

toussier, une grande quantité de sang ; il avoue qu'il buvait habituellement de l'eau-de-vie. Sa maladie, au moment où il entra à l'hôpital, ne datait que de vingt-quatre heures ; le 5 juin au matin, pendant un accès de crampe à l'estomac, il avait éprouvé comme une sensation de rupture et d'épanchement de liquide dans la région abdominale supérieure ; bientôt après il s'était senti très-faible, n'avait pu rester debout et avait perdu connaissance.

Le 6 juin, jour où le malade fut examiné pour la première fois, il se plaignit de crampes violentes dans les mollets et de douleurs dans les régions pylorique et iléo-cœcale ; l'intelligence était nette, la figure cyanosée, les extrémités froides et sans pouls. Le ventre est tendu et ballonné, le diaphragme est refoulé en haut, dans l'étendue d'un espace intercostal ; foie placé de champ et inaccessible à la percussion. On ne peut constater l'existence d'un épanchement dans la cavité abdominale. Parmi les organes thoraciques, le cœur est normal ; le sommet du poumon gauche présente une matité limitée, la respiration y est obscure. Urine très-rare, sans albumine ni matière colorante biliaire. — Prescription : cataplasmes froids, laudanum.

Le 7 juin. — Le malade se plaint de douleurs dans la région iléo-cœcale ; ventre fortement tendu, extrémités froides, vomissements d'une matière liquide verdâtre ; deux selles grises et argileuses. Dans l'après-midi la perception devient confuse ; vers le soir, somnolence. Mort sur les 7 heures. Dans les derniers moments, la peau avait pris une teinte jaunâtre.

*Autopsie*, 20 heures après la mort. — Rien d'anormal du côté du cerveau ni de ses enveloppes. Muqueuse des voies aériennes un peu rouge, glandes bronchiques volumineuses et pigmentées. Poumon gauche fixé par d'anciennes adhérences, farci de tubercules au sommet ; poumon droit sans altérations. Le cœur contient des caillots solides et jaunes.

L'estomac et le canal intestinal sont très-distendus par des gaz ; le foie, fortement refoulé en haut, a son bord tranchant tourné vers les côtes. Au-dessous de lui on découvre une tumeur d'un rouge brun, s'avancant jusqu'à la vésicule ; une tumeur semblable existe dans l'hypochondre gauche, à la face inférieure de la rate. À l'aide d'un examen plus attentif, on trouve que ces tumeurs sont formées par du sang en partie liquide, en partie coagulé, qui s'est amassé, au voisinage de la veine porte et de la veine splénique, entre les feuillettes décollées du petit épiploon, des ligaments hépato-duodénaux et gastro-splénique, et enfin du mésocolon (1). L'extravasation descend de chaque côté jusqu'aux reins, et, transversalement, elle occupe la région abdominale depuis la veine porte, le long du pancréas, jusqu'au hile de la rate. Le tronc de la veine porte et de la veine splénique, celui des branches plus petites qui en émanent présentent dans leur paroi une modification particulière.

Cette paroi a pris en certains points une couleur d'un jaune de soufre (2), due, comme le démontre l'examen au microscope, à une dégénérescence graisseuse. Les points jaunes du vaisseau sont mous et friables. On ne put arriver à découvrir sur le tronc de la veine porte et de la veine splénique une rupture par laquelle l'hémorrhagie se serait

(1) *Atlas*, pl. XII, fig. 3, donne le dessin d'une partie de cette préparation.

(2) *Ibid.*

faite ; mais en poursuivant l'investigation dans les branches de ces vaisseaux, notamment dans les vasa breviora, à partir de la veine splénique, on trouve que ceux-ci vont se perdre dans la masse du caillot ; il en est de même pour quelques-uns des rameaux veineux qui débouchent dans la veine coronaire droite. L'aorte, le tronc cœliaque et ses branches ne présentent rien d'anormal ; il en est de même de la veine cave ascendante.

Le pancréas est volumineux et d'une consistance molle ; sur une coupe de cette glande on remarque une sorte de réseau formé par des traînées plus ou moins larges de couleur jaune blanchâtre, qui sont principalement formées par des gouttelettes de graisse et par des nucléoles (1). Vers la tête du pancréas on trouve un foyer étendu de même nature, ayant un aspect purulent, et constitué par un débris graisseux. Près de ce foyer est placée une petite veine affluente à la veine porte, qui est fermée par un caillot rouge et déjà même blanchâtre en certains points ; les parois de cette veine sont jaunes et envahies par une dégénérescence graisseuse très-avancée. Tout autour il y a une masse énorme de sang coagulé. L'enveloppe du canal de Wirsung est couverte d'un dépôt adipeux mou.

Le foie est hypertrophié, mou et tenace ; sa couleur est d'un jaune clair ; son tissu conjonctif est hypertrophié, les cellules contiennent beaucoup de graisse. La vésicule biliaire est remplie d'une bile foncée. Rate petite, d'un brun-rouge, molle.

