

perhémiés, contenant de l'air dans toutes leurs parties, modérément œdématisés en arrière. Le diaphragme remonte jusqu'à la 4^e côte; le lobe inférieur du poumon gauche est solidement fixé par d'anciennes adhérences. Le cœur ne présente rien d'anormal dans son volume, ses valvules, ni sa structure musculaire; l'aorte est saine.

L'abdomen contient environ 1 kilogramme de sérosité claire; les viscères abdominaux sont, par places, unis entre eux et avec la paroi abdominale antérieure par des adhérences solides; le lobe gauche du foie est adhérent au diaphragme; un grand nombre de circonvolutions intestinales sont fixées à la paroi abdominale, et les fausses membranes contiennent par places des dépôts de matière purulente épaissie, caséuse. L'union de la rate au diaphragme est très-solide. Dans les efforts pour la détacher, on ouvre un abcès du volume d'un œuf, limité en dehors par les couches pseudo-membraneuses qui tapissent la face inférieure du diaphragme, en dedans par le parenchyme de la rate réduit en bouillie d'un brun clair. Outre cet abcès si considérable, la rate tuméfiée en contient plusieurs autres plus petits. La veine splénique est remplie par un caillot purulent; une de ses branches communique directement avec l'abcès le plus vaste; les parois du vaisseau sont inégales, d'une couleur sale, épaissies; le caillot se prolonge jusqu'au tronc de la veine porte, sous forme d'un cône arrondi et strié. La veine mésentérique est libre.

Le foie augmenté de volume et de consistance, d'un brun gris, d'un aspect brillant un peu lardacé, présenté à l'extérieur et surtout sur différentes coupes, des ramifications vasculaires blanchâtres, de l'orifice desquelles la pression fait sortir des caillots en partie solides, vermiculaires, d'un brun rougeâtre, en partie à l'état de liquide purulent. Ces vaisseaux sont des branches de la veine porte. Le parenchyme qui les entoure est sain. Les veines hépatiques sont exemptes d'altérations; la vésicule biliaire renferme de la bile d'apparence normale.

L'estomac présente du mucus coloré par la bile. L'intestin est distendu et on y trouve aux points adhérents une teinte ardoisée, qui comprend toute l'épaisseur de la paroi; çà et là existent de petites veines dilatées. La muqueuse est normale et n'offre nulle part de traces d'altérations typiques guéries.

Reins et vessie pâles; matières fécales de couleur normale (1).

C'est à la même catégorie de faits que se rapporte le cas observé par Law (2) d'une inflammation de la veine splénique avec throm-

(1) Les altérations de la rate, de la veine porte et du foie sont représentées, pl. XII et XIII de l'Atlas. Pl. XII, fig. 1, a, abcès de la rate qui s'est ouvert dans une branche de la veine splénique remplie par du pus et un caillot; *, un second abcès de la rate; +, parenchyme de la rate; b, veine porte; c, veine splénique présentant des parois inégales, jaunâtres et un caillot strié et conique; d, pancréas; e, veine mésentérique.

Pl. XIII, fig. 2, partie du foie d'un brun grisâtre; les branches de la veine-porte intéressées par la coupe contiennent des caillots en partie d'un brun rougeâtre, en partie d'un jaune de pus.

(2) Law, *Dublin Quarterly Journ.* Feb. 1851, p. 338.

bus et suppuration, consécutivement à un abcès gangréneux de la rate. Waller a également publié une observation où une pleurésie gauche s'est compliquée d'une périhépatite, qui envahit la veine splénique.

4^e Par la suppuration du mésentère et de ses glandes. — Il existe plusieurs observations de pyléphlébite liée à la suppuration du mésentère et des glandes mésentériques; dans quelques-unes, l'inflammation de la veine porte est bien la conséquence de la lésion du mésentère; mais dans d'autres le rapport est inverse, et la phlébite paraît être le point de départ des abcès.

OBSERVATION de Budd (1) CXXII. — Le malade, homme robuste, fut pris de douleurs abdominales violentes sept mois avant sa mort; ces douleurs n'augmentèrent pas, mais leur apparition fut bientôt suivie d'accès de frissons répétés et de sueurs profuses; plus tard survint un ictère qui fut de courte durée; les selles contenaient de la bile; pas de vomissements; mort par épuisement.

