

soumise à des conditions bien plus compliquées que celles que nous connaissons. C'est donc là un sujet d'étude, car nous ne sommes nullement autorisés à adapter d'emblée à la veine porte les expériences qui ont été faites sur d'autres points du système vasculaire (1).

D'après ce qu'on vient de voir, il est facile de comprendre qu'un appareil vasculaire exposé à des influences aussi complexes soit le siège de désordres fort divers, dont les causes sont tantôt évidentes et tantôt obscures. Nous nous occuperons d'abord ici des formes les plus simples dont l'étiologie est plus facile à établir, ensuite nous passerons aux formes plus complexes.

Art. 1^{er}. — Stase hyperhémique du foie.

Habituellement, une hyperhémie du foie coïncide avec les lésions des valvules du cœur, surtout avec celles qui amènent promptement l'accumulation du sang dans les veines caves, par exemple avec la sténose de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, avec l'insuffisance de la valvule mitrale et mieux encore avec celle de la tricuspide. L'hyperhémie hépatique accompagne aussi les affections du poumon, qui entravent d'une manière notable le cours du sang dans l'artère pulmonaire, comme l'emphysème, l'induration ou la flétrissure étendue des poumons, un épanchement pleurétique abondant, un rétrécissement par scoliose de la cavité thoracique, etc., etc. Dans ces circonstances, l'action d'une cause essentielle à la progression du sang dans le foie, celle de l'aspiration sanguine pendant l'inspiration, s'exerce d'une manière plus ou moins incomplète : le sang est soumis dans les veines caves et hépatiques à une augmentation de pression qui s'oppose à ce qu'il s'écoule des capillaires de la veine porte, ou bien à chaque systole il reflue dans les veines hépatiques de même que nous le voyons refluer alors dans les veines du cou.

Les vaisseaux dépendant du système des veines hépatiques sont alors continuellement gorgés ; peu à peu ils se dilatent et leurs parois s'hypertrophient. De ces vaisseaux, la stase se propage à la veine

(1) Sur le cadavre d'un supplicié, Kölliker et Virchow n'ont vu aucune contraction de la veine porte déterminée par l'application du galvanisme ; il n'y en eut que de très-faibles dans la veine mésentérique supérieure. Dans des expériences que nous fîmes, M. Reichert et moi, sur un chien vivant, les veines splénique et mésentérique offrirent une contraction évidente, quoique très-faible ; elle ne fut pas appréciable au tronc de la veine porte, et on ne put observer aucun changement dans les veines hépatiques et la veine cave inférieure, où l'on aurait pu attendre des effets remarquables, à cause de la présence d'une couche musculaire épaisse.

porte et aux organes où elle prend sa source ; il se développe dans le foie et dans toutes les parties où celle-ci se distribue une série d'anomalies fonctionnelles et nutritives.

Le foie s'hypertrophie en tous sens et sa forme générale n'est pas notablement altérée, la capsule est fortement tendue, la consistance du parenchyme augmente (1). Une coupe de l'organe fait voir des dessins analogues à ceux d'une noix muscade. Cet aspect est visible même à travers la capsule et varie suivant le degré de l'hyperhémie. Ordinairement on aperçoit des figures, à ramifications simples ou foliolées, ayant une couleur d'un brun rouge sombre et entourées de parties d'un brun clair. (*Atlas*, planche XII, fig. 2.) Les endroits obscurs répondent aux points où siègent les veines hépatiques ; leur forme dépend de la direction suivant laquelle le vaisseau a été coupé (2). Les places du parenchyme d'une teinte plus claire montrent, quand on les examine avec attention, des ramifications pâles et délicates, provenant de la veine porte. (*Atlas*, planche XII, fig. 2. — Ceci est encore plus apparent sur la figure 3, où le grossissement est décuple ; on y voit les branches des veines hépatiques remplies par des coagulums sanguins d'un rouge noir.)

Quand l'hyperhémie est très-forte, les parties de couleur sombre se réunissent ensemble et elles entourent les parties claires dépendant de la veine porte. Ces dernières prennent alors l'aspect de formes rondes ou ovales, parfois elles sont effilées ou dichotomisées, plus rarement elles ressemblent à des feuilles. (Planche VIII, fig. 3.)

