

parois de l'abcès se rapprochent et, quand les circonstances sont favorables, finissent par se confondre en une couenne solide et calcaire. 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.

L'estomac, le duodenum et le côlon sont, de tous les organes abdominaux, ceux dans lesquels les abcès hépatiques s'épanchent le

(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 rétrogradèrent; 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 cicatrisa, 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.

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, Rokitansky, Bentley (2), le pus, traversant le centre du diaphragme, pénétrer dans le péricarde, ou bien s'épancher dans la veine porte, la veine cave inférieure (3) et dans une veine hépatique (4).

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 (5) 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 (6).

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 (7). Les

(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. Jubiot (*Mouv. méd.*, 1873, n° 49) rapporte également un cas d'abcès ouvert dans la vésicule et suivi de mort.

(2) Bentley, *Transact. of the pathol. society*, t. II.

(3) Léon Colin, *Union méd.*, 1873, n° 92.

(4) Moxon, *The Lancet*, 1872, t. II.

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

(6) 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.

(7) Rokitansky a vu des conduits biliaires s'ouvrir dans les foyers purulents,

cas où le pus fourni par le foie est brun-rouge, chocolat ou jaune-lic 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 (3) 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 ténue, tantôt épaisse et poisseuse; sa couleur est brune, verdâtre ou rougeâtre; il est très-rare de la voir mélangée avec du pus.

par une section perpendiculaire ou oblique; rarement ils communiquaient avec eux par une érosion latérale. Cambay (*loc. cit.*, p. 529) a fait des observations analogues.

(1) Ἀπορροή d'Hippocrate.

(2) *Atlas*, pl. XII, 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.

(3) Budd, *On the Diseases of the Liver*. London, 1851.

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 cals rayonnés, blancs et fibreux, qui souvent renferment une matière jaune et caséuse. Cette forme d'inflammation a été décrite, dans ces derniers temps, comme étant une affection syphilitique du foie; nous la décrirons 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 gangrène 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. 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 poumons, la rate, et, de plus, une suppuration de l'articulation scapulo-humérale, 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 un centimètre d'épaisseur, qui séparait le foyer d'avec le parenchyme hépatique devenu exsangue. D'après l'expérience de Cruveilhier (1), d'Haspel (2) et d'autres, la gangrène s'empare quelquefois 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 prononcé semble provoquer la destruction gangréneuse des parties environnant les abcès du foie. Il paraît en avoir été ainsi dans un cas rapporté 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 inflammatoire détermine dans le foie.

(1) Cruveilhier, *Traité d'Anatomie pathologique générale*. Paris, 1862, t. IV.

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

Il en existe encore d'autres dans divers organes. Nous devons les étudier, afin de bien connaître la base matérielle de la maladie et d'acquiescer une idée nette de sa genèse.

II. *Canal intestinal*. — Les plus importantes et les plus constantes de ces lésions se trouvent dans le canal gastro-intestinal, dont la muqueuse est ordinairement le siège 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 léger, 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 lorsqu'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 concurremment avec la dysenterie sont rares (1). Sur 16 cas d'abcès rassemblés par Louis et par Andral, 3 seulement se compliquaient d'ulcères de l'intestin, et, sur ce nombre, 2 étaient de nature tuberculeuse; dans 8 cas observés par moi, la lésion de l'intestin fit toujours défaut.

Feltz (2) cite une observation de fièvre typhoïde, où des foyers puriformes du foie et de nombreux infarctus de cet organe avaient eu pour origine une thrombose de la veine porte.

Veyssière (3) rapporte un cas dans lequel la muqueuse du gros intestin présentait des plaques d'un rouge livide, épaisses, sur lesquelles existaient des ouvertures d'où la pression faisait sourdre du pus. Le foie contenait de nombreux abcès ressemblant à ceux de l'infection purulente.

III. *Veines*. — Un second groupe de lésions accompagnant les ab-

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

(2) Feltz, *Traité des embolies capillaires*. 2^e édit. Paris, 1870.

(3) Veyssière, *Bull. Soc. anat.*, 1873, p. 802.

abcès du foie est formé par les inflammations des veines, et par les affections nombreuses qui les provoquent ou qui en dérivent. Ce sont elles qui, dans les climats froids, servent, comme la dysenterie 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 conduits biliaires excréteurs, par exemple, une inflammation, une ectasie, des concrétions, des vers, etc., etc.

IV. *Plèvre et poumon*. — 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 symptomatique d'une phlébite secondaire.

V. *Organes de l'innervation*. — Dans les organes centraux de 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 dysenterie 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.