L'estomac renferme du mucus jaune, sa muqueuse est pâle.

La séreuse de l'intestin grêle est d'un gris ardoisé ; sa muqueuse livide, boursoufflée, est parcourue par des veines très-développées. Dans le gros intestin des matières fécales grises et solides ; muqueuse d'un rouge brun en certains endroits, notamment au voisinage de l'épanchement sanguin.

Reins exsangues mais d'ailleurs normaux.

#### Art. VI. — Inflammation purulente de la veine porte (2).

(Eitrige Pfortaderentzündung. Pylephlebitis suppurativa).

Dans l'inflammation purulente de la veine porte, les changements

(1) *Atlas*, pl. XII, fig. 3, donne le dessin d'une partie de cette préparation.

(2) Sasse, *De vasorum sanguiferorum inflamm.* Dissert. Halæ, 1797. — Bichat, *Anatomie générale*, t. I, p. 70. — Dance, *De la phlébite* (*Arch. gén. de méd.*, déc. 1828 ; janvier et février 1829). — Arnot, *Sur l'inflammation des veines*. — Balling, *Zur Venenentzündung*. Würzburg, 1829, p. 310. — Borie, *La Clinique*, 2 mai 1829. — Baczynski, *De venæ portæ inflamm.* Dissert. inaug. Turici, 1838. — Fauconneau-Dufresne, *Gazette médicale*. Paris, 1839, p. 724. — Mohr, *Medic.-centr.-Zeitung*, 9<sup>me</sup> année, n° 29. — Cruveilhier, *Anatomie pathologique du genre humain*, 16<sup>e</sup> livraison, pl. 3, in-folio ; et *Traité d'anatomie pathologique générale*. Paris, 1852, t. II. — Schönlein, *Klinisch. Vorlesung. von Guteroock*. Berlin, 1842. — Messow, Kaether et Sander, *De pylephlebitide*. Dissert. inaug. Berlin, 1844. — Walter, *Zeitsch. der Gesellsch. Wiener Aerzte*, 1846, t. III, p. 385. — Frey, *Heidelberger Annalen*, t. X, 2. — Niess, *Heidelberger Annalen*, t. XII, 3. — Lam-

éprouvés par les parois et le contenu du vaisseau malade présentent une physionomie différente de celle qu'ils affectent dans l'affection que nous venons de décrire, la thrombose et la pyléphlébite adhésive.

Ici, on trouve la veine dilatée ; après l'incision elle reste béante, ses parois sont épaissies, ramollies et imprégnées d'exsudat. Dans la gaine même du vaisseau on découvre une coloration rouge ou une infiltration séreuse, fibrineuse ou purulente. La tunique moyenne de la veine a subi des modifications semblables ; quant à la tunique interne, sa couleur est altérée, elle présente des teintes rouges, brunes, jaune verdâtre ; elle est ridée, assez souvent rompue et recouverte de couches de fibrine ou de pus liquide.

Le thrombus contenu dans la veine ne tarde pas à se décomposer, il se ramollit au centre, se transforme en une pulpe d'un rouge gris sale, puis finit par se résoudre plus ou moins complètement en un fluide purulent (1).

Ces diverses altérations se manifestent d'une manière accentuée dans certains points de la veine, qui varient avec le siège primitif de la maladie et avec la cause qui l'a produite ; mais elles ne demeurent jamais circonscrites, et envahissent une étendue considérable de cet appareil veineux. En général, les branches de la veine porte sont atteintes ; on trouve leur lumière obturée jusque dans leurs ramifications les plus fines par du sang coagulé, de la fibrine ou du pus ; ou bien ces branches sont dilatées et remplies d'un liquide purulent, de sorte que sur une coupe elles forment des cavités semblables à des abcès. Il n'est pas rare de voir ici, comme dans les autres espèces de phlébite, des particules de thrombus, entraînées au loin, donner lieu à la formation d'abcès métastatiques du foie ; ceux-ci se montrent alors, suivant leur degré de dévelop-

bron (Ernest), *Observation d'inflammation des veines du foie* (Arch. de méd., 1842, 3<sup>e</sup> série, t. XIV, p. 131). — Gluge, *Atlas der pathologischen Anatomie*, Jenæ, 1843, 47. — Budd, *Diseases of the liver*, p. 176. — Ormerod, *Lancet*, London, mai 1840. — Kesteven, *London medical Gazette*, décembre 1850. Hillairet, *Union médicale*, 1849, p. 262. — Marotte, *Revue médico-chirurgicale*, Paris, mars 1850. — Law, *Dublin quarterly Journal*, février 1851, p. 238. — Reuter, *Ueber Entzünd. der Pfortader*. Dissert. inaug. Nürenberg, 1851. — Breithaupt, *Preuss. Vereinszeitung*, n<sup>o</sup> 47, 1851. — E. Leudet, *Archives de médéc.*, févr. 1853, 5<sup>e</sup> série, t. I. — Buhl, *Zeitschrift für rationnelle Medicin.*, 1854, nouv. série, t. IV, p. 3. — Langwaagen, *De venæ portæ inflamm.* Dissert. inaug. Lipsæ, 1855. — Lebert, *Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale*, Paris, 1861, t. II, in-folio avec planch. — Bristowe, *Transact. of the patholog. Society*, t. IX, p. 279.