Dans le cas où l'hyperhémie hépatique est portée au plus haut point, l'organe présente de larges surfaces d'un rouge sombre uniforme, sur lesquelles les ramifications des veines hépatiques distendues ressortent sous forme de dessins d'un rouge noir (3). (*Atlas*, planche XII, fig. 4.)

§ 1. — INFLUENCE DE L'HYPERHÉMIE SUR LES ORGANES DESSERVIS PAR LA VEINE PORTE.

La stase dans les veines hépatiques réagit nécessairement sur la cir-

(1) On trouve par places le parenchyme pâteux, œdématisé, donnant de la sérosité à la pression, et conservant ensuite des vacuoles.

(2) Dans l'état normal même, le sang séjourne dans ces vaisseaux en plus grande quantité, et la couleur de muscade qui en résulte n'offre aucune indication importante, surtout dans des cas où le sujet est mort par les poumons. Voyez, pour les autres causes de cette coloration du foie, page 246.

(3) Kiernan (*Transact. of the Royal Society*, for 1833) a décrit avec exactitude ces différents degrés de l'hyperhémie du foie ; mais ses dessins, souvent copiés, ne représentent nullement la nature.

culatation dans tout le système capillaire du foie, puis sur la veine porte jusque dans les racines.

La sécrétion de la glande n'en paraît pas essentiellement modifiée, et je n'ai pu constater ni qu'elle augmentât ni qu'elle diminuât; dans certains cas, la bile contient de l'albumine. Souvent on remarque un gonflement et une hypersécrétion de la muqueuse des voies biliaires, d'où peuvent résulter une stase partielle et même générale de la bile, avec un ictère léger. Dans le principe, la nutrition des cellules hépatiques n'est pas modifiée; plus tard on voit se déposer une certaine quantité de graisse dans les cellules situées près des origines des veines hépatiques, comme cela a lieu ordinairement au voisinage seulement des rameaux de la veine porte. (Planche VIII, fig. 3. On aperçoit des filots gris et d'un jaune vert, les premiers sont des dépôts graisseux, tels que les montre la figure 4, à un grossissement de 280; les seconds sont formés par des stases biliaires partielles.)

§ 2. — ATROPHIE HÉPATIQUE CONSÉCUTIVE.

Sous l'influence de la stase sanguine persistante, il se produit peu à peu une atrophie spéciale du parenchyme hépatique, que souvent autrefois on a confondue avec la cirrhose. La glande, qui jusqu'alors était gonflée par le sang, commence à diminuer; en même temps sa surface, et plus tard son parenchyme prennent une structure finement granuleuse. Les granulations proviennent de ce que les veines centrales des lobules et les capillaires qui s'abouchent avec elles, c'est-à-dire les radicules des veines hépatiques, se distendent sous l'influence de la pression énergique du sang stasié, et par leur dilatation amènent l'atrophie des cellules situées entre les mailles de leur réseau. Les cellules placées au centre des lobules s'atrophient et sont remplacées par un tissu mollaie et très-vasculaire formé de capillaires dilatés et de tissu conjonctif nouveau; au contraire, les cellules de la périphérie du lobule demeurent intactes (1). Plus cette atrophie fait de progrès, plus le volume du foie diminue, plus aussi les granulations deviennent

(1) On étudie ces rapports aussi bien que possible sur des foies injectés. La planche XII, figure 4, représente une tranche fine d'un foie ainsi préparé; la veine hépatique est remplie d'une masse rouge; la veine porte, d'une masse jaune. Tout autour de la veine centrale dilatée, on voit des capillaires dont la circonférence dépasse notablement les limites ordinaires; les mailles qui renferment les cellules sont considérablement resserrées, au point qu'on les trouve, par places, plus petites que le vaisseau qui les circonscrit. Du côté de la veine porte, le calibre des capillaires se rétrécit, les mailles s'agrandissent et contiennent des cellules d'aspect normal.

distinctes. L'action de la stase se propage des veines hépatiques dans la veine porte et dans les organes où elle prend racine. Les vaisseaux de la muqueuse gastro-intestinale, ceux de la rate, du pancréas, etc., sont remplis de sang veineux, et de là résultent pour eux des troubles de la nutrition et de la sécrétion. C'est sur la muqueuse gastro-intestinale que ces conséquences se manifestent en premier lieu et qu'elles sont le plus évidentes. Cette muqueuse prend une teinte rouge plus ou moins foncée, son tissu se ramollit, s'infiltré d'un liquide séreux et se tuméfie. Il n'est pas rare de voir se former des extravasations sanguines qui entraînent après elles tantôt une pigmentation noire, tantôt des érosions et un travail d'ulcération. Le liquide sécrété dont la quantité est augmentée et la qualité modifiée, devient ordinairement plus ténu et plus aqueux; souvent, au contraire, la sécrétion reste limitée.

