

altérés. Utérus et ovaires solidement unis aux parties voisines, d'ailleurs sains.

Le foie est diminué d'un tiers; des adhérences solides l'unissent si intimement avec le diaphragme, l'intestin et les reins, qu'on est obligé de l'en séparer avec le scalpel. Son enveloppe est épaissie et comme tendineuse, elle présente des prolongements couenneux et blanchâtres qui pénètrent dans le parenchyme. La surface du foie est inégale et divisée en lobes plus ou moins volumineux. Les orifices des veines hépatiques sont fermés par des cloisons complètes ou incomplètes, et en partie crevassées; extérieurement, elles sont entourées d'une gaine dense de tissu conjonctif. La gaine de la veine porte et celle de l'artère hépatique sont très-épaissies; ce dernier vaisseau est dilaté. A partir de la superficie, on voit s'enfoncer plus ou moins profondément dans le foie, des masses de tissu conjonctif qui compriment, dans des espaces étendus, la substance glandulaire, et n'en laissent subsister que quelques traces isolées çà et là. En outre, sur une coupe de l'organe, on remarque des traînées plus ou moins larges de tissu conjonctif, qui se continuent avec la gaine épaissie des vaisseaux, et circonscrivent des groupes de lobules hépatiques dont le tissu, bien conservé en quelques points, est, partout ailleurs, coloré en bleu, en brun ou en rouge sale par du sang extravasé. (Voyez *Atlas*, pl. V, *fig.* 1, 2, 3, 4, 5, 6, et pl. III, *fig.* 1, 3 et 4 (1).)

La vésicule biliaire ne renferme qu'une petite quantité de bile trouble et brune.

Le liquide ascitique fourni par la ponction est devenu un peu trouble; après avoir été filtré, il laisse déposer, par le repos, de gros flocons de fibrine, et plus tard des coagulums. Sa composition est la suivante :

Eau	97,97	Sels et extractifs . . .	0,98
Parties solides	2,03	Albumine	1,05

On ne put y découvrir du sucre, mais on trouva un peu de leucine.

L'induration hépatique fut précédée d'une péritonite dont les

(1) *Atlas*, pl. V, *fig.* 1. On aperçoit d'abord, à la superficie, la capsule fortement épaissie, parsemée de corpuscules allongés formés par la substance unissante, et dans laquelle l'injection n'a nullement pénétré. Au-dessous de la capsule, à la place de la substance glandulaire, on trouve un tissu conjonctif amorphe, que parcourent de nombreuses ramifications vasculaires, et qui, en plusieurs points, entoure les résidus de la substance glandulaire détruite. Au centre, est un rameau de la veine porte, accompagné de plusieurs branches de l'artère hépatique, de cordons nerveux, d'un conduit biliaire, et enveloppé par une gaine épaisse de substance unissante gélatiniforme. Les vaisseaux de la glande indurée forment presque partout des mailles allongées; là, seulement où les cellules glandulaires sont encore visibles, on trouve les traces de la distribution habituelle des capillaires. La plupart des vaisseaux, par leur mode de répartition, conforme à celui des traînées de tissu conjonctif, prouvent qu'ils sont d'origine récente.

Pl. III, *fig.* 3 et 4. La même altération, vue à un grossissement plus fort.

La planche III, *fig.* 1, montre la substance glandulaire encore conservée en certains points, et seulement entrecoupée de larges lisérés de tissu conjonctif; dans ce dernier, on aperçoit de forts rameaux de l'artère hépatique, dans lesquels du pigment noir est renfermé.

La planche V, *fig.* 4, 5 et 6, donne divers aspects de la substance glandulaire imprégnée de sang extravasé.

symptômes parurent deux ans avant les débuts de l'affection du foie. L'inflammation, après avoir gagné la capsule, pénétra directement dans la substance de la glande; elle suivit aussi les gaines vasculaires; et, attaquant les membranes des veines hépatiques, produisit à leur intérieur des sortes de cloisons valvulaires. A ces dernières doivent être attribués les désordres circulatoires considérables qui, non-seulement réagirent sur le cours du sang dans la veine porte, mais encore déterminèrent des extravasions sanguines dans le parenchyme du foie. On doit noter que, en dépit de la forte pression hydrostatique à l'intérieur de la veine porte, le liquide ascitique n'était pas autrement riche en albumine.