(1) Une simple rougeur de la paroi interne de la veine porte ne suffit pas pour caractériser l'inflammation. Aussi nous ne regardons pas, comme des cas de pyléphlébite, les observations rapportées par Andral (*Clinique médic.*, t. IV, p. 291), où ce signe seul existait concurremment avec une inflammation chronique de l'intestin.

pement, soit à l'état d'infarctus d'un rouge brun, soit à l'état de cavités pleines de pus et colorées en jaune. Il est rare de voir la métastase dépasser le foie ; sur 25 cas, il n'y en avait que 4 avec des foyers purulents dans des organes éloignés ; c'est ainsi que Dance a trouvé du pus dans la parotide, le muscle deltoïde, l'articulation de l'épaule et les poumons ; Walter en a découvert dans le cerveau, les reins et les poumons ; Breithaupt, dans la rate, etc., etc.

Les racines de la veine porte sont moins souvent intéressées que ses rameaux ; il y a des cas où elles sont toutes plus ou moins malades, et remplies de sang coagulé, de fibrine ou de pus ; il en est d'autres, où un grand nombre d'entre elles restent saines, tandis que quelques-unes sont, isolément, le siège d'un travail inflammatoire qui a parcouru toutes ses phases. Tout cela dépend principalement du point de départ de la pyléphlébite et des causes qui l'ont produite.

#### I. — Étiologie.

L'inflammation purulente de la veine porte est presque toujours une affection consécutive, provoquée par un travail de suppuration siégeant dans les organes que le vaisseau traverse ou d'où il prend sa source. Les cas sont très-rare où on ne peut arriver à démontrer ce mode de développement, et où on voit la maladie dépendre d'une cause extérieure telle que le traumatisme.

D'après ce qu'on a pu observer jusqu'ici la pyléphlébite suppurante est causée :

1<sup>o</sup> Par une blessure de la veine porte. — La littérature médicale ne possède qu'un seul exemple de pyléphlébite traumatique rapporté par Ernest Lambron (1). Cette observation, qui montre la maladie sous sa forme la plus simple, peut trouver place ici (2).

OBSERVATION CXVI. — Le 4 juin 1841, entre à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Athanase, n<sup>o</sup> 15, le nommé François Roussy, journalier, âgé de 69 ans, de petite taille, assez musclé, mais cependant paraissant

(1) E. Lambron, *Observation d'inflammation des veines du foie* (Archives de médecine, 1842, 3<sup>e</sup> série, t. XIV, p. 129).

(2) On peut encore comprendre dans la forme traumatique de la pyléphlébite l'inflammation qui, chez les nouveau-nés, se propage, du point où les veines du cordon ont été liées, dans le tronc et la branche droite de la veine porte, parfois même, dans les racines de ce vaisseau, telles que les veines splénique, pancréatique et mésentérique. Cette inflammation a été décrite par Fr. Meckel et par Sasse (*Dissertatio de Vasorum sanguiferorum inflammatione*, Halæ, 1777). Elle amène tantôt l'occlusion de la veine porte ou de sa branche droite, tantôt la suppuration et une péritonite générale. Voyez Bednar, *Krankheiten der Neugeborenen*, Wien, 1852, t. III, p. 175. — Fr. Weber, *Patholog. Anatom. der Neugeborenen*; H. Meckel, *Annal. des Charitékrankenhausens*, t. IV, p. 218.

encore plus vieux que son âge. Depuis quelques semaines, ce malade souffre de l'estomac, a de temps en temps des envies de dormir, et va très-difficilement à la selle. Ne sachant à quelle cause attribuer ce malaise, si ce n'est, dit-il, à ce qu'il croyait avoir trop de bile, il s'administra lui-même, il y a une huitaine de jours, un grain d'émétique qui ne lui procura aucune amélioration. Le jour de son entrée à l'hôpital, il est pris de frissons irréguliers et d'envies de vomir, il dort mal la nuit.

Le 5 juin, à la visite du matin, examiné avec soin, on trouve le pouls à peu près normal; la respiration excellente; la langue blanche, quelques envies de vomir, de la constipation: il accuse, dans l'hypocondre droit, des douleurs qui se présentent sous forme de malaise continu avec des exacerbations que le malade compare à des crampes très-vives; la pression sur cette région est à peine douloureuse; le foie et la rate ont leur volume normal; les autres fonctions paraissent se faire régulièrement. (Limonade vineuse, le quart.)

6 et 7 juin. — Les frissons ne se sont pas montrés; mais les douleurs dans l'hypocondre ont été très-violentes et ont beaucoup fatigué le malade; la langue est couverte d'un enduit blanchâtre, il y a quelques envies de vomir, la pression sur l'épigastre n'est pas douloureuse, la constipation persiste. (Un grain d'émétique, eau de veau, julep.)

