtes sur une longueur de 6 à 7 centimètres, comme l'ont conseillé Kartulis en 1886, Zancarol en 1887.

Grâce à ces méthodes nouvelles, et grâce surtout à une stricte antiseptie, le pronostic de l'hépatite suppurée est destiné à devenir bien moins grave qu'il n'était. Jusqu'à présent, d'après Kelsch et Kiener, la mortalité des cas non opérés était de 80 pour 100; elle était de 70 pour 100 quand l'opération était tardive, et encore de 60 pour 100 quand l'opération était précoce.

Les cas traités par les méthodes modernes sont encore trop peu nombreux pour qu'on puisse en donner une statistique probante. Ce n'est pas trop s'avancer que de prévoir qu'ils donneront une proportion tout autre de succès. L'abcès du foie restera une affection grave, mais son pronostic dépendra, pour une large part, de la précocité du diagnostic et de l'intervention opératoire antiseptique.

## CHAPITRE XIV

### LES PÉRIHÉPATITES

Sous le terme commun de *périhépatite* on désigne deux localisations inflammatoires différentes, pouvant du reste s'associer ou rester indépendantes : l'une de ces localisations porte sur la capsule fibreuse du foie, l'autre sur le feuillet péritonéal qui forme la couche la plus superficielle de cette capsule.

Cette dualité de la capsule hépatique est aussi vraie en histologie qu'en clinique.

Voici, en effet, quelle en est la structure résumée, d'après la description de Sabourin<sup>(2)</sup>, le seul auteur qui en ait fait une étude histologique complète.

La capsule du foie est formée de deux couches étroitement soudées l'une à l'autre.

La couche superficielle est mince, transparente, constituée par des lamelles conjonctives rares et déliées, que tapisse en dehors l'épithélium pavimenteux du péritoine.

Dans la couche profonde, les lames fibreuses sont plus distinctes, séparées par des cellules conjonctives plus nettes. Elles se continuent, en dedans, avec les expansions nutritives de la gaine de Glisson porto-biliaire.

Ajoutons que de nombreuses fibres élastiques parcourent ces deux couches et semblent, par une répartition inverse, prédominer dans les zones profondes de la couche externe, et dans les zones superficielles de la couche interne.

Entre ces deux feuillettes, existe un riche réseau veineux horizontal, qui communique avec les veines sus-hépatiques profondes par d'innombrables canaux perpendiculaires ou obliques.

<sup>(1)</sup> CANNIOT. Thèse de Paris, 1891.

<sup>(2)</sup> CH. SABOURIN. *La glande biliaire de l'homme*, 1888, p. 525.



On voit donc, *a priori*, que non seulement comme siège mais aussi comme évolution les processus d'inflammation périhépatique peuvent se diviser en deux groupes.

Dans l'un, l'inflammation débute par la séreuse, et se propage de dehors en dedans. Dans l'autre, elle procède de dedans en dehors, suivant les expansions capsulaires des veines sus-hépatiques. Péritonite partielle dans un cas, dans l'autre cas périphlébite sus-hépatique.

Cette dichotomie importe surtout au point de vue pathogénique, car dans bien des cas le processus inflammatoire se propage d'une couche à l'autre. Elle n'en doit pas moins être mise en lumière, car, seule, elle nous explique comment et pourquoi les affections chroniques du foie s'accompagnent ou non de périhépatite.

Celle-ci n'est pas, en effet, un élément morbide banal, elle fait souvent défaut, et n'en a qu'une plus grande valeur sémiologique dans les cas où elle existe.

Dans les dégénérescences graisseuse ou amyloïde du foie, la périhépatite fait défaut; elle manque ou est peu accusée dans la cirrhose hypertrophique biliaire, dans la cirrhose hypertrophique graisseuse; elle existe constamment, à un plus ou moins haut degré, dans la cirrhose cardiaque, et surtout dans les cirrhoses alcooliques biveineuses.

C'est dire que la périhépatite, dans tous ces groupes de faits, est subordonnée à l'état d'intégrité ou de lésion du système veineux sus-hépatique.

On pourrait donc décrire séparément : les *capsulites périhépatiques*, et les *péritonites partielles périhépatiques*.