Autopsie. — On trouva une large ulcération sur la veine porte, immédiatement derrière le confluent des veines mésentérique et splénique. Les débris de la membrane interne étaient recouverts d'une fausse membrane jaunâtre, le tissu environnant paraissait livide et induré; de grosses glandes mésentériques se trouvaient en contact avec la veine porte. Tout le mésentère était épaissi, ses glandes étaient tuméfiées et en suppuration. On trouva dans le hile du foie un foyer considérable de pus épais, qui remplissait en même temps la veine porte et sa gaine. Les deux poumons contenaient de nombreux abcès gros et petits; la rate n'était pas augmentée de volume, le péritoine était enflammé.

OBSERVATION CXXIII. — Hillairet (2) a trouvé, en même temps qu'une suppuration des glandes mésentériques, des thrombus fermes dans le tronc de la veine porte et du pus dans les branches de ce vaisseau. Le malade était un écrivain de 29 ans. L'affection s'était traduite pendant la vie par de fréquents accès de frissons suivis de chaleur et de sueur, des douleurs vives à l'épigastre et à l'hypochondre droit, de la constipation, des vomissements, du météorisme, etc.

OBSERVATION CXXIV. — Virchow (3) a observé une dilatation variqueuse de la veine mésentérique contenant des thrombus fermes et mous, concurremment avec une hépatite métastatique.

Cette dilatation variqueuse était vraisemblablement liée à une péritonite chronique partielle du mésentère, consécutive à une ancienne hernie scrotale.

OBSERVATION CXXV. — E. Leudet (4) a trouvé, entre les feuilletts du mésentère, du pus qui baignait les parois solides des veines béantes; le

(1) Budd, *loc. cit.*, p. 173.

(2) Hillairet, *Observations de phlébite de la veine porte* (*Union médic.*, 1849, p. 261).

(3) Virchow, *Gesammelte Abhand.*, p. 572.

(4) Leudet, *Arch. de médéc.*, févr. 1853, 5^e série, t. I,

tronc et les branches de la veine-porte contenaient du pus; la rate et la veine splénique étaient à l'état normal.

Il n'est pas toujours possible de décider avec certitude si la phlébite doit être considérée comme la cause des abcès qui se développent dans le tissu cellulaire des parties avoisinantes, ou si le rapport est inverse. La possibilité de ce dernier cas est démontrée par une observation de Cruveilhier (1), où la gaine de la veine porte était infiltrée de pus jusqu'au mésocolon et au mésorectum, sans que les parois mêmes du vaisseau ni son contenu présentassent d'altérations. Le rapport est évident, lorsque les glandes méसारiques suppurées s'ouvrent dans les veines voisines, ou que leur suppuration envahit les parois veineuses.

5° *Par des abcès du foie et des maladies des voies biliaires, calculs, etc.* — Nous avons déjà fait observer, page 366, que l'hépatite suppurée détermine bien moins souvent l'inflammation des branches de la veine porte que celle des veines hépatiques.

La pyléphlébite est beaucoup plus souvent la suite de l'irritation des conduits biliaires, surtout lorsque celle-ci est provoquée par des calculs, qui peuvent ulcérer et perforer non-seulement ces conduits, mais aussi les parois veineuses. Dance (2) a publié une importante observation de cette nature, où l'on notait les altérations suivantes :

OBSERVATION CXXVI. — Le canal cholédoque était détruit dans toute son étendue et converti en une cavité oblongue et anfractueuse, contenant des lambeaux membraneux pénétrés de bile. Ce canal offrait en arrière plusieurs ulcérations profondes, qui s'étendaient en même temps aux parois de quelques grosses veines voisines et pénétraient jusque dans leur cavité. Une de ces ulcérations aboutissait dans la veine mésentérique supérieure par une ouverture large d'une ligne. De ce point l'inflammation s'étendait en haut dans le tronc de la veine porte et plusieurs de ses branches, en bas dans les veines splénique, pancréatique, etc. On trouva qu'en même temps des suppurations secondaires s'étaient développées dans la veine temporale, dans la parotide, dans le muscle deltoïde, dans les articulations du coude et de l'épaule.

Budd (3) décrit un cas de pyléphlébite occasionnée par des calculs biliaires, dans lequel la maladie a été remarquable par la lenteur de sa marche.

Lebert (4) en rapporte un autre.