Le 8. — Le malade est plus souffrant, les douleurs ont été très-vives dans la journée, la peau et les sclérotiques ont pris une légère teinte jaunâtre, les urines n'ont pas une couleur jaune bien appréciable.

Le 11. — Les douleurs dans l'hypocondre droit persistent toujours avec des exacerbations de temps en temps. La teinte ictérique des sclérotiques et de la peau est plus prononcée. Les urines examinées jusqu'à ce jour avec l'acide nitrique n'avaient rien donné; aujourd'hui cet acide développe une couleur verte qui passe au rose par un excès d'acide. (200 grammes de sang sont tirés par six ventouses appliquées sur la région du foie.)

Le 12. — La douleur est moindre, mais le malade a eu des envies de vomir et quelques frissons le soir, suivis de chaleur et de sueurs; sa langue est sèche, couverte d'un enduit noirâtre, il a le hoquet et a rendu quelques selles liquides verdâtres, le pouls est à 96. Le volume de la rate n'est pas sensiblement augmenté; cependant, à cause de l'accès fébrile bien caractérisé, on administre 20 centigrammes de sulfate de quinine.

13. — L'état est à peu près le même qu'hier, le hoquet se montre de temps en temps, le malade a eu quelques frissons la nuit, le stade de chaleur a manqué, les sueurs ont été moins abondantes; encore un peu de fièvre le matin, 80 pulsations par minute. (Vésicatoires sur l'estomac pour arrêter le hoquet, 20 centigrammes de sulfate de quinine, bouillon.)

Le 14. — Le sulfate de quinine, administré deux jours de suite, n'a point arrêté ou modifié les frissons et les accès fébriles; le hoquet s'est montré encore quelquefois. (Eau de Seltz, tisane de gomme et de groseille.)

Le 15. — Les accès fébriles, simulant des accès de fièvre intermittente avec plus ou moins de régularité dans les trois stades, et résistant à l'em-

ploi du sulfate de quinine, le hoquet, l'ictère, les douleurs de l'hypocondre droit, l'absence de lésions dans d'autres points du corps et le volume à peu près normal de la rate, font porter le diagnostic de phlébite hépatique.

Le 17. — Le malade est dans cet état qu'on a décrit sous le nom d'état putride chez les vieillards. (On prescrit de l'eau magnésienne.)

Le 18. — Le malade va un peu mieux, la coloration ictérique semble moins prononcée.

Le 22 et le 23. — On donne de nouveau une bouteille d'eau magnésienne.

Le 24. — Le malade, se sentant mieux, demande à manger, on lui donne le quart; le soir il est pris de frissons violents avec fièvre; mais cette fois les stades sont confondus, car les frissons ont lieu en même temps que le corps est couvert de sueurs abondantes, les urines renferment beaucoup moins de bile.

Le 25. — La fièvre n'a pas sensiblement cessé et semble vouloir devenir continue; la peau est couverte de sueur, la langue qui, les jours précédents, s'était humectée, redevient sèche, le malade se plaint également de ses douleurs qui l'avaient quitté depuis cinq ou six jours.

Les 26 et 27. — Les frissons apparaissent de nouveau avec le hoquet de temps en temps, la fièvre a pris le type intermittent, le pouls est résistant et assez développé, l'auscultation fait percevoir un peu de râle crépitant avec souffle léger à la base du poumon droit, le malade est très-abattu. (Vésicatoire sur le côté droit de la poitrine.)

Les 28 et 29. — Le malade s'affaïsse de plus en plus; il a un peu de délire: son pouls petit et dépressible est à 104; il meurt dans la nuit du 29 au 30 juin.

*Autopsie*, 30 heures après la mort. — Légère teinte ictérique de tous les tissus. Point de sérosité dans l'abdomen.

Le foie a son volume normal; sa couleur est d'un jaune verdâtre foncé ou bronzé. Les membranes d'enveloppe sont saines, seulement la séreuse offre en quelques points des adhérences avec le feuillet péritonéal qui recouvre le diaphragme. La vésicule biliaire a son volume ordinaire; elle offre également quelques adhérences séreuses. Elle est remplie d'une bile qui a tous les caractères de la bile ordinaire.

En disséquant le pédicule vasculaire du foie et surtout les canaux biliaires qu'on trouve un peu dilatés, une incision, faite par mégarde, laisse écouler une petite quantité d'un liquide rougeâtre, sanieux, mélangé à quelques petits flocons de pus. Je crus d'abord que cela venait des canaux biliaires; j'ouvre alors le duodénum et je cherche si le canal cholédoque ne serait pas oblitéré à son embouchure; je ne trouve rien d'anormal, une bile jaunâtre épaisse s'écoule même facilement du petit tubercule sur lequel est la lumière de ce conduit biliaire. On incise le canal dans sa longueur; il ne laisse échapper que de la bile, il n'est point malade. Une ligature est posée sur le bout supérieur pour empêcher que la bile, en continuant de fluer, ne gêne dans la dissection des autres vaisseaux du pédicule du foie.