§ 3. — INFLAMMATION CIRCONSCRITE DU FOIE.

(Hepatitis vera circumscripta, suppuratoria.)

Cette forme de l'inflammation du parenchyme hépatique reste toujours circonscrite en un ou plusieurs foyers isolés, où le travail morbide parcourt ses divers stades, sans réagir sur le reste de la glande, autrement que par une tuméfaction hyperhémique qui fait rarement défaut (1).

Ordinairement, on trouve le foyer inflammatoire en train de suppurer; car il est rare qu'on ait l'occasion d'observer l'affection à une autre période.

J'ai vu, lorsque la maladie était à son début, les parties lésées du foie présenter une coloration rouge mêlée de jaune pâle; la rougeur disparaissait vers les bords et était remplacée par un large liséré jaunâtre. Au centre, j'ai découvert une fois une branche de la veine porte remplie de sang coagulé. (*Atlas*, pl. I, *fig.* 2.) Les foyers, de couleur pâle, contenaient de petits amas isolés d'un pigment jaune d'ocre; les lobules étaient notablement hypertrophiés et entourés d'une aréole grisâtre et transparente. (*Atlas*, pl. I, *fig.* 2.)

Le parenchyme glandulaire, dans les endroits malades, paraît ramolli et friable; lorsque ces points sont situés à la périphérie, ils forment à l'extérieur des proéminences plates, recouvertes par la capsule opaque et injectée (2).

(1) Il faut excepter les cas où l'inflammation circonscrite coïncide avec une inflammation diffuse. (Voy. l'*Observation* XLIX.)

(2) D'après Haspel, l'inflammation du foie se manifeste, à son début, sous la forme de marbrures ecchymotiques ou de taches jaunâtres, laiteuses, d'un rouge brun plus foncé que de coutume, noirâtre même, en quelques points.

La suppuration a coutume de s'établir de bonne heure ; on remarque d'abord quelques points jaunâtres isolés, qui semblent rayonner du centre du lobule, dont les bords ont conservé leur consistance normale (*Atlas*, pl. XIII, *fig. 1*) ; mais peu à peu ils deviennent confluent ; alors il se forme de petits foyers purulents qui s'accroissent rapidement, se réunissent à ceux qui les avoisinent, et bientôt constituent ainsi de vastes abcès hépatiques (1).

Pendant ce temps, les cellules du foie subissent une destruction progressive ; elles se remplissent d'albuminats finement grenus, et elles finissent par disparaître, ne laissant plus que leur noyau, qui persiste pendant longtemps (2).

Dans les abcès récents, on trouve la cavité remplie d'un pus jaune pâle ; les parois sont formées par la substance hépatique ramollie, imprégnée d'exsudat, et envoyant dans l'intérieur de l'abcès des prolongements filamenteux.

Lorsque la suppuration dure déjà depuis longtemps, on découvre diverses espèces d'altérations. D'abord, les parois de l'abcès sont lisses, parce que les saillies formées par la substance hépatique infiltrée, étant continuellement baignées par le pus, finissent par disparaître en s'y dissolvant. La fonte purulente s'empare alors de la substance infiltrée par l'exsudat, et l'abcès prend peu à peu une forme arrondie, si toutefois il ne s'est point abouché avec d'autres abcès voisins, car alors la cavité devient irrégulière, sinueuse et anfractueuse.

Les limites de la cavité renfermant le pus étaient formées, dans des cas devenus rapidement mortels, par la substance hépatique œdémateuse et ramollie, ou bien par une couche mince de fibrine qui revêt les parois. Lorsque, au contraire, l'abcès a duré longtemps, il peut s'être produit une capsule de tissu unissant, parcourue par des vaisseaux (3). Cette capsule sépare le foyer d'avec les parties voisines ;

(1) J'ai pu suivre ce travail, seulement dans les dépôts pyhémiques du foie, c'est pourquoi je le décris d'après ce que j'ai vu là. Dans les autres formes d'hépatite, la suppuration ne se conforme pas à la division en lobules, cependant il se présente des cas indépendants de la phlébite, dans lesquels le travail d'exsudation suit avec précision la division lobulaire. (Voy. *Atlas*, pl. I, *fig. 2*.) Déjà, Annesley, Andral, Louis, Stokes, ont fait des observations semblables, et R. Quain (*Transact. of the pathol. society*, vol. IV) a décrit très-exactement un cas de cette espèce, que, d'après l'analogie avec la pneumonie lobulaire, il nomma : *lobular inflammation of the liver*.