Sans vouloir pousser à outrance cette systématisation, rappelons seulement l'importance de la capsulite chronique périhépatique au cours des cirrhoses alcooliques. Pendant la vie, sensibilité sourde et habituelle de la région hépatique, et, par intervalles, poussées douloureuses subaiguës, pouvant même parfois devenir le point de départ de péritonites diffuses; anatomiquement, épaissement fibroïde de la capsule, développement parfois énorme de ses réseaux élastiques, végétations papillomateuses, plaques de péritonite partielle, adhérences avec la paroi phréno-costale de l'abdomen.

Existe-t-il des cirrhoses hépatiques d'origine capsulaire ou péritonéale, de même que l'on a décrit des pneumonies scléreuses chroniques d'origine pleurale? C'est une question que nous avons déjà soulevée à propos de l'étiologie générale des cirrhoses, et à laquelle les faits recueillis par Poulin permettent une réponse affirmative.

Quoi qu'il en soit, on doit diviser les périhépatites en périhépatites *sèches* et *exsudatives*; les premières ne sont qu'une lésion secondaire, les autres arrivent presque à constituer une maladie autonome, et peuvent se compliquer de la présence de gaz mélangés au pus.

1<sup>o</sup> Les *périhépatites sèches* sont caractérisées anatomiquement tantôt par un épaissement fibroïde de la capsule, tantôt par une exsudation fibrineuse superficielle. C'est ce second groupe de faits qu'il nous faut maintenant examiner.

L'étiologie de ces périhépatites à exsudat fibrineux est peu complexe : tantôt, il s'agit de traumatismes de la région hépatique, avec contusion du foie, tantôt, et plus fréquemment, d'abcès ou de kystes hydatiques suppurés évoluant dans le parenchyme même de l'organe. Mais il faut, dans ces derniers cas, que la col-

lection purulente devienne superficielle, affleure l'écorce hépatique, et la propagation au péritoine du travail inflammatoire, d'abord profond, devient ainsi un excellent signe des progrès de la lésion.

La surface du foie se montre recouverte, en un point unique plus ou moins étendu, ou en une série de points discontinus, d'un exsudat fibrineux jaunâtre, à bords déchiquetés, à surface grenue et villose. Si la lésion est un peu plus ancienne, les fausses membranes se vascularisent, vont se greffer sur la paroi costo-abdominale, et forment ainsi des adhérences assez lâches d'abord, puis de plus en plus résistantes. Ces adhérences constituent souvent un processus favorable, et véritablement protecteur, et c'est grâce à elles que les abcès ou kystes du foie peuvent s'ouvrir directement au dehors sans qu'il y ait péritonite généralisée: aussi la méthode dite de Récamier, pour le traitement des kystes du foie, en visait-elle surtout la production.

Cliniquement, on constate en plein foie une zone plus ou moins étendue de douleur vive, superficielle, exaspérée par les mouvements, la toux, la pression; même l'ampliation respiratoire du thorax est douloureuse, si bien que le malade n'ose respirer, pour ainsi dire, que d'un côté, et immobilise toutes les côtes inférieures droites.

Souvent la douleur périhépatique s'irradie dans l'épaule droite, ou vers la pointe de l'omoplate, s'accompagne de nausées ou de hoquets parfois incessants et très pénibles.

En même temps, un signe physique des plus nets peut se constater à l'auscultation, c'est le *frottement périhépatique*, assez prononcé parfois pour prendre la rudesse et l'intensité du bruit de cuir neuf. Nous avons vu quelle est l'importance de ce signe pour le diagnostic des abcès du foie.

Une fois arrivée à ce degré la lésion peut, suivant sa cause, rétrocéder, aboutir à la symphyse costo-hépatique plus ou moins complète ou se compléter par la production d'un épanchement liquide enkysté entre les fausses membranes, occupant une ou plusieurs loges cloisonnées, dans chacune desquelles le liquide peut même être de nature différente, séreuse, ou hémorragique, par *pachy-périhépatite*, comme dans des faits de Langenhagen et Launois, de Méry.