Bientôt il est facile de voir que ce pus vient de la veine porte. On incise ce vaisseau, et il en sort un flot de liquide lie de vin. En suivant les racines ou les divisions mésentériques de cette veine, on trouve sur le

tronc de la veine mésentérique supérieure un corps étranger que l'on reconnaît aussitôt pour une arête de poisson. Celle-ci, implantée dans la tête du pancréas, traverse obliquement de haut en bas et d'avant en arrière la paroi antérieure de cette veine, plonge dans sa cavité, et s'est engagée de 1 ou 2 millimètres dans la paroi postérieure et épaissie de ce même vaisseau. Sa longueur est d'environ 3 centimètres, sa grosseur est celle d'une forte épingle, elle est jaunâtre, dure et résistante; l'extrémité qui est engagée dans la veine est contournée en forme de tire-bouchon.

Au niveau de l'ulcération produite par ce corps étranger la veine mésentérique a sa cavité oblitérée par de fausses membranes de couleur grise ardoisée. Celles-ci sont adhérentes et font parfaitement corps avec les parois de ce vaisseau; elles s'étendent depuis les embouchures des petites veines, qui viennent directement de la partie supérieure du jéjunum, jusqu'à l'orifice de la veine splénique, en devenant de moins en moins adhérentes; et même l'une d'elles s'avance et flotte un peu sur cet orifice qu'elle recouvre à peu près à moitié. Au-dessous de cette oblitération les divisions ou racines de cette grande mésentérique sont saines, seulement elles renferment des caillots sanguins fibrineux dans l'étendue de quelques pouces.

La veine splénique a son calibre, sa couleur et sa consistance ordinaires, mais elle contient une certaine quantité du liquide couleur lie de vin que nous avons déjà noté en ouvrant le tronc de la veine porte. Il est vraisemblable que ce liquide aura coulé après la mort, et peut-être pendant la dissection, dans cette veine splénique, parfaitement saine d'ailleurs, comme je viens de le dire.

Avant de suivre plus loin les altérations veineuses, il était curieux de savoir comment cette arête avait pénétré là. Était-elle venue directement de l'estomac? C'était la première question qu'on devait naturellement se faire. On remet alors en place cet organe qui avait été seulement soulevé pour faire la dissection du pédicule vasculaire du foie, et l'on voit facilement sur la face postérieure de l'estomac, à un centimètre environ du pylore, un point brunâtre d'un millimètre de diamètre, correspondant à l'extrémité libre de cette arête et offrant à son centre une petite dépression recouverte d'ailleurs par le péritoine lisse et sans la plus petite trace d'adhérence. La face interne de l'estomac, examinée dans le point correspondant à ces traces de lésion, n'offre pas de tache brunâtre, mais on y voit un petit pertuis dans lequel on engage facilement la pointe d'une épingle. Une soie de sanglier nous montre que c'est l'ouverture d'un petit trajet qui comprend à peu près l'épaisseur des parois de l'estomac, mais est terminé en cul-de-sac, c'est-à-dire est oblitéré au niveau de la petite dépression que nous avons remarquée sur la face externe de l'estomac.

Quoique ce trajet ne soit plus perméable et qu'on ne trouve plus d'adhérences séreuses sur la surface externe de l'estomac, parce que, très-faibles, elles auront sans doute été rompues pendant les efforts de vomissements, il ne paraît pas douteux que cette arête n'ait traversé l'estomac dans le point que nous venons d'examiner, pénétré la tête du pancréas dans le point correspondant, et, cheminant toujours, n'ait perforé la paroi antérieure du tronc de la grande mésentérique, dans la cavité de

laquelle elle est entrée, en causant les désordres que nous avons indiqués.

Si maintenant nous passons à l'examen de la veine porte et de ses branches hépatiques, on trouve le tronc de cette veine non oblitéré, mais rétréci par de fausses membranes très-peu adhérentes aux parois veineuses qui paraissent seulement un peu épaissies. Le sinus porte est rempli de pus mélangé de sang et dans certains points de pus phlegmoneux. Si l'on suit plus loin les divisions hépatiques de cette veine, on en trouve quelques-unes remplies du même liquide lie de vin avec leurs parois tantôt saines, tantôt enflammées, épaissies et présentant dans quelques points des fausses membranes d'un gris ardoisé. D'autres contiennent seulement des caillots de sang, qui se prolongent jusque dans de très-petites ramifications de ces divisions veineuses. Enfin, d'autres branches sont restées étrangères à ces désordres et sont parfaitement saines.