II. — Étiologie.

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, quoiqu'elle 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^o *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'au-

tres 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.

Carschmann (1) a observé un cas dans lequel 13 jours s'étaient écoulés entre le traumatisme et le début d'une hépatite suppurée.

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 (2) 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 (3) 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 hémorroïdales. Busk a vu des abcès du foie résulter de l'inflammation de la veine splénique. A propos

(1) Carschmann, *Deutsche klinik*. 1874.

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

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

de la pyléphlébite, nous apprendrons à connaître d'autres cas encore de la même espèce (1). 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 solides 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 arrêtés dans ceux du foie, soit parce que ces derniers sont plus étroits que les premiers, soit parce que, en séjournant dans le sang, les corps étrangers qui y sont charriés ont augmenté le volume; ou bien, si on rejette cette interprétation, il faut recourir à une autre théorie de la formation des abcès métastatiques dans le foie.

En examinant attentivement les abcès pyhémiques du foie, on trouve très-souvent que les veines hépatiques sont plus ou moins remplies par des thrombus, tandis que jamais je n'ai pu observer qu'il en fût ainsi pour les rameaux de la veine porte ou pour ceux de l'artère hépatique. Ce fait pourrait venir à l'appui de l'idée, souvent soutenue par Magendie, Meckel et autres, que les foyers métastatiques résultaient d'une oblitération des veines hépatiques, dans lesquelles des thrombus provenant de la veine cave auraient reflué. Cependant il n'existe aucune preuve évidente en faveur de cette opinion, et mes observations ne me disposent point à l'appuyer. Il est vrai qu'on ne peut mettre en doute la possibilité qu'ont les thrombus, de pénétrer dans les veines hépatiques; seulement il n'est pas vraisemblable que de là résultent des abcès. Après l'injection du mercure métallique dans les veines jugulaires des chiens,

(1) 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.

J'ai maintes fois retrouvé les globules de ce métal dans les veines hépatiques, sans que jamais il se produisit un abcès du foie. Dans un cas, l'animal mourut douze jours après l'injection ; les deux poumons étaient farcis d'abcès, les plèvres remplies par une exsudation purulente ; on trouva dans les veines hépatiques, en trois endroits différents, un globule mercuriel gros comme une tête d'épingle ; il en existait aussi d'autres plus petits dans les veines du cœur ; pourtant le foie n'était ni enflammé ni suppurant, et là même où gisaient les globules de mercure, la paroi de la veine hépatique n'offrait aucune altération. Ainsi donc, pendant que le travail morbide était fort avancé dans les poumons, on ne pouvait pas découvrir même le commencement d'une inflammation locale dans le foie (1), bien que la présence du corps étranger dans les veines hépatiques remontât à la même époque.

Si, au contraire, comme Cruveilhier l'a montré (2), on injecte le mercure par la veine mésentérique ou par tout autre vaisseau débouchant dans la veine porte, on voit, au bout de peu de temps, de nombreux foyers se produire dans le foie. On ne peut donc admettre que la lésion des veines hépatiques soit la cause des abcès pyhémiques du foie ; d'ailleurs le mode de répartition de l'inflammation qui existe surtout dans les portions de ces vaisseaux côtoyant les abcès, témoigne encore qu'elle est ici un phénomène secondaire. La plus grande vraisemblance est donc pour l'opinion d'après laquelle des fragments de thrombus, qui ont pu passer par les capillaires des poumons, se sont trouvés arrêtés dans les radicules de l'artère hépatique. Toutefois, il serait impossible de fournir une preuve incontestable, à l'appui de cette hypothèse.

Les foyers purulents multiples, compliquant l'endocardite, se rencontrent rarement dans le foie. Je n'ai connaissance d'aucun cas positif de cette nature. Virchow (3) rapporte une observation qui prouve que les foyers purulents dans le foie peuvent procéder de l'artère hépatique. Chez un individu, dont les poumons étaient farcis d'infarctus hémoptoïques gangréneux, des coagulums sanieux s'étaient formés dans les veines des poumons ; puis, entraînés dans le torrent circulatoire, ils avaient obturé l'artère mésentérique et avaient donné naissance à des foyers gangréneux dans le cœur, le cerveau, la rate, le foie, les reins et la peau.

(1) Gaspard (*Journal de physiologie*, t. I, p. 165) a trouvé, dans un cas, les globules de mercure entourés de petits abcès du foie.

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

(3) Virchow, *Archiv. für pathol. Anatom.*, t. I, p. 332.