(2) J'ai pu suivre avec précision les changements éprouvés par les cellules hépatiques, sur un foyer inflammatoire desséché, gros comme une noix. (*Atl.*, pl. I, *fig. 3*.)

(3) D'après Haspel (*Maladies de l'Algérie*, t. I), au bout de vingt à vingt-cinq jours, le kyste peut être complètement formé ; ensuite, le temps lui donne plus de

plus tard elle sert à la résorption, alors que les parois de l'abcès se rapprochent et, quand les circonstances sont favorables, finissent par se confondre en une couenne solide et calleuse. Dans ce cas, le pus laisse ordinairement un résidu caséux ou calcaire ; plus tard, à la place de l'abcès, on trouve une profonde dépression cicatricielle dans le tissu glandulaire (1). Le kyste ne limite pas toujours les progrès de la destruction purulente ; maintes fois ses parois sont déchirées, et on en voit les débris faire saillie à l'intérieur de l'abcès, tandis que le travail inflammatoire s'est propagé bien au delà. Très-souvent il arrive qu'il n'existe aucune délimitation précise ; le processus inflammatoire va sans cesse en s'étendant, une déchirure se produit, et le pus se fraye un passage. Rarement alors il s'épanche dans la cavité abdominale, parce que presque toujours une inflammation adhésive de la capsule a uni les points menacés de rupture avec la paroi du ventre ou avec les organes voisins ; dans le cas cependant où l'épanchement a lieu, il en résulte une péritonite mortelle. Fréquemment l'abcès perce la paroi thoracique ou abdominale recouvrant le foie, et se fait alors jour à l'extérieur, soit en suivant un trajet direct, soit en s'engageant dans une voie détournée, et en allant s'ouvrir dans les régions inguinale, lombaire, sacrée, dorsale, etc., etc. Assez souvent le pus se dirige en haut, traverse le diaphragme et s'épanche dans la cavité pleurale droite. Il peut encore se frayer un passage à travers le poumon devenu adhérent, et y provoquer une suppuration destructive ; ou bien, par une chance plus heureuse, pénétrer dans une bronche, suivre les voies aériennes, et être ainsi évacué.

consistance et d'épaisseur. Louis a trouvé ces kystes formés de plusieurs feuillets, comme les couennes pleurétiques, et par places, durs comme le cartilage.

(1) Cambay (*loc. cit.*, p. 223) décrit trois cas de cicatrisation, complète ou non, d'abcès du foie. Dans l'un, les symptômes d'une hépatite confirmée rétrocedèrent ; deux mois après, le malade succomba à une tuberculisation pulmonaire, et à l'autopsie on trouva, sur la face convexe du foie, une dépression de l'étendue d'un demi-franc. En ce point, le tissu était gris blanc et fibreux ; plus profondément, on trouva un petit dépôt purulent entouré de substance glandulaire condensée. Dans un second cas, un seul abcès se cicatrissa, un autre évacua son contenu à travers le diaphragme, la plèvre, le poumon hépatisé, et enfin les bronches.

Dans un troisième cas, l'occlusion de la cavité purulente était incomplète ; autour du petit abcès, on voyait des cicatrices rayonnantes qui indiquaient un commencement de travail réparateur.

Haspel (*Maladies de l'Algérie*, t. I, p. 239 et 240) a plusieurs fois observé des cordons blancs, étoilés et fibreux, représentant le résidu d'abcès dont, pendant la vie, on avait pu suivre la marche ascendante, puis rétrograde. Petit, dans son *Mémoire sur les abcès du foie*, raconte un cas où la cicatrisation se fit après l'ouverture de l'abcès.

