

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

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

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

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

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

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

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

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

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

INFLAMMATION DES ANNEXES DES ORGANES DIGESTIFS

DES PAROTIDES

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

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

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

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

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

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

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

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

DE L'HÉPATITE

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

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

(1) *Clinique médicale*, t. II.

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

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

(4) *Traité des maladies du foie*.

(5) *Maladies de l'Algérie*, t. I.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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