Le foie n'offre point d'abcès métastatiques; mais son tissu au niveau du sinus porte est très-ramolli; on le trouve même à l'extrémité droite de ce sinus d'un brun ardoisé très-prononcé et presque diffusé; un peu plus de durée dans la maladie, et il est probable que ce tissu eût été transformé en pus. Dans les points du foie où se portent les divisions veineuses qui sont saines, le tissu hépatique n'est point altéré, les granulations d'un jaune verdâtre sont très-bien conservées, les espaces interlobulaires sont rougis par le sang qu'ils renferment, ainsi que la veine intra-lobulaire. Dans ceux où se portent les divisions veineuses qui contiennent des caillots sanguins, les granulations sont également intactes, mais elles sont moins rouges à leur circonférence et à leur centre. Enfin, dans les points du foie où se portent les divisions veineuses qui contiennent du pus et sont enflammées, les granulations sont encore conservées, mais le tissu interlobulaire est mou, comme diffusé, et les veines intra-lobulaires paraissent sur une coupe exsangues et béantes.

Les veines sus-hépatiques sont parfaitement saines et ne renferment que très-peu de sang.

Les reins, la rate et les intestins ne sont point malades. Le poumon droit offre un peu de pneumonie hypostatique; mais ni le droit ni le gauche ne présentent la trace du plus petit abcès. Le cœur, assez volumineux, contient quelques caillots; le ventricule droit en renferme un qui est fibrineux et se prolonge dans l'artère pulmonaire.

2° *Par une ulcération du canal intestinal ou de l'estomac.* — C'est là le point de départ le plus fréquent de la maladie; sur 25 cas, 9 avaient cette origine. La cause la plus fréquente est l'inflammation qui, provoquée dans le cœcum et l'appendice cœcal par la rétention de matières fécales endurcies, ou par la présence de corps étrangers, tels que des esquilles osseuses, des calculs biliaires, des arêtes, entraîne la production d'ulcérations profondes, souvent même perforantes, et d'une péritonite purulente circonscrite. Il arrive alors que le travail inflammatoire envahit les radicules de la veine iléo-cœcale; de là résulte une phlébite qui reste locale ou s'étend jusque dans le tronc de la veine porte.

Dans le foie on trouve soit des abcès métastatiques, soit les résidus d'une phlébite qui s'est propagée jusque dans la glande.

Nous allons rapporter quelques observations dues à Mohr (1), à Waller (2) et à Buhl (3); elles serviront ici de commentaires.

OBSERVATION de Mohr CXVII. — Il s'agissait d'une servante, âgée de 17 ans, qui se présenta à l'hôpital de Würzburg, avec les symptômes d'une fièvre gastrique. La fièvre avait des rémissions, de sorte qu'on crut avoir affaire à une fièvre intermittente tierce; cependant on remarqua qu'une sueur profuse et persistante succédait à un frisson de courte durée. Les garde-robes étaient tantôt difficiles, tantôt fluides; des aphthes couvraient la langue, et furent suivis d'ulcérations. Plus tard, le type tierce de la fièvre devint double quotidien; diarrhée fréquente, sueurs exténuantes.

Vers la quatrième semaine de la maladie, de nouveaux aphthes apparurent, le ventre se ballonna et devint sensible à la pression; selles ténues et bilieuses. Celles-ci prirent une apparence floconneuse; le ventre devint fluctuant; vomissements, sueurs colliquatives; mort dans la sixième semaine; la connaissance était restée complète jusqu'à la fin.

Autopsie. — Beaucoup de liquide purulent dans la cavité abdominale; taches d'un brun rouge sur la membrane de l'intestin. Foie volumineux, contenant six abcès remplis d'un pus poisseux, et constitués par des branches dilatées de la veine porte; toutes les branches, tous les rameaux de cette veine sont gorgés de pus. La veine iléo-cœcale est dilatée, épaissie; sa paroi interne, d'une couleur foncée, est recouverte par un fluide purulent; quelques-uns de ses rameaux contiennent des bouchons de fibrine. L'appendice cœcal a pris le volume du doigt; il est infiltré de pus; sa muqueuse a une teinte ardoisée. Rate dure, sans changement de volume; parois de l'intestin épaissies, recouvertes d'un fluide floconneux, glandes de Peyer teintées en rouge.

Ce cas est surtout remarquable, en ce que l'ictère, le délire, la tuméfaction de la rate, symptômes habituels de l'inflammation de la veine porte, faisaient ici défaut.

OBSERVATION de Waller CXVIII. — Un mécanicien, âgé de 20 ans, avait déjà éprouvé, à plusieurs reprises, depuis l'année 1844, de violentes douleurs dans la fosse iliaque droite, lorsque, le 1<sup>er</sup> septembre 1845, il tomba gravement malade.

Dans la région iléo-cœcale, douleurs vives s'exagérant par le moindre attouchement; météorisme, vomissement, fièvre. Les saignées locales restent sans succès. Ces douleurs se prolongèrent pendant quatre semaines, sans diminuer un moment; selles difficiles, et seulement par l'intervention des purgatifs salins.

(1) Mohr, *Medic. Central-Zeitung*, IX Jahrb., n° 29.

