

Au début et souvent même plus tard l'étude des symptômes ne permet pas d'établir un diagnostic précis; elle peut tout au plus conduire à admettre la probabilité d'une affection de la veine porte. Il n'y a pas de signes précis qui, pris isolément, puissent faire reconnaître la pyléphlébite, quoi qu'en disent certains observateurs qui avaient cru en trouver dans le siège ou la nature de la douleur; la réunion d'une certaine série de troubles fonctionnels et leur enchaînement peuvent seuls servir de guide. Les symptômes les plus importants au point de vue du diagnostic sont les suivants: la douleur à l'épigastre, au-dessus de l'ombilic, dans l'hypochondre droit, ou bien dans une des autres régions où l'inflammation peut avoir son point de départ; les accès de frisson revenant à intervalles irréguliers, suivis de sueurs profuses et d'un gonflement douloureux du foie et de la rate, avec diarrhée bilieuse et amaigrissement rapide; enfin les accidents typhoïdes de l'infection du sang, et la péritonite générale. Ajoutons que ces symptômes sont précédés de ceux qui appartiennent à la pérityphlite, à l'inflammation de la rate, aux ulcérations intestinales, aux calculs biliaires, etc., affections dont l'inflammation de la veine porte est la conséquence.

La pyléphlébite purulente peut être confondue avec les maladies suivantes:

1° *Thrombose de la veine porte.* — Ici nous ne trouvons pas de fièvre intense accompagnée d'accidents typhoïdes; il n'y a pas non plus de péritonite, mais une ascite, qui atteint rapidement un développement considérable.

Le foie, qui augmente de volume dans la pyléphlébite suppurante, est au contraire diminué dans la forme adhésive. L'ictère, qui existe le plus souvent dans la première, est exceptionnel dans la seconde. La dilatation des veines des parois abdominales est la règle dans la thrombose et se rencontre à peine dans l'inflammation suppurative. En outre, les états morbides précurseurs diffèrent dans les deux formes. Ce sont, pour l'obstruction de la veine porte: l'atrophie chronique, la cirrhose ou le carcinome du foie, la péritonite chronique, etc.; pour l'inflammation suppurative: la pérityphlite, la splénite, les calculs biliaires, etc.

2° *Abcès du foie.* — Ils sont dus à des causes d'une autre nature, le plus souvent à une contusion de l'hypochondre droit; la douleur se limite au foie; il n'y a pas d'infection pyémique, de gonflement de la rate, de diarrhée ni d'autres signes indiquant un arrêt dans la circulation de la veine porte.

3° *Obstruction des voies biliaires par des calculs.* — Nous trouvons

ici, il est vrai, l'ictère, la tuméfaction et la sensibilité du foie, les accès de frisson irréguliers comme dans l'inflammation suppurative de la veine porte; mais la diarrhée, le gonflement de la rate, les signes de l'obstruction de la veine porte et ceux de l'infection du sang font défaut.

4° *Fièvre intermittente.* — Les accès de frisson et le gonflement de la rate sont communs aux deux maladies; mais l'ictère, la tuméfaction douloureuse du foie, les symptômes de stase sanguine, la chute rapide des forces, et enfin l'inefficacité du quinquina mettent à l'abri de l'erreur.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT.

Cette maladie ne laisse pas l'espoir d'une terminaison heureuse; la mort en a toujours été la conséquence. On ne concevrait la possibilité d'une guérison que dans les cas où le mal est limité à quelques branches de la veine porte. La thérapeutique est impuissante contre l'inflammation purulente de la veine porte; elle peut tout au plus diminuer l'intensité des symptômes, mais elle n'a aucune influence appréciable sur la marche de la maladie. On ne peut guère espérer, en raison de la situation profonde de la veine, limiter son inflammation par des saignées locales ou générales, et on doit au contraire se garder d'affaiblir le malade. Les antiphlogistiques ne parviendraient pas mieux à prévenir le développement des abcès métastatiques dans le foie. On n'a d'autres ressources que d'opposer la quinine aux frissons, les opiacés à la diarrhée et aux douleurs, de soutenir les forces par une alimentation douce et nutritive, de combattre les symptômes les plus graves par les moyens que la thérapeutique fournit.