L'estomac, le duodenum et le côlon sont, de tous les organes abdominaux, ceux dans lesquels les abcès hépatiques s'épanchent le plus souvent. Rarement le pus s'engage dans les voies biliaires, pour aller soit de la vésicule, soit des petits canalicules, jusque dans le canal intestinal (1). C'est par exception seulement qu'on a vu, comme le rapportent Graves, Rokitsansky, Bentley (*Transact. of the pathol. society*, t. II), le pus traversant le centre du diaphragme, pénétrer dans le péricarde, ou bien s'épancher dans la veine porte et la veine cave inférieure.

Les abcès du foie sont tantôt superficiels, tantôt, et le plus souvent, ils sont situés profondément à l'intérieur de la glande. Ils peuvent se développer partout, mais leur siège le plus fréquent est la partie postérieure du lobe droit. Haspel (2) a trouvé que le rapport de la fréquence entre le lobe gauche et le lobe droit était = 1:30. En général, les foyers purulents situés profondément affectent une marche plus lente et plus maligne que ceux qui sont superficiels; en outre, ces derniers restent plus petits et se font reconnaître de meilleure heure par des douleurs vives.

Le volume des abcès du foie est très-variable; il n'est pas rare de les voir atteindre la grosseur d'une tête d'enfant, et même au delà. Parmi le petit nombre de cas que j'ai pu observer, l'un avait 2 pouces de diamètre; un autre en avait 5 $\frac{3}{4}$; la plupart, formés à la suite d'une pyhémie, n'atteignaient pas le volume d'un œuf (3).

Le nombre des abcès est ordinairement de un à trois, rarement de plus; c'est seulement quand ils ont une origine pyhémique qu'on en trouve un plus grand nombre, parfois une douzaine et au delà. Le liquide purulent est, dans les abcès récents, jaune, crémeux, inodore, rarement grumeleux, ou mêlé de sang et de débris de substance hépatique. Dans les abcès anciens, parfois il prend une odeur ammoniacale, est mélangé de bile et a une couleur jaune ou verdâtre, quand, par suite des progrès de la fonte purulente, des canaux biliaires se sont ouverts et ont mêlé leur contenu avec le pus (4). Les cas où le pus

(1) Cambay (*Traité des maladies des pays chauds*, Paris, 1847, p. 534) a trouvé du pus dans la vésicule; les conduits hépatiques communiquaient avec des abcès. Dans un autre cas, un abcès s'ouvrit directement dans la vésicule.

(2) *Maladies de l'Algérie*. Paris, 1850, t. I.

(3) Il se produit des abcès du foie d'un volume énorme; Lieutaud, dans un cas, estima que la quantité du pus était de 12 livres; Annesley en a trouvé 90 onces. Portal, Haspel et autres, rapportent des cas où la presque totalité du foie était convertie en un énorme sac de pus.

(4) Rokitsansky a vu des conduits biliaires s'ouvrir dans les foyers purulents, par une section perpendiculaire ou oblique; rarement ils communiquaient avec eux

fourni par le foie est brun rouge, chocolat ou jaune lie de vin (1) sont plus rares qu'on ne l'admettait autrefois, parce que la suppuration, dans sa marche, n'amène qu'exceptionnellement l'érosion des vaisseaux.

C'est d'une autre façon que les vaisseaux hépatiques sont intéressés quand l'abcès se rapproche d'eux. Ils s'enflamment, leur membrane interne devient rugueuse et se couvre d'un dépôt fibrineux qui obstrue plus ou moins leur lumière. J'ai souvent observé cela sur les veines hépatiques, principalement au voisinage d'abcès pyhémiques (2). Il est infiniment plus rare de trouver que la veine porte, isolée par une gaine bien plus épaisse, a été atteinte; toutefois on a pu observer des cas de cette nature. Russel (Budd, *Diseases of the liver*) a trouvé une branche de la veine porte située au voisinage d'un abcès du foie, en proie à l'inflammation. Moi-même j'ai vu, dans le musée de l'hôpital de Guy, à Londres, la préparation d'un abcès hépatique dont la cavité communiquait avec une branche de la veine porte épaissie et enflammée.