En même temps, des épanchements aqueux se font à la surface des membranes séreuses de la cavité abdominale. La rate augmente de volume, toutefois cette augmentation est médiocre et passagère; à une période ultérieure l'organe devient plus dense, plus résistant et reprend ses dimensions ordinaires (1). Entre les feuillettes du mésentère on trouve, dans beaucoup de cas, des extravasations sanguines, et on remarque que les glandes ont pris une teinte livide; le pancréas hypérhémiquement tuméfié est le siège d'une imbibition séreuse.

Consécutivement à l'augmentation de la pression latérale à l'intérieur de la veine porte, une fonction essentielle à la nutrition, l'absorption des matières ingérées dans les voies digestives, éprouve des obstacles considérables. Il est à remarquer que bien que la pression doive, à partir du tronc de la veine porte, s'irradier également dans les ramifications radiculaires de ce vaisseau, cependant la stase ne se manifeste pas avec une intensité égale partout où elles se distribuent. Toujours certains points isolés de la muqueuse gastro-intestinale sont profondément atteints, tandis que le reste de cette membrane paraît peu altéré. La muqueuse gastrique est celle où la lésion est la plus constante et la plus marquée; sur vingt cas, douze fois on y a noté une rougeur foncée, et sept fois elle était couverte d'ecchymoses et d'érosions; quatre fois seulement elle était boursoufflée, mais sa couleur était pâle. La proportion est toute différente pour l'intestin grêle, d'ordinaire la membrane interne y est pâle et peu modifiée; sur vingt cas, cinq fois seule-

(1) Dans treize cas d'affections organiques du cœur, concernant des hommes, le poids moyen de la rate était = 0,23 kilog., le rapport au poids du corps, = 1 : 276; dans neuf cas pris sur des femmes, = 0,17, le poids relatif, = 1 : 282; dans treize cas appartenant également à des femmes, avec hydropisie très-développée, = 0,14, le poids relatif, = 1 : 464. Voyez plus haut, pages 26 et 27.

ment l'iléum était assez fortement injecté, sans toutefois qu'il y eût là rien de comparable avec ce qui existait pour l'estomac. On observe un peu plus souvent l'hypérhémie dans le gros intestin, surtout dans le cœcum et l'S du côlon; elle existait sur vingt sujets sept fois, s'étendait régulièrement sur de grands espaces de la muqueuse, ou bien n'occupait que les plis et le pourtour des glandes solitaires; en intensité elle n'égalait jamais l'hypérhémie gastrique.

Ces inégalités dans la répartition de l'hypérhémie paraissent dépendre de différences que présentent les diverses parties du canal intestinal relativement au nombre, à l'étendue et à la disposition de leurs vaisseaux. En outre, on doit avoir affaire ici, dans bien des cas, à des influences accidentelles particulières, telles que l'excitation par les ingesta ou les médicaments; enfin, certaines causes, telles qu'une accumulation de gaz dans des fractions isolées de l'intestin, etc., doivent faire qu'après la mort, l'hypérhémie veineuse ne disparaît pas partout également.

Indépendante du système de la veine porte, l'albuminurie vient presque toujours s'ajouter aux désordres précédemment décrits. Tantôt elle est continue, tantôt elle n'apparaît que de temps en temps. Son rôle est important par rapport à l'affection du foie, en ce sens que celle-ci, de même que toutes les altérations dans le ressort de la veine porte, rétrocede d'autant plus, que la quantité d'albumine perdue avec les urines est plus grande et que l'appauvrissement du sang qui résulte de cette perte, ainsi que des troubles de la digestion et de la résorption intestinale, etc., devient plus considérable.