Art. 3. — Maladies des veines hépatiques.

Nous avons déjà fait connaître précédemment (1) la dilatation que les veines hépatiques subissent jusque dans leurs ramifications capillaires sous l'influence des maladies du cœur, particulièrement dans les rétrécissements de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche et dans l'insuffisance des valvules mitrale et tricuspide. Il n'est pas rare de voir cette altération atteindre un degré assez prononcé, pour que les cellules glandulaires du centre des acini disparaissent sous la pression des capillaires dilatés, et qu'il se développe dans le foie une atrophie granuleuse qu'on a maintes fois confondue avec la cirrhose (2). Cette

(1) Page 302.

(2) Pl. XII, fig. 3 et 4, Atlas, 1^{re} partie.

dilatation, conséquence de la stase du sang veineux, est un phénomène habituel dans les affections valvulaires du cœur.

On rencontre en outre dans les veines hépatiques les inflammations adhésive et suppurative.

§ 1. — PHLÉBITE HÉPATIQUE ADHÉSIVE.

Elle est rare et le plus souvent la conséquence de l'extension aux parois veineuses d'une inflammation de la capsule et du péritoine qui tapisse le diaphragme, au niveau du bord postérieur du foie.

Les parois du vaisseau s'épaississent, des dépôts gélatineux se forment à leur face interne (1), çà et là se développent des saillies valvulaires qui rétrécissent la lumière du vaisseau (2); quelquefois plusieurs branches de celui-ci s'oblitérent complètement (3). Ces altérations donnent lieu aux mêmes symptômes de stase sanguine que l'obstruction de la veine porte; elles peuvent en outre produire des extravasations sanguines dans le parenchyme du foie (4). Des thrombus peuvent aussi se former dans la veine porte par suite des troubles que subit la circulation hépatique.

L'observation suivante fera ressortir ces diverses altérations.

OBSERVATION CX. — *Gonflement douloureux du ventre par un épanchement à marche rapide, chez un ivrogne; refoulement du diaphragme, dyspnée, diarrhée bilieuse, ictère, tuméfaction de la rate, ponction, réapparition rapide de l'ascite, épuisement, délire; mort.*

Autopsie. — *Adhérences du foie avec les organes voisins par des couches épaisses de tissu conjonctif, thrombus de formation récente dans les racines et les branches de la veine porte, épaississement des parois des veines hépatiques, surface interne rugueuse, caillots anciens, oblitération de plusieurs branches; plaques cartilagineuses à la face interne de la veine cave; rate gonflée; ecchymose sous la membrane séreuse des intestins.*

Théophile Emmerich, ouvrier âgé de 45 ans, fut en traitement depuis le 19 jusqu'au 29 juillet 1858.

Le malade qui, au rapport de sa femme, buvait beaucoup d'eau-de-vie depuis des années, avait travaillé jusqu'il y a huit jours, et ne s'était plaint de rien autre chose que d'un sentiment de plénitude passager au creux épigastrique. Depuis une semaine il s'était développé un gonflement douloureux du ventre, à marche rapide, accompagné d'ictère; c'est là ce qui le détermina à se présenter à l'hôpital, où il vint marchant encore d'un pas très-assuré.

Il se plaignait particulièrement d'oppression occasionnée par l'ascite, qui était considérable; pas d'œdème aux pieds, cyanose du visage et des mains; teinte

(1) Pl. XIII, fig 4 et 5.

(2) Observation LXVIII.

(3) Pl. XIII, fig. 5.