La *symphyse périhépatique* peut exister à l'état isolé, ce qui est relativement rare, ou s'associer à un processus plus ou moins généralisé et diffus de sclérose périviscérale, comme dans ce que Huchard a appelé les *périviscérites* (1); c'est surtout chez les artério-scléreux, les cardiaques, que les cas sérieux de ce genre ont été observés.

Dans une autre catégorie de faits, la périhépatite est en rapport plus direct avec les lésions d'une autre séreuse, le péricarde. Tels sont les foies cardio-tuberculeux de l'enfance, étudiés par Hutinel (2) comme conséquence de la symphyse tuberculeuse du péricarde; tels aussi ces faits cliniques et anatomo-pathologiques sur lesquels Pick (3) d'abord, puis Gilbert et Garnier (4), Nachod (5), ont attiré l'attention.

Dans ces derniers faits, la maladie évolue sous l'apparence simultanée d'une

(1) LABADIE-LAGRAVE et DEGUY. *Arch. génér. de méd.*, 1898, 2<sup>e</sup> semestre, p. 585, 554, 661.

(2) HUTINEL. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1895.

(3) F. PICK. *Zeits. f. klin. Med.*, 1896, t. XXIX, p. 585.

(4) A. GILBERT et M. GARNIER. *Soc. de biol.*, 15 janvier 1898.

(5) F. NACHOD. *Prag. med. Woch.*, 50 juin 1898, p. 550.



cardiopathie lentement progressive, asthénique et arythmique, accompagnée parfois des signes de la symphyse cardiaque; et d'une ascite, souvent abondante et récidivante, avec foie gros et dur, rate hypertrophiée, urines rares, foncées, souvent albumineuses. On comprend, dès lors, le nom assez impropre de pseudo-cirrhose du foie d'origine péricarditique, donné aux cas de ce genre par Pick, par Nachod. Il s'agit, en réalité, de lésions complexes de périhépatite chronique souvent tuberculeuse, de cirrhose capsulaire, et du foie cardiaque.

2° Les pyopérihépatites ont été décrites pour la première fois par le fils de J.-L. Petit dans un mémoire sur les apostèmes du foie. Puis de beaux exemples en ont été rapportés par Larrey, Boyer, Cruveilhier, Andral, Hilton Fagge, etc. Mais les syndromes cliniques excessivement curieux, auxquels elles peuvent donner lieu, n'ont été bien étudiés et mis en lumière que depuis peu d'années<sup>(1)</sup>.

L'analyse étiologique des faits montre que, à part les cas de traumatismes directs, les périhépatites exsudatives ou suppurées (les deux termes sont presque équivalents) sont toujours secondaires. Mais la lésion causale peut être très diverse dans sa nature, et même dans son siège. Sur un total de 19 cas d'abcès sous-phréniques droits, relevés par Scheurlen, on trouve comme point de départ : 5 fois des traumatismes de la région hépatique; 5 fois des abcès du foie ou des kystes hydatiques suppurés; 6 fois des pérityphlites ou des appendicites perforantes; 4 fois des ulcères simples du duodénum; 3 fois des ulcères simples perforants de l'estomac.

Et ce n'est pas tout : il faut encore faire la part des angiocholites calculeuses; des cholécystites suppurées, des perforations des voies biliaires; des cancers pyloriques ulcérés et perforants; des colites dysentériques avec ou sans perforation; des perforations intestinales au cours de la fièvre typhoïde, comme dans un cas de P. Blocq; de la pyémie, de la septicémie puerpérale, des suppurations de la plèvre droite.

On voit que cette région périhépatique peut ainsi être le point d'arrivée d'infections multiples, presque toutes très graves par leur évolution et leurs suites.

Anatomiquement, les lésions ne sont pas moins différentes de siège et de nature.

La périhépatite suppurée peut être sus ou sous-hépatique; cette dernière ne nous occupera pas, elle reste étrangère à la pathologie hépatique proprement dite, et nous entraînerait dans le détail de faits nombreux et disparates que nous ne pouvons étudier ici. Quand elle est localisée à la face antéro-supérieure du foie, la péritonite enkystée aiguë peut répondre à la totalité de cette face, ou se limiter soit au lobe droit, soit au lobe gauche, le ligament falciforme servant de cloison de séparation.