§ 3. — SYMPTOMES.

La stase hypérhémique du foie est d'ordinaire facile à suivre au lit du malade, dans les diverses phases de son évolution. La tuméfaction de la glande s'annonce tout d'abord par un sentiment de pression et de pesanteur dans l'hypochondre droit. En même temps existent les signes d'un catarrhe gastrique plus ou moins intense, qu'accompagne assez souvent un ictère léger. La percussion et la palpation démontrent sans peine que le volume de la glande a augmenté. Celui-ci s'accroît ou diminue suivant l'intensité plus ou moins grande des troubles circulatoires; l'étendue de l'obscurité du son augmente en peu de temps de plusieurs centimètres, au moment d'un violent accès de dyspnée et de cyanose.

Au commencement, on sent la surface de l'organe lisse et tendue, plus tard elle devient inégale ou granuleuse. Lorsque la maladie dure

déjà depuis longtemps, le volume du foie subit une diminution progressive qui devient d'autant plus rapide, que la stase est plus intense et qu'une anémie considérable se développe plus promptement.

Outre ces modifications locales du foie, les accidents de la stase dans la veine porte sont des troubles de la digestion stomacale (1), de la douleur et de la tension dans l'épigastre, des nausées, etc.; de temps en temps une tuméfaction des veines hémorroïdales. La constipation est de règle; rarement apparaît une diarrhée passagère (4 fois sur 20). L'urine rare, concentrée, contient presque toujours de petites proportions d'albumine, parfois aussi du pigment biliaire. Ce dernier accident, presque toujours passager, s'accompagne d'une légère coloration ictérique de la conjonctive et de la peau.

Ces désordres dans les organes abdominaux, sont accompagnés des accidents de la maladie du cœur ou des poumons qui a servi de point de départ aux lésions de la circulation, et qui tôt ou tard par l'œdème pulmonaire, l'apoplexie ou l'anasarque, finit par amener la mort.

§ 4. — TRAITEMENT.

Dans le traitement de l'affection du foie qui nous occupe, on doit avoir bien présent à l'esprit, qu'on n'a affaire qu'à une partie d'un tout pathologique, ayant une cause unique d'où il émane et qui l'entretient; et que la nature de cette cause décidera si l'on doit viser à des résultats permanents ou seulement transitoires. Ordinairement une cure palliative est seule possible, car l'affection repose sur des lésions organiques impossibles à guérir. La tâche de la thérapie est de modérer l'engorgement sanguin du système de la veine porte, et d'obvier aux conséquences fâcheuses qui en résultent pour la digestion et la nutrition. L'accomplissement prudent de ces indications contribue beaucoup à modérer les tourments liés nécessairement aux maladies du cœur, et à reculer leur terminaison fatale. On réussit particulièrement bien à modérer la tuméfaction considérable du foie, accompagnée d'endolorissement de l'hypochondre droit, au moyen de légers purgatifs salins dont on prolonge l'action à l'aide d'une infusion de racine de rhubarbe; en même temps, on peut faire appliquer quelques ventouses sur la région hépatique ou quelques sangsues à l'anus. Si les désordres circulatoires ne sont pas trop menaçants, on parvient souvent à obtenir une amélioration permanente par l'emploi mesuré des

(1) Il n'est pas rare de trouver à l'autopsie tous les caractères du catarrhe chronique de l'estomac, gonflement, teinte livide, couche épaisse de mucus, etc., lorsque pendant la vie il n'avait existé aucun symptôme de troubles digestifs.

sources de Ragoczy à Kissingen, ou de Muhlbrunnen à Carlsbad. J'ai soigné un malade atteint de sténose de l'orifice veineux gauche, qui pendant quatre ans, a pu passer un hiver supportable grâce à l'usage des eaux provenant des sources tièdes de Carlsbad. A plusieurs reprises, j'ai obtenu des résultats semblables des eaux de Marienbad et de Kissingen administrées avec réserve. Quand la lésion des valvules ou de la substance du cœur est portée très-loin, les eaux minérales ne sont plus tolérées.