(4) Ces altérations du parenchyme hépatique ont été décrites avec soin dans l'Observation LXVIII.

ictérique des sclérotiques; les urines rares (à peine 3 onces en 24 heures) contiennent du pigment biliaire. L'appétit n'est pas entièrement perdu, pas de vomissements, selles à demi liquides, d'un brun foncé.

La moitié droite du thorax est un peu aplatie en avant, sa partie inférieure est moins mobile que la région correspondante du côté gauche, sans que la percussion et l'auscultation révèle rien d'anormal.

La matité hépatique commence à la 4^e côte, ses limites s'abaissent dans l'inspiration, et son étendue verticale diminue alors un peu, aussi bien sur la ligne du mamelon (8 cent.) qu'à l'épigastre (5 cent.). Le choc du cœur est sensible dans le 4^e espace intercostal gauche; le diaphragme, quoique refoulé en haut des deux côtés, se contracte cependant normalement dans l'inspiration.

Les veines sous-cutanées de l'épigastre et de l'hypochondre droit sont modérément distendues; mais il n'existe plus de traces de cette distension au-dessous de l'ombilic. Le volume de la rate est modérément augmenté.

Ascite très-développée, le liquide tend les parois abdominales et y détermine de la matité partout, à l'exception de la région ombilicale. Il n'existe de douleur qu'à l'épigastre, et à un degré modéré.

Le 22 juillet, on retira par la ponction environ 20 livres d'un liquide trouble par des flocons fibrineux; il s'en sépara, par un repos prolongé, une petite quantité de fibrine, et plus tard un véritable caillot. Ce liquide contenait du pigment biliaire et du sucre; on n'y trouva pas de matière glycogène, de leucine, ni d'acides de la bile. 100 parties donnèrent 2,48 p. 100 de parties solides, parmi lesquelles 1,64 p. 100 d'albumine, et 0,20 p. 100 de sucre. La ponction fut suivie immédiatement d'une légère amélioration; mais, le soir, la tension du ventre avait déjà reparu, et était presque aussi développée qu'auparavant. Syncopes fréquentes par suite d'épuisement, extrémités froides, pas d'œdème. Accroissement de l'ictère, plusieurs selles brunes à demi liquides, sans mélange de sang.

23. — Pouls à 120, petit, à peine sensible; commencement de somnolence, aucun changement du reste.

24. — Délire nocturne, l'ictère est plus intense; 2 onces 1/2 d'urine foncée en 24 heures; les autres symptômes restent les mêmes.

25. — La dyspnée, plus intense qu'auparavant, n'a permis que peu de sommeil au malade pendant la nuit dernière. Sécrétion urinaire peu abondante, de la même nature que précédemment. Extrémités froides, pieds cyanosés.

26. — Pouls à 116, respiration à 28; agitation, sanglotements par intervalles. Depuis la veille au soir, délire intense, évacuations involontaires.

27. — Pouls à 108, sensible seulement à la région précordiale. La nuit passée, le malade a cherché à sortir de son lit; œdème commençant aux pieds.

28. — Nuit moins agitée, évacuations involontaires. Le malade répond aux questions; mais, laissé à lui-même, il tombe dans l'apathie et le délire. Le visage est d'un jaune un peu moins intense que précédemment. Faible quantité d'urine obtenue avec la sonde, ayant une densité de 1022, et contenant peu d'urée, peu de chlorures, mais beaucoup de matières colorantes biliaires.

29. — Pouls à 120, insensible à l'artère radiale; respiration pénible et très-peu développée. En avant et à droite, la matité va jusqu'à la deuxième côte, et sa limite s'abaisse visiblement dans l'inspiration; à gauche, la matité commence dans le troisième espace intercostal, et se continue, sans interruption, avec celle qui est due à l'ascite. La connaissance est complètement perdue; l'œdème remonte jusqu'à la région inguinale; pas de selles; urines comme la veille; mort à deux heures du matin, dans un coma complet, survenu pendant les dernières heures.