En résumé, les dépôts pyhémiques dans le foie, si la théorie purement mécanique de la formation des abcès doit seule servir de loi, ce qui est loin d'être encore hors de question, ne sont pas encore suffisamment connus en ce qui concerne leur genèse.

3° *L'inflammation et l'ulcération du canal intestinal.* — La coïncidence fréquente des affections de l'intestin avec celles du foie, que nous avons constatée plus haut, a fait naître depuis longtemps l'idée qu'il existait entre elles des liens de causalité. De quelle espèce sont ces liens ? Là-dessus les opinions diffèrent. Broussais regarde l'inflammation du canal intestinal comme la cause la plus ordinaire de l'hépatite, et voici comment il s'exprime (1) : « L'hépatite est consécutive à la gastro-entérite, quand elle ne dépend pas d'une violence extérieure. » D'après lui, l'inflammation de la muqueuse intestinale, notamment celle du duodénum, gagnerait la muqueuse des voies biliaires, et par suite le parenchyme hépatique. Andral et d'autres médecins français adoptèrent cette manière de voir, non-seulement pour l'hépatite aiguë, mais encore pour celle qui est chronique et se termine par induration. « Dans plus d'un cas, dit Andral, l'observation des symptômes conduit à partager l'opinion de Broussais, qui admet que, dans la plupart des cas de phlegmasie du foie, il y a eu d'abord duodénite (2). »

En Angleterre et en Allemagne, cette opinion trouva moins d'écho, et cela à juste titre. Du reste, il est vrai que l'inflammation de la membrane intestinale peut envahir les voies biliaires, et c'est de cette manière que l'ictère prend naissance assez souvent ; néanmoins, c'est ordinairement en vain que, pour les abcès du foie, on essaye de démontrer anatomiquement cette propagation par continuité, et il est évident que, si cette hypothèse était vraie, l'hépatite serait beaucoup plus fréquente qu'elle ne l'est réellement.

D'après une autre opinion, formulée pour la première fois par Ribes, l'inflammation se communique de la muqueuse intestinale au foie par l'intermédiaire des veines. C'est de cette manière que, dans ces derniers temps, on a expliqué la coïncidence des abcès hépatiques avec la dysenterie des tropiques, en rapportant ces deux affections à une phlébite des radicules de la veine porte. Budd donne à cette interprétation une portée plus étendue encore : non-seulement il s'en sert pour expliquer l'existence simultanée d'un abcès hépatique et de la dysenterie, mais il y recourt encore pour rendre compte de la coïncidence de ces mêmes abcès avec l'inflammation

(1) Broussais, 149^e proposition.

(2) Andral, *Clinique médicale*, t. II, p. 289 et 439.

et l'ulcération des canaux biliaires, l'ulcère simple et carcinomateux de l'estomac, le ramollissement de la muqueuse gastro-intestinale. Non-seulement certains produits inflammatoires se mêleraient au sang de la veine porte lors de la suppuration des petites veines, mais encore, d'après Budd, le fluide sanguin serait contaminé de telle manière, par la pénétration des matières provenant des tissus ramollis, ainsi que par la résorption de gaz fétides et de liquides fournis par les portions du gros intestin, où siègent les lésions dysentériques, que l'hépatite en résulterait. L'admission dans les veines des produits inflammatoires donnerait lieu à un grand nombre de petits foyers purulents; celle des autres matières causerait une inflammation diffuse et la formation de gros abcès solitaires.

La dernière partie de cette hypothèse est aussi impossible à prouver qu'à réfuter; il est possible, voire même vraisemblable, que des matières délétères soient résorbées, mais jusqu'à présent cela n'a pu être démontré. Nous ne savons pas non plus quelles sont les causes pouvant déterminer une absorption, que nous ne voyons pas avoir lieu sous l'influence d'autres circonstances favorables, telles que l'ulcération typhoïde et tuberculeuse de l'intestin, la dysenterie des pays tempérés, etc. Nous ignorons enfin si le sang de la veine porte, ainsi infecté, produit une hépatite diffuse, et comment cela peut se faire.

Quant à la première partie de l'hypothèse, à savoir que la phlébite des radicules de la veine porte, qui émanent des points malades de l'intestin, produit des abcès du foie, comme complication des ulcérations dysentériques ou autres de la muqueuse gastro-intestinale, elle n'est nullement à l'abri de toute attaque. On a beaucoup trop généralement admis que la dysenterie précède l'inflammation du foie; presque tous les médecins qui ont observé dans les pays chauds ont acquis la conviction que souvent l'hépatite paraît avant, ou en même temps que la dysenterie, et fréquemment encore, sans que l'intestin soit nullement malade (1).