D'habitude, les relations de causalité entre l'affection de la veine porte et les abcès du foie sont d'une autre nature; en effet, la première est plus souvent la cause que l'effet des seconds, ainsi que nous le voyons pour les abcès pyhémiques ou métastatiques du foie. Le mode de développement de ce genre d'abcès diffère, sous plusieurs rapports, de celui qui est propre aux abcès dus à l'inflammation primitive. Il se produit dans ce cas un grand nombre de foyers arrondis, gros comme un pois ou même comme un œuf, et siégeant de préférence dans les couches superficielles de la glande. Ces foyers subissent rapidement la transformation purulente ou putride; rarement ils reviennent sur eux-mêmes et se cicatrisent. Nous les étudierons plus explicitement à propos des maladies des vaisseaux du foie.

La bile, dans l'hépatite suppurative, ne présente aucune altération constante; tantôt elle est tenue, tantôt épaisse et poisseuse; sa couleur est brune, verdâtre ou rougeâtre; il est très-rare de la voir mélangée avec du pus.

Outre la terminaison de l'hépatite circonscrite, par la suppuration, on observe encore celle par l'induration et la destruction des portions malades de la glande. Dans ce cas, il se forme des calcs rayonnés,

par une érosion latérale. Cambay (*loc. cit.*, p. 529.) a fait des observations analogues.

(1) *ἄσπερον* d'Hippocrate.

(2) *Atlas*, pl. XIII, fig. 1. On aperçoit, à travers la paroi des veines, le pus d'abcès voisins; en *a, a*, la paroi vasculaire est rugueuse et recouverte d'un dépôt fibrineux.

blancs et fibreux, qui souvent renferment une matière jaune et ca-séuse. Cette forme d'inflammation a été décrite, dans ces derniers temps, comme étant une affection syphilitique du foie ; nous la décri-rions ultérieurement avec plus de détails.

La terminaison par la gangrène est extraordinairement rare. La teinte noirâtre qui souvent existe autour des abcès du foie a, dans maintes occasions, conduit les anciens médecins à accuser la gan-grène alors qu'elle n'existait pas. Dans quelques cas isolés, la véritable gangrène du foie a été constatée par Andral, Rokitansky, Cambay, Haspel, Budd, etc., etc. La plupart du temps, elle était causée par le passage de quelques matières gangrenées dans le sang, et les foyers gangréneux se produisaient dans le foie comme ils se forment dans les poumons, lorsqu'à la suite d'une phlébite l'infection putride se déclare. C'est ainsi que Budd rapporte une observation, où un sphacèle des orteils avait déterminé des foyers gangréneux dans le foie, les pou-mons, la rate et, de plus, une suppuration de l'articulation scapulo-humérale, etc., etc. Dans ce cas il y avait un grand nombre de petits foyers, remplis d'une matière grumeleuse et couleur de cendre. Dans l'observation rapportée par Cambay, il existait dans le lobe droit du foie une sorte de poche, ayant environ 8 centimètres de diamètre, qui, incisée, laissa couler un liquide rougeâtre et exhalant une odeur de gangrène. La paroi de la cavité était formée par une masse molle, d'un brun noir et d'une odeur fétide. On la nettoya à l'aide d'un filet d'eau, et l'on découvrit alors au-dessous d'elle une couche d'un jaune grisâtre, ayant 1 centimètre d'épaisseur, qui séparait le foyer d'avec le parenchyme hépatique devenu exsangue. D'après l'expérience de Cruveilhier, d'Haspel (1) et d'autres, la gangrène s'empare quelque-fois des parois de l'abcès, après que celui-ci s'est ouvert et que l'air y a pénétré. Dans certaines circonstances, un état d'affaiblissement pro-noncé semble provoquer la destruction gangréneuse des parties envi-ronnant les abcès du foie. Il paraît en avoir été ainsi dans un cas rap-porté par Andral, où, à la suite d'un cancer de l'estomac, l'inanition, chez un homme de soixante ans, avait atteint un degré très-élevé.