Autopsie 18 heures après la mort. — La voûte crânienne et la dure-mère sont gorgées de sang ; cette dernière présente à sa face interne un exsudat hémorragique de couleur rouge et d'une ligne d'épaisseur. Le sinus longitudinal contient du sang coagulé ; pie-mère un peu congestionnée, ainsi que la substance cérébrale, qui est d'ailleurs partout normale.

La plèvre droite renferme environ 6 onces de sérosité claire ; épanchement moins abondant à gauche.

Le pharynx offre une teinte d'un gris ardoisé ; l'œsophage est pâle ; l'aorte thoracique légèrement athéromateuse.

Muqueuse laryngée d'un rouge foncé, trachée ecchymosée par places, poumons très-congestionnés ; splénisation des lobes inférieurs, adhérences au sommet du poumon droit.

Deux larges plaques laiteuses sur l'épicarde du cœur droit ; sauf un peu d'épaississement des bords de la valvule mitrale, le cœur présente les conditions de l'état normal.

La cavité abdominale contient environ 18 livres de liquide jaunâtre, un peu moins trouble que celui qu'on avait obtenu de la ponction, moins riche en principes solides, qui ne représentent que 2,01 p. 100, et surtout en albumine, dont la quantité n'est que de 0,90 p. 100. On n'y trouve pas de sucre.

La rate a un aspect brillant, sa consistance est ferme ; elle ne donne cependant pas la réaction de la matière lardacée, et elle ne présente pas de granulations analogues aux graines de sagou.

La substance du foie est aussi très-ferme ; sa surface est finement granulée, ses bords sont tranchants, sa forme est globuleuse, et son volume un peu diminué. Bile foncée et visqueuse.

On trouve à la face inférieure du foie des masses de tissu conjonctif en plaques épaisses, qui s'étendent jusqu'à la colonne vertébrale, fixent étroitement le bord postérieur du foie au diaphragme, et se portent sur le pancréas, en même temps qu'elles pénètrent dans la profondeur du parenchyme glandulaire avec la capsule de Glisson. La substance du foie est finement granulée, à l'aspect de la muscade, et çà et là, une coloration jaune, due à la stase de la bile.

La muqueuse des principaux conduits biliaires est boursoufflée, la vésicule remplie de bile foncée, le canal cholédoque libre.

Toutes les branches hépatiques de la veine porte sont remplies de caillots d'un rouge noirâtre, qui se laissent enlever facilement partout, et ne sont nulle part adhérents aux parois veineuses parfaitement saines.

En suivant les veines hépatiques, à partir du bord postérieur du foie, on voit d'abord, à la face interne de la veine cave, des plaques arrondies, environ de la largeur d'une lentille, et semblables aux plaques athéromateuses des artères ; sur un point, la paroi veineuse est plissée par deux cordons de tissu conjonctif, tendus en forme de ponts (1). Les orifices des veines hépatiques sont notablement rétrécis ; l'une de celles-ci est complètement fermée par une concrétion arrondie, d'un rouge pâle, du volume d'un noyau de cerise ; une autre se termine en cul-de-sac, ses parois sont fortement épaissies, et sa surface interne est recouverte de plaques nombreuses (2) ; une troisième, très-rétrécie, à son embouchure dans la veine cave, par des plaques de tissu conjonctif déposées à sa circonférence, porte sur sa membrane interne, qui est inégale, des dépôts très-adhérents, en partie d'un gris jaunâtre, en partie d'un

(1) Pl. XIII, fig. 5.

(2) Fig. 5.

brun foncé ; on y trouve en même temps des caillots de formation récente, qui remplissent les branches d'un plus petit calibre (1).

Les thrombus de la veine porte ne se bornent pas aux branches hépatiques, mais s'étendent aussi dans les racines de ce vaisseau, dans les veines splénique et mésentérique ; les veines de l'estomac sont libres.

Le tissu conjonctif couenneux du bord postérieur du foie s'étend très-loin sur la partie charnue du diaphragme, surtout au voisinage du cardia et de l'œsophage.