Au début de l'hydropisie, on évitera les agents salins; à leur place on préférera les matières végétales amères, comme la rhubarbe, l'aloès et autres préparations analogues, auxquelles, s'il se produit du tympanisme, on adjoindra des substances aromatiques: l'huile éthérée, l'éther à petites doses, etc., etc. Si la sensibilité de l'estomac est considérable, on fera appliquer quelques sangsues, ou on se bornera à l'emploi de la teinture aqueuse de rhubarbe, avec l'eau de laurier-cerise, l'extrait de belladone et autres choses semblables. L'hémorragie gastrique, qui rarement est profuse, l'ulcération de l'estomac, indiquent l'opportunité des pilules de fer et des astringents.

Il faut se garder de porter aux organes de la digestion un préjudice durable par l'usage permanent de la digitale.

OBSERVATION XLVI. — *Sténose de l'orifice veineux gauche du cœur, insuffisance de la valvule tricuspide, pouls veineux très-fort, hémoptysie, albuminurie, hyperhémie par reflux, du foie, de l'estomac et du gros intestin.*

Scholz, Carl, ouvrier boulanger, âgé de 38 ans, fut admis le 19 décembre 1854, et mourut le 19 février 1855. 5 ans auparavant ce malade avait éprouvé un rhumatisme articulaire aigu qui laissa à sa suite des palpitations et de la dyspnée avec hémoptysie.

Lors de l'entrée du malade, dyspnée considérable, râles sibilants très-étendus et crachats légèrement spumeux et teints de sang. Le choc du cœur se sent à la place normale; à la pointe on entend un murmure systolique et diastolique; le souffle systolique est plus éclatant sous le sternum au-dessus de l'appendice xiphoïde; ils se perdent tous deux vers le haut. Le deuxième ton est renforcé dans l'artère pulmonaire. L'obscurité du son de la région précordiale est très-étendue; le visage, surtout les lèvres, offrent une teinte cyanosée; les veines du cou sont très-distendues et présentent des pulsations systoliques très-bien caractérisées, le pouls radical est petit, à 80. Le foie dépasse le bord des côtes de 1 pouce 1/2, l'obscurité du son s'étend sur la ligne du mamelon à 11 cent. La surface présente des inégalités et communique à la main la sensation d'une pulsation. Langue nette, appétit peu dérangé, évacuations rares, urine peu abondante, foncée, légèrement albumineuse.

Prescription: infusion de digitale pourprée, et en outre tous les jours 2 grains d'extrait d'aloès.

La dyspnée et la tension du bas-ventre diminuent, mais seulement d'une manière passagère. Peu à peu on voit se développer de l'œdème aux pieds et une ascite. Un œdème congestif envahit de nouveau les poumons; on le détourne avec

la digitale et l'acide benzoïque. Jusqu'au commencement de février l'état du malade reste supportable, l'appétit se maintient, le sommeil est peu troublé. Mais à partir de ce moment la dyspnée s'accrut sans modification des phénomènes d'auscultation signalés plus haut; la cyanose et l'hydropisie avec l'anéantissement complet des fonctions digestives firent tous les jours des progrès, jusqu'au 19 où l'invasion de l'asphyxie amena la mort.

Autopsie. — 17 heures, après la mort.

Membranes du cerveau congestionnées et épaissies, substance cérébrale à l'état normal; on observe au cou une distension considérable de la veine jugulaire interne qui présente au-dessus de la clavicule une tumeur du volume d'une noix; la veine jugulaire externe est également dilatée.

La muqueuse des votes aériennes est hyperhémisée et présente par places des suffusions sanguines; les deux poumons sont perméables à l'air, très-congestionnés, sans œdème. Le péricarde est blanc, opaque et épaissi; sur le ventricule droit qui offre une largeur de 3/4 à sa base, on remarque une grande tache fibreuse. La valvule tricuspide est épaissie et opaque, ses bords sont arrondis, les cordons tendineux ainsi que deux angles de la valvule adhèrent ensemble. L'orifice veineux se trouve de la sorte très-élargi, son appareil valvulaire insuffisant. Dans l'oreillette dilatée l'endocarde est blanc, opaque; le trou ovale présente une ouverture linéaire; les valvules de l'artère pulmonaire sont à l'état normal. Les parois du ventricule gauche ne sont pas altérées; la valvule bicuspide est fixée à un anneau rigide; à sa base se trouvent des dépôts calcaires dentelés; les veines coronaires sont très-dilatées; l'aorte est à l'état normal.