(2) Waller, *Zeitschrift der Gesellsch. der Aerzte in Wien*, III, 1846, p. 385.

(3) Buhl, *Zeitschrift für ration. Medic.*, 1854, p. 348.

3 octobre. — Peau brûlante, sèche; amaigrissement considérable, langue rouge. 120 pulsations; selles aqueuses, tympanisme; foie hypertrophié et sensible à la pression ainsi que la région iléo-cœcale.

8 octobre. — Violent frisson qui dure une demi-heure, puis, chaleur et sueur profuse. Cet accès se renouvelle le 9, le 10, le 11 et le 12 octobre, sans prendre un type régulier; il disparaît par l'usage de la quinine jointe à la morphine. En même temps que le frisson, un ictère s'est développé, et le volume du foie a pris un accroissement rapide. Tous les jours, plusieurs selles fluides, d'un vert sombre; urine rare et sédimenteuse. De temps en temps vomissements d'un liquide vert pâle, délire nocturne.

Le 31 octobre, 61<sup>e</sup> jour de la maladie et 23<sup>e</sup> après l'apparition du frisson, le malade succomba au milieu des symptômes d'une consommation hectique très-avancée.

Autopsie. — Foie gros, contenant plusieurs abcès atteignant jusqu'au volume d'une orange, le tronc de la veine porte et ses principales divisions, surtout celles du lobe droit du foie, sont remplis de concrétions fibrineuses qui, à leur centre, ont subi un ramollissement purulent; une branche contient du pus fluide. La paroi de la veine porte est épaissie, infiltrée de sérosité, et ramollie. La rate grosse, d'un bleu rouge, contient en plusieurs endroits des dépôts fibrineux, dont le volume va de celui d'une lentille à celui d'un haricot. L'appendice cœcal se confond, par son extrémité perforée, avec un sac rempli de pus épais; on ne découvre aucun corps étranger. Estomac et intestin à l'état normal. Le rein droit renferme plusieurs foyers purulents.

OBSERVATION de Buhl CXIX. — Le malade était âgé de 19 ans. Le 11 octobre 1853, il avait été pris tout à coup, après une erreur de régime, de douleurs dans le ventre, de frissons, de vomissements et de diarrhée. Les douleurs disparurent, mais le frisson se reproduisit une fois le 16, et deux fois le 17; le 18, un liquide vert fut vomé. Le 20, la peau prit une couleur jaunâtre; le 21, le malade ressentit de la douleur dans le lobe gauche du foie, qui était le siège d'une tuméfaction inégale; l'ictère continua de progresser. Le 26, deux accès de frisson, et cinq autres dans chacun des trois jours suivants; puis, plus tard, simplement des sueurs; vomissements répétés. Le volume du foie alla toujours en augmentant, selles ténues, contenant beaucoup de bile; urine rare et presque dépourvue de pigment biliaire.

Le 2 novembre, la douleur siégeant dans la région hépatique a disparu, les sueurs continuent de se produire. Délire, sopor; le malade succomba le 5 novembre.

Autopsie. — Le foie a doublé de volume; dans le lobe droit, mais principalement dans le gauche, on trouve de nombreux abcès, gros comme une noix, et même comme un œuf; si on pratique une coupe, on découvre un très-grand nombre de petits foyers purulents arrondis. L'appendice du cœcum épaissi, d'un rouge noirâtre, rempli de pus, a été perforé vers son extrémité par des matières fécales; cette perforation conduit dans un abcès gros comme une noix, et clos du côté du péritoine. De là, part un trajet fistuleux, à direction sinueuse, qui se dirige à travers les feuillettes du mésentère vers le tronc de la veine porte; les veines mésentériques

voisines sont remplies par de l'ichor et par des bouchons fibrineux canalisés; un de ces bouchons obture le tronc de la veine porte. La paroi interne de cette veine est ridée et d'un jaune vert. Dans les rameaux hépatiques, on trouve du pus et des coagulums; le volume de la rate a doublé.

Il est plus rare que le gros intestin serve de point de départ à la maladie. Borie (1) a vu un homme atteint d'une fistule recto-urétrale, être pris tout à coup de frissons et des accidents d'une violente inflammation du rectum. A l'autopsie on trouva le foie hypertrophié, et la veine porte remplie par une matière purulente, blanchâtre, fortement adhérente à la membrane vasculaire. Le professeur E. Leudet, de Rouen, a observé les mêmes désordres consécutivement à une lésion du rectum par la canule d'une seringue.

Le foyer primitif de la maladie a, bien plus rarement encore, l'estomac pour siège. Bristowe (2) rapporte un cas de cette espèce, où l'inflammation purulente de la veine porte provenait d'un ulcère chronique de l'estomac.

OBSERVATION CXX. — Le malade, ouvrier âgé de 44 ans, adonné à l'ivrognerie, souffrait depuis longtemps de douleurs dans l'estomac, de vomissements, de constipation, et avait par suite beaucoup maigri. Tout à coup survinrent des douleurs violentes, le malade vomit des matières semblables à du marc de café, il tomba dans le collapsus, ses extrémités se refroidirent, et il succomba.