Ce que nous venons de dire s'applique, à plus forte raison, aux inflammations hépatiques de notre climat; car si on examine avec

(1) Cambay (*loc. cit.*, p. 212) fait la remarque suivante: « Nous croyons, en effet, que l'on a trop généralisé, lorsqu'on a avancé qu'en Algérie la dysenterie ou la diarrhée précédaient presque toujours l'hépatite; parce que nous avons observé plus de cas d'hépatite idiopathique, non précédés du flux abdominal, que de ceux qui en étaient précédés.

Annesley dit que, dans les Indes orientales, l'hépatite est, d'habitude, antérieure à la dysenterie. Dans ces derniers temps, Morehead a fait des observations analogues; il a décrit dix-sept cas d'abcès du foie sans maladie de l'intestin, et sept avec une dysenterie secondaire.

attention les observations recueillies, on voit que les relations de ces affections avec l'ulcération de l'intestin sont tout à fait secondaires (1).

Même dans les cas où l'ulcération dysentérique de l'intestin a précédé la formation des abcès hépatiques (2), on n'a pu fournir la preuve que la maladie du foie fût la conséquence de celle de l'intestin; c'est en vain, notamment, qu'on s'est efforcé de faire participer les racines de la veine porte à l'inflammation de l'intestin, et de représenter une pyléphlébite intestinale comme servant alors de trait d'union (3). Cambay n'a jamais trouvé enflammées ni les veines mésentériques ni la veine porte; Mühlig (4) a vu seulement une fois sur quatre, dans la veine mésentérique supérieure, de petits coagulum jaunes à moitié détruits. S'il est vrai que la lésion des fines ramifications des veines dans l'intestin puisse être facilement méconnue, il n'est pas moins évident que la preuve de l'existence de cette lésion est possible et doit être donnée, avant qu'on puisse se prononcer là-dessus d'une manière positive. Cela est même d'autant plus nécessaire, que le mode de formation des abcès, leur nombre restreint, etc., ne leur donnent pas d'ordinaire la physionomie des abcès pyhémiques; qu'en outre, les accidents typhoïdes de l'intoxi-

(1) Bristowe (*Transact. of the pathol. Society*, t. IX) a examiné soigneusement, dans ce sens, les observations recueillies à l'hôpital Saint-Thomas de Londres. Sur 320 cas d'ulcérations de l'intestin, 167 étaient tuberculeuses; dans ce nombre, on trouva 12 fois des cavernes tuberculeuses dans la glande hépatique, 45 étaient typhoïdes; 25 de nature maligne; 55 fois, les ulcères étaient simples, et 32 fois de nature dysentérique; avec ces derniers seulement, on observa 4 fois des abcès hépatiques; la dysenterie, dans ces 4 cas, était 3 fois secondaire, et dans 1 cas seulement, la relation entre elle et les abcès demeura obscure.

Sur 31 cas d'abcès hépatiques, 12 étaient des foyers tuberculeux; 5 étaient consécutifs à une pyhémie générale; 4 avaient pour cause des hydatides; 10 étaient dits idiopathiques, et parmi ces derniers, 6 se trouvaient liés à une ulcération de l'intestin. L'ulcération, dans 2 cas, était due à l'évacuation du contenu de l'abcès dans l'intestin, pour les 4 autres observations, il s'agissait de la combinaison soudite de l'affection hépatique, avec la dysenterie.

(2) D'après Cambay, à Oran, sur 20 cas de dysenterie, il y en a 1 compliqué d'hépatite.

(3) Andral (*Clinique médicale*, p. 290) rapporte deux observations qu'il considère, peut-être à tort, comme prouvant la propagation de l'inflammation entérique jusque dans le foie. Dans le premier de ces cas, l'iléum était fortement injecté, les veines porte et mésentérique inférieure présentaient à l'intérieur une teinte rouge, tandis que la veine splénique était pâle. En outre, le foie était volumineux et gorgé de sang. Dans le second cas, le foie était induré, la membrane de la veine porte rouge et friable; dans quelques-unes des branches de ce vaisseau, la surface interne semblait couverte d'une sorte de pseudo-membrane; l'estomac et la muqueuse intestinale étaient atteints d'une inflammation chronique. La membrane interne des autres vaisseaux était pâle.

(4) Mühlig, *Zeitschrift der Gesellsch. Wiener Aerzte*, t. VIII, p. 1 et 3.