L'estomac est d'un rouge peu foncé, sa muqueuse ne présente pas d'ulcérations ; à la région cardiaque, le tissu cellulaire sous-muqueux est notablement épaissi, et la muqueuse y présente une rétraction cicatricielle, rayonnée sur une surface considérable. Les vaisseaux du mésentère sont fortement hyperhémisés ; le bord de l'intestin grêle, depuis son origine jusqu'à l'iléum, est parsemé, dans une largeur d'un demi-pouce, d'une série d'ecchymoses, qui siègent dans le tissu cellulaire graisseux. Aux points correspondants, la muqueuse est d'un rouge modérément foncé, et couverte de mucus. La muqueuse de l'iléum est ecchymosée par places, surtout sur les valvules conniventes ; fèces claires et jaunâtres dans le cœcum.

Reins à l'état normal, leurs vaisseaux sont libres.

Vessie un peu rouge et ecchymosée, prostate saine.

Veines crurales entièrement libres.

Il n'est pas possible d'établir un diagnostic entre l'oblitération des veines hépatiques et celle de la veine porte. Ce que nous avons dit du traitement de la pyléphlébite adhésive trouve ici son application.

§ 2. — INFLAMMATION SUPPURATIVE DES VEINES HÉPATIQUES.

(Phlebitis hepatica suppurativa.)

Cette forme est incomparablement plus fréquente que la précédente ; habituellement consécutive à des abcès du foie, on l'observe très-fréquemment avec les abcès métastatiques.

Quand les foyers purulents se trouvent en contact avec les veines hépatiques, l'inflammation s'étend à ces dernières ; leur surface interne devient inégale, se recouvre de dépôts fibrineux, qui entrent bientôt en décomposition et se transforment en pus (2).

L'absence d'une gaine, semblable à celle qui isole la veine porte du parenchyme du foie, expose les veines hépatiques à ces altérations beaucoup plus que le premier de ces vaisseaux. La phlébite hépatique purulente détermine, bien plus facilement que la pyléphlébite, l'infection du sang et les métastases ; parce que le pus arrive directement au cœur avec le courant sanguin, et est transporté de là dans d'autres parties.

Cette maladie n'a pas de traitement particulier.

Nous choisirons parmi un grand nombre d'observations la suivante, pour mettre ce que nous venons de dire en évidence.

(1) Pl. XIII, fig. 4.

(2) Fig. 1.

OBSERVATION CXI. — *Plaie grave de la tête par une chute, delirium tremens, gangrène de la plaie, frissons répétés, tuméfaction de la rate, ictère, mort.*

Autopsie : *Fracture de l'occipital, suppuration du diploé, thrombus ramolli dans le sinus transverse, foyers métastatiques dans le poumon droit, exsudat pleurétique sanguinolent, abcès du foie, phlébite hépatique.*

Fr. Reczinsky, ouvrier, âgé de 58 ans, resta en traitement à l'hôpital Allerheiligen de Breslau, du 31 mai au 21 juillet. Le 30 mai, étant en état d'ivresse, il tomba dans un escalier, et resta deux jours sans soins.

On constate dans le voisinage de la suture lambdoïde une plaie à bords sphacétés, s'étendant sur les deux pariétaux, sans lésion apparente des os. (Applications réfrigérantes, sulfate de soude.) Le jour suivant, delirium tremens, qui persiste jusqu'au 4 juin et cède à l'emploi des opiacés. Pendant ce délire, le malade arracha à plusieurs reprises l'appareil de pansement, la gangrène s'étendit, les os se dénudèrent et devinrent rugueux. Pansement avec de l'eau chlorurée.

5 juin. — L'excitation reparait; contraction lente des pupilles, vomissements, constipation, pouls à 110, accès de frisson répétés, tuméfaction de la rate. Calomel, et ensuite quinine.

16. — La fièvre a disparu, le malade a toute sa connaissance, la plaie est granuleuse.