(1) Cruveilhier, *Anat. pathol.*, in-folio, liv. XVI, pl. III.

(2) Dance, *De la phlébite* (*Arch. de méd.*, déc, 1828; janv. et févr. 1829).

(3) Budd, *loc. cit.*, p. 176.

(4) Lebert, *Traité d'Anatomie pathologique*. Paris, 1861, t. II.

OBSERVATION CXXVII. — La mort arriva en 34 jours. Le sujet était une ouvrière de fabrique, âgée de 20 ans, de faible constitution; il y eut au début des symptômes d'apparence typhoïde, fièvre vive, douleurs de tête, abattement considérable et diarrhée. Le 9^e jour survinrent des frissons suivis bientôt de douleurs dans l'hypochondre droit et de gonflement du foie; la diarrhée continua; ictere peu intense, nouveaux accès de frissons, amaigrissement rapide, somnolence et mort.

Autopsie. — Le foie était considérablement développé et farci d'abcès; la veine porte était le siège d'une inflammation purulente, sa membrane interne était en partie détruite et recouverte d'une fausse membrane jaunâtre; les conduits biliaires, fortement dilatés, contenaient une grande quantité de calculs, leurs parois étaient ulcérées et recouvertes de pus.

Leudet (1) rapporte une observation qui démontre que l'inflammation produite par des calculs biliaires peut s'étendre jusqu'à la veine porte par contiguïté de tissu sans altération des parois vasculaires.

OBSERVATION CXXVIII. — *Dilatation des canaux biliaires intra-hépatiques par des calculs. Inflammation suppurative consécutive de la veine porte. Mort.* — Un homme âgé de 65 ans, qui avait été atteint antérieurement de coliques hépatiques, entra à l'Hôtel-Dieu de Rouen pour des accès fébriles revenant à des époques irrégulières. Ictère, amaigrissement progressif; coliques peu vives suivies d'augmentation de la teinte ictérique. Le malade tombe graduellement dans un état typhoïde; l'amaigrissement fait des progrès et le malade meurt dans le cours.

Autopsie. — Le foie est un peu augmenté de volume. Le canal cholédoque présente, au-dessus du canal cystique, un calcul biliaire volumineux; un autre calcul existe au niveau de la réunion des deux branches du canal hépatique; au-dessus, plusieurs calculs occupent les canaux biliaires intra-hépatiques. La branche gauche de division du canal cholédoque est très-dilatée par un amas de calculs et appuie sur la branche sous-jacente de la veine porte distendue elle-même par un caillot. Aucune de ces ramifications biliaires ne contient de pus.

La branche de la veine porte qui se rend au lobe gauche du foie est, à son origine, bouchée par un caillot mollasse, — adhérent faiblement avec la paroi vasculaire. En se rapprochant des extrémités capillaires des veines, on trouve dans leur intérieur un liquide purulent. Dans ce point, le parenchyme hépatique prend part à l'inflammation; dans une étendue variant du diamètre d'un pois à celui d'une aveline, le parenchyme est d'une couleur jaune blanchâtre, ramolli et laisse suinter à la coupe un peu de pus; on trouve dans l'épaisseur de la glande hépatique une douzaine de points enflammés. Dans tous on constate que l'infiltration purulente est placée au pourtour d'une division dilatée et enflammée de la veine porte.

(1) Leudet, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Rouen*. Paris 1874, p. 7.

Le même auteur cite (1) une observation de kyste hydatique du foie communiquant avec une branche de la veine porte enflammée. A l'autopsie on rencontra dans le lobe droit du foie une trentaine de petites collections purulentes, sans aucune trace d'inflammation du parenchyme hépatique et semblant sortir de divisions ténues de la veine porte. En suivant les ramifications de cette veine on trouve une grosse branche renfermant des grumeaux fibreux qui l'oblitéraient et adhéraient faiblement à sa paroi. En arrière du kyste il existait une communication du diamètre d'un centime, bouchée en grande partie à l'intérieur du kyste par la matière grumeleuse indiquée plus haut. On ne trouvait nulle part dans les branches de la veine porte de collection purulente avant d'arriver près de leur terminaison.