La muqueuse de l'estomac est considérablement hyperhémisée, d'un bleu noirâtre, couverte par places de flocons gris; celle du jéjunum et de l'iléum est pâle; celle du cœcum et du côlon hyperhémisé est ecchymosée par places. Les glandes et les veines mésentériques ne sont nullement altérées.

La rate a son volume normal; sa capsule est épaissie; son parenchyme, d'un rouge brun, ferme et congestionné.

Le foie est volumineux, sa capsule opaque, sa surface inégalement granuleuse; le parenchyme est très-congestionné, sa coloration est par places d'un rouge sombre uniforme, avec des traînées noires correspondant aux veines hépatiques; par places on distingue des taches en partie blanches, en partie jaune verdâtre entourées d'un tissu foncé et hyperhémisé. La veine cave ascendante et les veines hépatiques sont énormément dilatées, leurs parois sont épaissies. Ces dilatations s'étendent, comme le montre l'injection, jusqu'aux capillaires des lobules; les cellules du foie sont en partie atrophiées, en partie remplies de gouttelettes de graisse; dans les endroits colorés en jaune verdâtre elles sont chargées de pigment biliaire. La vésicule contient une petite quantité de bile épaisse et foncée.

Les reins présentent dans la substance corticale, quelques cicatrices unies et isolées.

OBSERVATION XLVII. — *Sténose de l'orifice veineux gauche du cœur, accès répétés d'œdème pulmonaire, hyperhémie du foie par reflux, érosions hémorragiques de l'estomac, muqueuse intestinale pâle et tuméfiée.*

Grœser (Véronique), femme de menuisier, âgée de 29 ans, fut admise, le 31 octobre 1854, et mourut le 6 décembre. Elle avait été traitée à l'hôpital trois ans auparavant pour un œdème pulmonaire, qui, peu de temps après un accouchement, s'était développé consécutivement à une sténose de l'orifice veineux gauche du cœur. Déjà alors on avait observé du côté du cœur les mêmes signes physiques qu'au moment de la dernière entrée. On entendait un murmure diastolique avec frémisse-

ment, ayant son maximum d'intensité à la pointe, qui frappait à sa place habituelle, et, de plus, un renforcement considérable du deuxième ton, à gauche du sternum, dans le deuxième espace intercostal; l'étendue de l'obscurité du son était augmentée et dépassait le bord droit du sternum; 90 pulsations irrégulières, catarrhe bronchique très-étendu, épanchement médiocre dans la plèvre droite et le bas-ventre, œdème aux pieds; diminution de la sécrétion urinaire; l'urine contient une petite quantité d'albumine; le foie dépasse le rebord costal d'environ 2 pouces et demi; l'obscurité du son sur la ligne du mamelon comporte 14 centimètres; la surface de la glande est lisse, le bord tranchant, la consistance ferme; la langue est nette, et cependant l'appétit nul; l'intestin est un peu paresseux; les évacuations ont une teinte brun foncé.

Prescription: infusion de feuilles de digitale pourprée avec teinture de rhubarbe et acétate de potasse.

La respiration devient plus libre; il y a augmentation de la diurèse et de la sécrétion intestinale; l'obscurité du son hépatique diminue d'environ 3 centimètres et demi.

Jusqu'au 18 novembre, l'amélioration se maintint par l'emploi d'une infusion légère de racine de rhubarbe. La digestion se faisait mieux; les évacuations étaient régulières; la dyspnée était supportable. Le 18, le pouls devint très-irrégulier; la difficulté de la respiration augmenta de nouveau; le malade expectorait des crachats clairs, légèrement spumeux; le volume du foie reprit son ancien développement. L'emploi de la teinture éthérée de digitale améliora bien le trouble de l'action du cœur; mais les nausées, qui revinrent bientôt, et la disparition complète de l'appétit, nous forcèrent à changer cette préparation pour des médicaments légèrement amers. L'urine devint plus rare; la quantité d'albumine fut toujours faible; l'ascite et l'œdème des pieds augmentèrent rapidement.

Le 5 décembre, les vomissements se renouvelèrent: débilité considérable, affaiblissement du pouls; œdème pulmonaire. Mort le 6 décembre.