Ainsi limitée entre une partie plus ou moins étendue du foie, le diaphragme, et des adhérences périphériques, la collection périhépatique forme une véritable tumeur, très variable comme dimensions, et comme quantité du liquide contenu.

Les parois de la poche sont épaisses, rendues tomenteuses par des dépôts irréguliers et des tractus de fibrine. Souvent les fausses membranes sont noirâtres,

(1) JACCOUD. *Clin. méd. de la Pitié*, 1885-1884, p. 219. — E. DESCHAMPS. *De la péritonite périhépatique enkystée*. Thèse de Paris, 1886. — SCHEURLLEN. *Ueber pyothorax subphrenicus*, in *Charité annalen*, 1889, p. 158. — NOWACK, *Schmidt's Jahrbücher*, 1891, n° 10 et 11. — P. MARTIN. *Du pyothorax sous-phrénique*. Thèse de Paris, 1892.

d'aspect presque gangreneux, ou ecchymotiques, suivant la variété du liquide qu'elles contiennent.

Celui-ci peut, dans des cas exceptionnels, être purement cruorique, constituer une véritable *hématocele sus-hépatique*, comme dans le fait rapporté en 1885 par Méry à la Société anatomique : traumatisme hépatique 20 ans auparavant, réveil progressif et lent de la périhépatite, rupture des capillaires développés dans l'épaisseur des fausses membranes, et formation, en plein hypocondre droit, d'un kyste contenant environ deux litres et demi d'un liquide séro-sanguinolent et noirâtre.

Dans la règle, ce qu'on trouve dans la loge sus-hépatique c'est du pus, phlegmoneux, ou parfois verdâtre et teinté par la bile, le plus souvent sanieux, fétide, à odeur stercorale ou gangreneuse.

Mais ce qui achève de caractériser ces abcès, c'est qu'au pus s'ajoute souvent un mélange de gaz, fétides également, et provenant soit de la perforation d'un des organes voisins à contenu aérien, soit d'un processus secondaire de fermentation putride. Nous verrons quel syndrome clinique curieux résulte de ce mélange de gaz et de pus dans la collection périhépatique.

Quant à l'état des organes voisins, on comprend combien il peut être variable suivant la cause productrice; ce n'est bien souvent que par la laparotomie, ou même à l'autopsie, que l'on peut s'en rendre un compte exact.

La plèvre droite est toujours plus ou moins gravement intéressée, mais les lésions sus et sous-phréniques ne sont pas, comme on pourrait le présumer, toujours similaires; il peut y avoir à la fois du liquide séreux dans la plèvre droite, et du liquide purulent et ichoreux dans l'abcès sous-phrénique. La pleurésie peut même être bilatérale, et à épanchement différent des deux côtés.

La péricardite sèche, exsudative, ou suppurée, a été assez souvent observée.

Le diaphragme est refoulé plus ou moins haut dans la cavité thoracique, et des adhérences oblitérent le sinus costo-diaphragmatique, d'où la possibilité opératoire d'ouvrir directement la collection par la voie transpleurale, sans infecter cependant la grande cavité de la plèvre.

Le foie peut, au-dessous de l'abcès périhépatique, rester à peu près sain; il se laisse seulement déprimer, et s'anémie par compression. Mais souvent sa capsule est épaissie et enflammée, ulcérée même, et montre, en communication directe avec la poche purulente, une perte de substance due soit à un abcès aréolaire, soit à de petits foyers multiples d'angiocholite suppurée.

L'histoire clinique des périhépatites suppurées se prête mal à une description d'ensemble, en raison de la multiplicité des causes, et des variations évolutives qui en découlent.

Aigu dans les cas qui relèvent du traumatisme ou de la perforation d'un organe voisin, le début est plus souvent lent, insidieux, et ne permet qu'un diagnostic tardif.

La douleur est le premier et le plus constant des symptômes fonctionnels. Elle occupe tout l'hypocondre droit, avec un maximum souvent bien localisé en un point fixe; tantôt sourde et profonde, tantôt aiguë et comme déchirante, elle est exaspérée par la pression, par la toux, par les mouvements respiratoires même, et peut présenter l'irradiation scapulaire droite si habituelle dans les affections hépatiques.

Immobilisé par sa douleur, le malade reste étendu sur le dos, ou dans le décu-