On trouva dans l'estomac, dont la paroi épaissie était couverte par un exsudat, un ulcère énorme qui avait envahi le pancréas. Les branches principales de la veine porte étaient pleines de caillots en voie de décomposition purulente. Le jejunum, à sa partie supérieure, était, dans l'étendue d'un pied, d'une couleur rouge sombre et recouvert du pus; la muqueuse était atteinte de diphthérie.

Bamberger mentionne un cas analogue (1).

3° *Par suppuration ou décomposition putride de la rate.* — Des abcès de la rate s'ouvrent quelquefois dans la veine splénique et y déterminent une inflammation qui se propage à la veine porte. Dans un cas j'ai rencontré, au sein de la rate, plusieurs abcès dont un s'était frayé un passage dans la veine splénique et avait occasionné une phlébite suppurative. Voici cette observation.

OBSERVATION CXXI. — *Séjour dans une contrée marécageuse, fièvre ayant duré trois semaines, et de nature soi-disant typhique; douleurs vives dans*

(1) Borie, *La Clinique*, 2 mai 1829.

(2) Bristowe, *Transactions of the patholog. Society*, t. IX, p. 279.

(3) Bamberger, *Krankheiten der Digestionsorgane*, p. 285.

*les deux hypochondres; gêne dans les fonctions du diaphragme; absence d'altérations des poumons. Sueurs profuses, constipation, frissons répétés, pouls très-fréquent, collapsus rapide, mort.* — Autopsie: *Adhérences nombreuses des viscères abdominaux; dans la rate, plusieurs abcès volumineux, communiquant avec la veine splénique, dont les parois inégales sont recouvertes de pus et de caillots solides jusqu'à son embouchure dans la veine porte; caillots en partie décolorés, en partie d'un rouge brun, et pus dans les ramifications de la veine-porte.* — Ferdinand Schneider, âgé de 37 ans, ouvrier tonnelier, resta à l'hôpital Allerheiligen de Breslau, du 2 au 13 novembre 1858. Il avait travaillé comme prisonnier, à Koberwitz, pendant six mois; il y tomba malade, il y a trois mois, et cette maladie, qui paraît avoir été un typhus, dura trois semaines. Mais les renseignements fournis par le malade ne permettent pas une opinion bien arrêtée sur la nature de l'affection dont il fut alors atteint. Peu de temps après avoir repris son travail, il éprouva, dans la partie supérieure de l'abdomen, de vives douleurs qui l'arrêtaient souvent dans son ouvrage, et surtout gênaient ses mouvements; il dit qu'en même temps le ventre se gonfla, et les garde-robes devinrent difficiles. Sa mise en liberté ne le débarrassa pas de ses douleurs; il fut obligé de garder le lit, et fut pris de sueurs telles, que son hôtesse ne voulut pas le garder davantage, et qu'il fut forcé d'entrer à l'hôpital.

Le malade est un peu amaigri, a une fièvre modérée, sue beaucoup, et se plaint d'une douleur à l'épigastre et à l'hypochondre, qui gêne sa respiration. Ces régions sont sensibles à la pression; la rate et le foie sont tuméfiés, le ventre est un peu soulevé, les garde-robes sont rares. Le diaphragme remonte assez haut, et ne descend presque pas dans l'inspiration, tandis que le thorax est alors fortement soulevé. Malgré une légère amélioration produite par l'huile de ricin, les douleurs et l'immobilité du diaphragme, en l'absence de toute altération des poumons, persistent à un degré qui fit admettre une péritonite circonscrite de la partie supérieure de l'abdomen.

Le malade avait un teint cachectique, un peu grisâtre; mais il n'avait pas et n'avait jamais eu d'ictère; la couleur des selles était normale, l'urine ne présentait ni albumine ni pigment biliaire.

Au bout de quelques jours, par suite de l'emploi des émissions sanguines locales, il y eut un mieux sensible; la fièvre était tombée, l'appétit avait reparu, le ventre s'était affaissé, la respiration revenait à son type normal.

Le 10, la tuméfaction du ventre avait augmenté et il y avait de la fluctuation; le scrotum et les extrémités inférieures présentaient un peu d'œdème, les douleurs et la fièvre étaient revenues avec les sueurs nocturnes.

Le 11, il y eut un frisson de 1 heure 1/2, suivi de deux autres le lendemain, avec des sueurs profuses, mais sans ictère; le pouls s'éleva à 150, les forces tombèrent rapidement. Pas d'albumine dans les urines; selles de couleur normale; pas de vomissements.

Le 13, le malade meurt en essayant de se placer sur le côté.

*Autopsie* 18 heures après la mort. — Membranes cérébrales à l'état normal. Cerveau un peu pâle, mou.

Voies aériennes libres; poumons un peu fermes, d'un brun rouge, hy-