Telles sont les lésions les plus essentielles que le processus inflam-matoire détermine dans le foie. Il en existe encore d'autres dans di-vers organes. Nous devons les étudier, afin de bien connaître la base matérielle de la maladie et d'acquérir une idée nette de sa genèse. Les plus importantes et les plus constantes de ces lésions se trouvent dans le canal gastro-intestinal, dont la muqueuse est ordinairement le siège

(1) *Maladies de l'Algérie*. Paris, 1850, t. I, p. 165.

d'un travail d'exsudation et d'ulcération. Ordinairement, elles sont limitées au gros intestin ; parfois l'extrémité inférieure de l'iléum est aussi atteinte, tandis que dans la portion supérieure de l'intestin grêle et dans l'estomac, on ne trouve qu'une hyperhémie, un catarrhe légers, des ulcérations simples, et même ces lésions y sont peu fréquentes. Au contraire, le gros intestin, surtout dans les pays tropicaux, est presque toujours profondément ulcéré lorsque existent des abcès dans le foie. On y constate tous les degrés placés entre la simple rougeur et la coloration brun noirâtre ; tous ceux aussi qui séparent le gonflement œdémateux et la légère exsudation superficielle, de l'ulcération la plus vaste et de la destruction gangréneuse. Sur 29 cas d'abcès du foie recueillis par Annesley dans les Indes orientales, 21 s'accompagnaient d'ulcérations du gros intestin ; il en était de même dans 13 cas sur 25 observés par Haspel en Algérie. Budd a trouvé sur 17 cas concernant, pour la plupart, des marins revenant de climats brûlants, 10 fois l'ulcération du gros intestin.

Dans nos pays, la proportion est tout autre ; les abcès du foie con-curremment avec la dysentérie sont rares (1). Sur 16 cas d'abcès ras-semblés par Louis et par Andral, 3 seulement se compliquaient d'ul-cères de l'intestin, et, sur ce nombre, 2 étaient de nature tubercu-leuse ; dans 8 cas observés par moi, la lésion de l'intestin fit toujours défaut.

Un second groupe de lésions accompagnant les abcès du foie est formé par les inflammations des veines et par les affections nombreu-ses qui les provoquent ou qui en dérivent. Ce sont elles qui, dans les climats froids, servent, comme la dysentérie dans les climats chauds, de cortège habituel aux abcès du foie. La phlébite peut siéger dans les racines de la veine porte, ou bien dans d'autres veines, telles que celles des extrémités, de l'utérus, de la cavité crânienne. Plus rarement que les affections de l'intestin ou des vaisseaux veineux, on constate, en même temps que les abcès hépatiques, quelques maladies des con-duits biliaires excréteurs, par exemple, une inflammation, une ecta-sie, des concrétions, des vers, etc., etc.

Parmi les organes contenus dans la cavité thoracique, la plèvre et le poumon droit sont très-souvent lésés par le refoulement en haut du diaphragme, par la propagation de l'inflammation sur la plèvre, par une perforation due à l'abcès, ou enfin par une métastase symp-tomatique d'une phlébite secondaire. Dans les organes centraux de

(1) Cheyne (*Dublin hospital reports*, vol. III) a rapporté des observations de cette espèce.

l'innervation et dans le système uropoïétique, on ne découvre généralement rien d'anormal; la rate n'offre également aucune altération constante; elle peut être saine, atrophiée ou hypertrophiée. Cambay l'a presque sans exception trouvée petite quand la dysentérie coïncidait avec les abcès du foie; au contraire, Haspel l'a vue grosse, molle et gorgée d'un sang noir.

Dans les formes dysentériques, les glandes du mésentère sont d'habitude tuméfiées, injectées, molles, mais rarement suppurantes.

ÉTILOGIE.

L'inflammation hépatique donnant lieu à des abcès est une affection rare dans les climats tempérés. D'après le témoignage unanime d'auteurs compétents, on la rencontre beaucoup plus souvent dans les climats brûlants et sous les tropiques, quoique même dans ces pays elle ne soit pas très-commune.

Il n'est pas toujours possible de découvrir la cause de l'inflammation du foie. Deux fois j'ai observé des abcès volumineux dans cet organe, sans pouvoir découvrir parmi les renseignements anamnésiques rien qui pût positivement servir de cause.