Autopsie. — 25 heures après la mort.

Le cerveau et ses membranes contiennent peu de sang; on trouve, dans la plèvre droite, environ 3 livres de sérosité claire: à gauche, tout le poumon est fortement adhérent. La muqueuse des voies aériennes est d'un rouge vif, et couverte de petites ecchymoses; le parenchyme pulmonaire est d'un brun foncé, un peu ferme et œdémateux; le lobe inférieur droit est comprimé, et présente à son centre un infarctus hémoptoïque du volume d'une noix.

Le péricarde contient environ 7 onces de liquide séreux; le cœur présente un volume considérable; le ventricule droit est agrandi, et particulièrement hypertrophié dans le cône artériel; les valvules sont à l'état normal; l'oreillette gauche est dilatée et sa couche musculaire épaissie; l'orifice veineux gauche rétréci est transformé en une fente ovale, qui laisse à peine passer l'extrémité de l'indicateur; les bords des valvules et une partie des cordons tendineux sont fixés à un anneau lisse, épais; les parois musculaires du ventricule gauche ainsi que l'aorte sont à l'état normal.

La cavité abdominale contient environ 7 livres de liquide. La muqueuse de l'estomac, couverte d'une masse muqueuse noirâtre, présente des érosions hémorragiques d'autant plus nombreuses qu'on avance davantage vers le pylore; son tissu est partout boursoufflé et hyperhémicié; la muqueuse de l'intestin est, au contraire, partout pâle et ramollie. La rate a son volume normal; elle est ferme et d'un brun sombre.

Le foie est augmenté de volume; sa surface est légèrement granulée; ses bords

sont tranchants, le parenchyme a subi les altérations représentées (*Atlas*, pl. XII, fig. 1 et 4). La vésicule biliaire contient une quantité notable de bile claire, albumineuse.

Le rein gauche, de volume normal, présente à sa surface de petites dépressions cicatricielles; le parenchyme est un peu ferme. Le droit est beaucoup plus petit, fortement déprimé par des cicatrices; sa substance corticale a disparu. Sur le bord convexe, on remarque un infarctus de la grandeur d'une pièce de six kreutzers. La vessie et les organes génitaux ne présentent aucune modification essentielle.

Art. 2. — Stase hyperhémique consécutive à un rétrécissement des veines cave et hépatique.

Outre le cœur et les poumons, qui, traversés par la totalité de la masse sanguine, sont, quand ils deviennent malades, la source la plus fréquente des stases dans cette portion de la circulation veineuse, on voit, bien plus rarement il est vrai, des rétrécissements de la veine cave inférieure, au-dessus de l'embouchure des veines hépatiques et des sténoses de ces derniers vaisseaux, au point même où ils communiquent avec la veine cave, provoquer l'hyperhémie mécanique du foie. Watson (1) rapporte un cas de tuméfaction hyperhémique, dans lequel le foie descendait jusqu'à la crête iliaque, et qui avait pour cause la compression de la veine cave par un anévrisme de l'aorte. Celui-ci s'étant rompu, la veine cave cessa d'être comprimée; le sang stasié s'écoula, et, avant même que l'autopsie eût pu être faite, le foie était presque revenu à son volume normal. J'ai observé des stases moins considérables que celles-ci, à la suite de la compression de la veine cave par une tumeur cancéreuse rétro-péritonéale. J'ai vu une sténose des veines hépatiques, résultant de saillies valvulaires à l'intérieur de ces vaisseaux, coïncider avec une induration cirrhotique de la glande. Dans ce cas, par suite de la stase, de nombreux foyers apoplectiques s'étaient formés dans le parenchyme du foie.

Ces sortes de lésions, quelque apparentes que soient leurs conséquences, ne peuvent pas toujours, au lit du malade, être appréciées dans tous leurs détails; il est facile de les confondre avec des tuméfactions hépatiques d'une espèce différente. Il en est de même des stases hyperhémiques partielles qui se développent dans les points où la compression a creusé des sillons profonds dans le foie, de même aussi du gonflement qui envahit l'un des lobes, quand l'autre s'indure ou quand une des branches de la veine porte s'oblitére. Je possède là-dessus plusieurs observations.

(1) *Lectures on the principles and practice of Physic*. London, 1857.