17 et jours suivants. — Nouveaux frissons suivis de sueurs profuses, somnolence, accroissement du gonflement de la rate. Vomissements, collapsus, ictère.

Mort le 21.

Autopsie 10 heures après la mort. — Fissure de 2 pouces de longueur sur l'occipital, s'étendant jusqu'au trou déchiré postérieur; diploé d'une teinte sale et infiltré de pus; dure-mère séparée des os, dans l'étendue d'un thaler, par un foyer purulent qui va jusqu'au sinus transverse. Ce sinus contient un caillot ramolli, se prolongeant jusque dans le golfe de la veine jugulaire. La substance corticale du lobe postérieur du cerveau présente, par places, du ramollissement et une teinte anormale.

Deux livres d'un liquide trouble et sanguinolent dans la plèvre droite. Le lobe supérieur du poumon de ce côté contient un foyer purulent dont la grosseur égale presque une noisette, et dont les bords sont brunâtres; le lobe inférieur présente un infarctus de 2 pouces de longueur et de 1 pouce 1/2 de largeur; celui-ci est d'une couleur brune, et on y trouve seulement quelques points purulents. Ces points de suppuration ne sont autre chose que les branches de l'artère pulmonaire, qui contiennent des thrombus purulents. Pas d'altération appréciables au cœur.

Rate volumineuse et molle.

Foie tuméfié et gras. La surface de la coupe présente de nombreux foyers d'un jaune sale, du volume d'une lentille à celui d'une cerise, sur lesquels on reconnaît encore la structure lobulaire du parenchyme; les points jaunes sont entourés d'une zone foncée (1). Les branches des veines hépatiques voisines sont en certains points remplies par des caillots en voie de décomposition purulente, et dans certaines parties, leurs parois sont altérées seulement d'un côté. L'abcès s'aperçoit par transparence à travers leur membrane interne; sur ce point, la paroi du vaisseau est inégale, recouverte de dépôts fibrineux, en partie déjà déchiquetée en lambeaux. Les branches de la veine porte sont à l'état normal.

Tuméfaction des glandes solitaires et de Peyer dans l'iléum; muqueuse de l'estomac et de l'intestin normale.

(1) Voy. planche XIII, fig. 1 et 3.

CHAPITRE XV

MALADIES DES VOIES BILIAIRES.

Les conduits excréteurs du foie, depuis leur origine dans le parenchyme glandulaire jusqu'à leur terminaison dans le tube digestif, sont, aussi souvent que la partie sécrétante de l'organe, exposés à des maladies susceptibles d'occasionner des troubles nombreux, soit par une rétention du produit de sécrétion, soit par une extension du travail morbide aux tissus voisins.

Ces maladies ont leur point de départ, tantôt dans la muqueuse intestinale qui se continue avec la membrane interne des conduits biliaires, tantôt dans le parenchyme hépatique; fréquemment aussi elles sont dues à des corps étrangers, comme des calculs, des entozoaires, etc., qui s'engagent dans ces conduits; enfin elles peuvent dépendre de conditions générales beaucoup moins bien déterminées, telles que les influences atmosphériques, les miasmes paludéens, les altérations de composition du sang consécutives au typhus et aux autres états pathologiques analogues.

Les maladies des voies biliaires n'ont pas encore été suffisamment étudiées, et cette étude présente de grandes difficultés, au nombre desquelles nous pouvons placer le manque de connaissances précises sur le mode d'origine des conduits biliaires, l'extrême finesse de leurs dernières ramifications, la rareté des occasions d'examiner d'assez bonne heure leurs altérations, etc.

Art. 1. — Inflammation des conduits biliaires.

Elle se présente sous plusieurs formes :

1° Comme inflammation catarrhale, accompagnée d'une sécrétion muqueuse abondante;

2° Comme inflammation exsudative, qui peut être soit albumineuse et purulente, soit fibrineuse et solide, soit diphthérique, soit enfin à tendance ulcéreuse.