On peut néanmoins considérer comme telles :

1° *La contusion du foie par un choc, une chute, un coup ou une action traumatique quelconque.* Des cas de cette espèce ont été indubitablement constatés par Andral, Budd, Morehead et beaucoup d'autres auteurs; cependant ils ne sont pas aussi fréquents qu'on pourrait s'y attendre. En général, les violences auxquelles la région hépatique est si souvent exposée par une chute d'un endroit élevé, par la rencontre d'un corps anguleux ou par un choc quelconque, occasionnent rarement une hépatite traumatique. J'ai donné des soins à un employé de chemin de fer dont l'hypochondre droit avait été comprimé entre les tampons de deux wagons, et qui, par suite, devint ictérique, sans qu'il se développât une hépatite. Ainsi, le foie ne semble point posséder une grande propension à l'inflammation traumatique, et il faut que la violence extérieure soit considérable, ou bien qu'il existe quelque circonstance particulière défavorable, pour que l'organe n'en soit pas défendu efficacement par sa propre mobilité et par l'arc des côtes. Budd, sur 62 cas d'abcès du foie qu'il a rassemblés, en compte seulement 2 dont une lésion mécanique était évidemment la cause. Morehead, sur 318 observations, n'en a trouvé que 4 de cette espèce.

2° *L'inflammation pyhémique ou métastatique.* Celle-ci est bien plus fréquente que la traumatique, dont elle diffère essentiellement sous

beaucoup de rapports. L'histoire de cette forme d'inflammation du foie conserve encore quelques côtés obscurs, qui ont besoin d'être plus exactement étudiés.

Le mode de production de l'hépatite métastatique est simple et clair lorsqu'il coïncide avec l'inflammation de la veine porte; il devient plus compliqué et plus obscur lorsque la pyhémie est consécutive à la lésion d'une autre veine. Il n'est pas rare d'observer, en même temps que la pyléphlébite, des abcès du foie. Dance (1) a vu quatre fois une hépatite suppurative se développer de cette manière; une fois ce fut à la suite de la cautérisation d'un cancer du rectum; une autre fois, après l'opération de la fistule à l'anus; enfin, dans les deux derniers cas, il y avait eu une opération de hernie étranglée, et une portion de l'épiploon, n'ayant pu être réduite, était entrée en suppuration. Cruveilhier (2) décrit un nouveau cas d'abcès du foie qui se produisit après le taxis forcé d'un prolapsus du rectum. Jackson, à Calcutta, vit trois fois le même accident avoir lieu après l'extirpation de tumeurs hémorrhoidales. Buck a vu des abcès du foie résulter de l'inflammation de la veine splénique. A propos de la pyléphlébite, nous apprendrons à connaître d'autres cas encore de la même espèce (3). Les observations d'abcès hépatiques consécutifs à l'inflammation de veines appartenant à la grande circulation sont de beaucoup les plus fréquentes. Les anciens médecins regardaient comme particulièrement dangereuses, sous ce rapport, les blessures de la tête, et la phlébite consécutive de la cavité et des os du crâne; cependant il n'y a pas, à ce point de vue, entre la tête et le foie, la sympathie étroite qu'admettaient Desault et Bichat. La phlébite, développée dans les diverses régions du corps, dans les extrémités inférieures ou supérieures, qu'elle soit causée par une saignée, une blessure, une fracture, etc., etc.; la phlébite utérine, etc., etc., peuvent toutes également, avoir le même résultat.

Il est difficile de découvrir les voies par lesquelles se fait l'embolie des vaisseaux hépatiques. Les parties morphologiques du sang, des fragments de thrombus, des bouchons purulents ne peuvent arriver par l'artère hépatique et la veine porte dans l'appareil vasculaire du foie, sans avoir préalablement traversé un autre système capillaire interposé. Il faut donc alors admettre que les éléments morphologiques du sang, après avoir traversé les capillaires du poumon, se sont arrê-

(1) *Archives générales de médecine.* Paris, 1829, t. XIX, p. 172.

(2) *Anatomie pathologique du corps humain,* livraison XVI.

(3) A l'aide d'injections de mercure, on a maintes fois suivi, expérimentalement, le développement des abcès hépatiques consécutifs à une lésion de la veine porte.