6° *Par l'inflammation de la capsule de Glisson.* — Dans beaucoup de cas de pyléphlébite on a trouvé des collections purulentes dans la capsule de Glisson, au point correspondant à l'entrée de la veine porte dans le foie. Tantôt ces abcès sont petits et peuvent être considérés comme résultant de l'inflammation de la veine, tantôt ils présentent un développement et des conditions anatomiques, qui prouvent que la phlébite en est la conséquence.

Ici doit se ranger en première ligne l'observation de Schönlein (2).

OBSERVATION CXXIX. — Le sujet est un sellier de 20 ans, bien portant et robuste, qui fut pris sans cause connue de douleurs violentes vers la ligne blanche, entre l'ombilic et l'appendice xiphoïde. Le ventre était souple, sensible à la pression; langue jaune, fièvre vive. On diagnostiqua une péri-entérite. (Saignées générales et locales, cataplasmes et bains chauds, eau de laurier-cerise.) Disparition de la fièvre. Le 3^e jour, frisson violent, qui se répète à intervalles indéterminés et revient jusqu'à trois fois dans un jour. Urine d'un brun foncé, teinte ictérique des téguments, selles d'un brun noir.

On croit à une pyléphlébite. Calomel, frictions avec l'onguent napolitain; salivation.

La fièvre prend le caractère hectique, les frissons plus rares laissent plusieurs jours d'intervalle; amaigrissement rapide, teinte verdâtre des téguments: quinine. Dans la 7^e semaine, le ventre se tuméfia et devint sensible, il y eut des vomissements de matières verdâtres, exhalant à la fin une odeur fétide; le foie et la rate augmentèrent de volume; délire et mort au bout de deux mois.

Autopsie. — On trouva une légère injection du péritoine sur le côlon

(1) Leudet, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, p. 15.

(2) Voir *Klinische Vorträge* de Güterbock. Berlin, 1842, p. 275; et les Dissertations de Kaëther, Sander et Messow.

transverse; derrière celui-ci, précisément sur la ligne médiane, entre l'ombilic et l'appendice xiphoïde, là où la douleur avait existé pendant la vie, une portion d'intestin grêle était unie au mésocôlon, et en rompant ces adhérences, on tomba sur un abcès rempli de pus épais et limité par des bords durs, calleux. Cet abcès conduisait par un court trajet sur la veine porte, dont le tronc était notablement dilaté et rempli d'un pus d'un jaune foncé ictérique. Les branches de la veine contenaient également du pus. La membrane interne de la veine paraissait épaissie et veloutée; le parenchyme du foie n'était pas altéré; la rate avait le double son volume normal; le cœur et les poumons étaient sains.

Les faits rapportés par Niess (1) et Langwaagen (2) ont la même signification.

Outre ces formes de pyléphlébite dont nous avons parlé jusqu'ici, dans lesquelles le développement de la maladie est plus ou moins évident, il y en a d'autres où le point de départ ne peut être déterminé. Ici doivent se ranger les observations de Balling (3), de Reuter (4) et d'autres. On a accusé comme causes occasionnelles le refroidissement (5), l'usage du thé, du café, des épices et des drastiques (6), les boissons alcooliques (7); mais ces assertions manquent de preuves solides et trouvent leur réfutation dans l'extrême rareté de la maladie, bien que ces causes agissent sur des milliers d'individus.

II. — Symptômes.

Le tableau symptomatologique de la pyléphlébite varie avec son mode d'origine. Habituellement ses symptômes sont précédés par ceux propres aux états morbides qui lui donnent naissance, tels que: la pérityphlite, les ulcérations de l'estomac ou des intestins, l'inflammation de la rate, la péritonite chronique, les calculs biliaires, etc. Les accidents de la phlébite n'éclatent qu'après une durée plus ou moins longue de ces symptômes; il est assez rare de les voir se déclarer d'emblée, parce que la lésion primitive est restée latente.

Le début de la pyléphlébite se traduit par des douleurs qui occupent l'épigastre, l'hypochondre droit ou gauche, la région du cœcum

(1) Niess, *Heidelberger Annalen*, t. XIII, pl. III.

(2) Langwaagen, *De venæ portæ inflammatione*. Dissert. inaugur. Lipsiæ, 1855, p. 40.

(3) Balling, *Zur Venenentzündung*. Würzburg, 1829, p. 310.

(4) Reuter, *Ueber die Entzündung der Pfortader*. Nürnberg, 1851.

(5) Balling, *loc. cit.*

(6) Fauconneau-Dufresne, *Gazette médicale de Paris*, 1839.

(7) Bacinski, *De venæ portarum inflammatione*. Dissert. inaugur. Turici, 1838.

ou de l'ombilic, selon que l'inflammation a commencé dans le tronc, dans une des branches ou une des racines de la veine porte. A ces douleurs s'ajoutent bientôt des frissons suivis de chaleurs et de sueurs profuses, sans type déterminé, se reproduisant avec une fréquence variable. En même temps le volume du foie et de la rate augmente, et ces organes deviennent sensibles à la pression ; la peau et les urines prennent une teinte ictérique, il y a des selles abondantes, claires et colorées par la bile, rarement de la constipation. Ordinairement aussi on observe les symptômes d'une péritonite diffuse : tension douloureuse du ventre, vomissements, etc. ; les malades maigrissent et perdent leurs forces rapidement, la fièvre de suppuration prend les caractères de la fièvre hectique, le délire et le coma précèdent la mort. Dans quelques cas on observe encore dans le cours de la maladie les accidents des suppurations métastatiques dans les poumons, les articulations, etc. ; par exception on peut constater la dilatation des veines des parois abdominales, occasionnée par la gêne qu'éprouve la circulation de la veine porte.

Cet appareil symptomatique peut parcourir toutes ses phases en une ou deux semaines (1) ; le plus souvent la terminaison n'arrive qu'au bout de quatre à six semaines (2), de deux mois (3), et plus tard encore dans des cas exceptionnels (4).

Lorsque la maladie a une longue durée, on observe par intervalles des rémissions trompeuses, jusqu'à ce que de nouveaux accès de frisson annoncent les progrès du mal et l'imminence de la mort.

Développement, fréquence et valeur diagnostique de chacun des symptômes. — 1° *Douleur.* — C'est habituellement le premier symptôme de la maladie, et il n'a manqué complètement dans aucun cas. Le plus souvent, la douleur siège à l'épigastre ou dans l'hypocondre droit, elle ne présente rien de particulier dans ses caractères ni dans son mode d'irradiation (5). Il n'est pas rare de la voir partir de la région du cœcum ou de l'ombilic, quelquefois aussi de la rate. Dans le cours de la maladie, après l'invasion de la péritonite, la douleur s'étend à tout l'abdomen. Au début, le ventre est un peu

(1) Bacinski, Mohr et Frey.

(2) Ormerod, Budd, Marotte, Lambron, Miess, Langwaagen. — E. Leudet, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Rouen*. Paris, 1874. — Lebert, *Traité d'anatomie pathologique*. Paris, 1857, t. II, p. 534.

(3) Waller.

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

(5) C'est à tort qu'on a attribué une grande valeur diagnostique au siège de la douleur sur le trajet de la ligne blanche, entre l'ombilic et l'appendice xiphôide, ainsi qu'à la sensation de brûlure qui caractériserait cette douleur.

tuméfié et peu sensible à la pression ; ces symptômes augmentent plus tard, et leur intensité est proportionnée à celle de la péritonite.

2° *État du foie.* — Le volume du foie augmente dans le plus grand nombre des cas (les trois quarts à peu près), à cause des abcès qui se développent dans son épaisseur ; il devient en même temps douloureux comme dans les autres formes d'hépatite. Lorsqu'il ne se forme pas d'abcès, le volume de la glande n'éprouve pas de changement ; le gonflement du foie a manqué dans un quart des cas.

3° *État de la rate.* — Les symptômes sont les mêmes que pour le foie. Sur 49 cas (les données manquent pour les autres), le volume de l'organe était augmenté 14 fois, normal 5 fois. Il n'est pas rare de voir le gonflement survenir rapidement, et alors il s'accompagne de douleurs dans l'hypocondre gauche. L'absence ou l'existence de la tuméfaction de la rate sont essentiellement subordonnées au maintien de la perméabilité de la veine splénique ou à son oblitération survenue à une période peu avancée de la maladie. En outre, certaines influences viennent encore ajouter ici leur action ; telles sont : la composition du sang, l'état de la capsule et du parenchyme de la rate, qui permet ou empêche la distension de cette glande, l'exhalation sanguine à la surface de l'intestin, par laquelle la stase dans la veine splénique peut être compensée, etc.

4° *Ictère.* — Il apparaît habituellement dans le cours de la pyéléphlébite suppurative et présente une intensité variable. La peau est d'un jaune clair ou foncé, quelquefois verdâtre ; l'urine prend la même teinte, mais dans quelques cas elle ne contient qu'une faible quantité de pigment biliaire (Lambron, Bulh). On a vu l'ictère s'accompagner de pétéchies sur la peau (Dance, Waller, etc.).

L'ictère n'est cependant pas un symptôme constant de la pyéléphlébite suppurative ; il a manqué complètement dans un quart des observations, même dans celles où le foie contenait des abcès métastatiques (Frey).

La genèse de l'ictère dans cette maladie s'explique par ce que nous avons dit à la page 80 et à propos de l'ictère en général.

5° *Fonctions de l'estomac et des intestins.* — Elles sont toujours troublées à un haut degré. Chez plus des deux tiers des malades il y eut des évacuations diarrhéiques de nature bilieuse, contenant çà et là des traces de sang, ou des flocons fibrineux d'exsudation dysentérique ; la constipation se présenta plus rarement. Dans les cas où la phlébite fut occasionnée par des calculs obstruant les conduits biliaires, les selles présentèrent les caractères qu'on observe en pareille circonstance.

Les troubles fonctionnels de l'estomac sont moins prononcés, ils se présentent habituellement sous la forme d'un catarrhe intense ; 5 fois sur 21 il y eut des vomissements verdâtres, dus en partie à la péritonite consécutive. On ne saurait rattacher à l'affection de la veine porte l'éruption fréquente d'aphthes, signalée par Mohr, ni la stomatite avec exsudats observée par Waller.

6° *Fièvre et autres symptômes généraux.* — La formation du pus dans la veine porte se manifeste, comme dans les autres formes de phlébite, par un frisson qui, le plus ordinairement, indique le début d'accidents graves. Ce frisson reparait de temps à autre, et peut prendre un type assez régulier pour faire croire à l'existence d'une fièvre intermittente. Dans le plus grand nombre de ces cas on a essayé la quinine sans succès.

Le plus souvent les accès de frisson affectent bientôt une marche irrégulière, reviennent plusieurs fois dans la journée, ou se suspendent quelque temps pour reparaitre plus fréquemment et avec plus d'intensité.

Ordinairement le frisson est suivi de chaleur et de sueurs visqueuses, débilitantes ; le stade de chaleur peut manquer exceptionnellement (Lambron, Langwaagen). La fièvre, en se prolongeant, prend quelquefois le caractère de la fièvre hectique.

La fréquence du pouls varie de 90 à 130 pulsations, la température de 28°,8 à 32°,3. R. ; d'après Langwaagen, le maximum se rencontre tantôt le matin, tantôt le soir ; le même auteur trouva la température à 31°, 2 pendant le frisson.

Concurremment avec ces phénomènes fébriles on observe de bonne heure des troubles de nutrition et la diminution des forces ; les malades maigrissent rapidement, deviennent pâles, faibles et cachectiques.

Il survient, en outre, dans la plupart des cas, des accidents nerveux typhoïdes, tels que le délire, le coma, etc. ; comme cela s'observe dans l'infection pyémique due aux autres formes de phlébite. On n'a vu les malades conserver la connaissance jusqu'à la mort que dans un petit nombre de cas exceptionnels (Mohr, Frey). Il est à remarquer que, malgré ces symptômes d'infection générale, les abcès métastatiques, dans des points éloignés, sont rares ; ils n'existaient que 4 fois sur 25 cas. Selon toute apparence cela tient à ce que les fragments de thrombus, entraînés par le courant sanguin, s'arrêtent dans les capillaires du foie, et n'arrivent pas dans la grande circulation.

III. — Diagnostic.

Il n'est possible que dans les cas où l'appareil symptomatique est complet, et où le développement de la maladie a pu être observé avec exactitude.

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 de 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 suppurative, 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.

IV. — 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.

LIVRE IV

MALADIES DES VEINES HÉPATIQUES.

CHAPITRE PREMIER

DILATATION DES VEINES HÉPATIQUES, PHLÉBITE HÉPATIQUE.

Nous avons déjà fait connaître précédemment, page 194, 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 (1). Cette dilatation, conséquence de la stase du sang veineux, est un phénomène habituel dans les affections valvulaires du cœur.

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