

songer à la possibilité du foie étranglé, parce qu'on pourrait facilement le confondre avec d'autres développements du foie (engorgement par stase, foie lardacé, etc.), même avec des tumeurs.

Dans des cas rares les foies à forte empreinte donnent lieu à des *symptômes cliniques* particuliers. Ils occasionnent une sensation continue de pesanteur et de traction dans la région du foie. Parfois, à la suite d'une stase sanguine, il se produit une turgescence passagère de la partie étranglée, qui s'associe à des douleurs vives et à des symptômes d'irritation péritonéale (vomissements, faible degré de collapsus). Ces malaises se dissipent rapidement par le repos au lit et des applications froides, mais ils sont sujets à récidiver.

2. Foie mobile. Le foie mobile est une affection très rare qu'on n'a observée jusqu'ici que chez la femme. La cause de l'affection n'est pas exactement connue. Il est probable que la longueur excessive du ligament suspenseur y est pour quelque chose. Le foie n'occupe plus sa place habituelle, mais est descendu dans les parties inférieures de l'abdomen. Là on le perçoit nettement et par un léger effort exercé de l'extérieur on le ramène facilement dans sa position normale. Il est mobile en tous sens et change de place quand le malade varie de décubitus.

Le plus souvent le foie mobile provoque d'assez *grands malaises* qui consistent en douleurs, en troubles digestifs, etc. Cet état n'est susceptible d'amélioration que si l'on parvient, par un bandage bien adapté, à maintenir dans sa position normale le foie réduit.

CHAPITRE QUATORZIÈME.

PYLÉPHLÉBITE SUPPURATIVE.

(Inflammation purulente de la veine-porte et de ses branches.)

Étiologie. La pyléphlébite purulente n'est que par exception une maladie primitive et autonome. Dans la plupart des cas, elle naît par *propagation* à la paroi veineuse d'une *inflammation purulente du voisinage*. Il est rare que le tronc principal de la veine-porte soit directement atteint. Le plus souvent l'inflammation part des rameaux hépatiques ou des racines de la veine-porte et de là se communique au tronc de ce vaisseau.

On observe le plus fréquemment la pyléphlébite purulente à la suite d'*abcès pérityphlitiques*, l'inflammation ayant gagné une veine mésentérique d'où elle se continue plus loin. D'une façon tout à fait analogue, quoique avec moins de fréquence, se développe la pyléphlébite qui a pour

point de départ un *ulcère de l'estomac*, des *processus ulcéreux de l'intestin*, surtout du gros intestin (dysenterie), des *abcès de la rate*, puis des foyers purulents situés au *hile du foie* et dans le *foie* même (abcès calculeux).

Les *enfants nouveau-nés* présentent une forme particulière de pyléphlébite. Ici l'inflammation provient de la *veine ombilicale*, et il est à peine nécessaire de faire remarquer que la cause de l'inflammation doit être recherchée dans une infection septique de la plaie ombilicale.

Dans quelques cas on a constaté que la cause de l'inflammation de la veine-porte réside dans la pénétration de la veine par un corps étranger dégluti (par ex. une épingle). Il va sans dire que ce sont les bactéries adhérentes au corps étranger qui constituent à proprement parler les agents d'inflammation.

Anatomie pathologique. Au point où la paroi veineuse est enflammée le vaisseau est plus épais, le tissu cellulaire ambiant est quelquefois infiltré de pus et parsemé de petites ecchymoses. En incisant la veine on voit que la tunique interne est trouble et parfois ulcérée superficiellement. La lumière du vaisseau est remplie de masses thrombosiques, pour la majeure partie transformées en détritons purulents qui s'écoulent hors de la veine à l'état d'un liquide putride ou sanieux à odeur fétide. On se représente la succession des phénomènes, en admettant que l'inflammation commence par attaquer la paroi veineuse. L'inflammation amène la coagulation du contenu vasculaire. La pénétration des bactéries dans le thrombus donne lieu à la « fonte purulente » de ce dernier.

La marche envahissante de la pyléphlébite diffère naturellement selon les cas. Du thrombus se détachent de petites particules qui pénètrent dans le *foie* et y provoquent des *abcès métastatiques*. Après le *foie*, les *poumons*, les *reins*, le *cerveau*, les *articulations*, etc. sont atteints d'inflammations secondaires, de façon qu'on voit se dérouler le tableau anatomique complet de la *pyémie généralisée*.

Symptômes cliniques et marche de la maladie. La maladie primitive qui sert de point de départ à la pyléphlébite, pouvant être de nature diverse, une description adéquate de l'inflammation purulente de la veine-porte n'est pas possible. Néanmoins, cette dernière est souvent accompagnée d'un cortège de symptômes, qui, la maladie fondamentale étant connue, facilitent le diagnostic de cette complication, au moins dans quelques cas.

Les *symptômes de la pyléphlébite suppurative* sont pour une part en rapport direct avec la maladie locale ; pour le reste ils sont la conséquence de la pyémie généralisée concomitante. Aux *symptômes locaux* appartient la *douleur à l'épigastre*, qui manque rarement. Cette douleur s'irradie dans les parties inférieures et latérales de l'abdomen, d'après l'endroit où surgit

l'inflammation et d'après le sens suivant lequel elle se propage. La thrombose de la veine-porte doit en outre donner lieu à des *phénomènes de stagnation*. La *rate* se tuméfié considérablement, et quand la maladie ne se termine pas promptement par la mort, il se forme un épanchement manifeste dans le péritoine. Au surplus, la tumeur splénique n'est pas exclusivement le résultat de la stase, elle dépend aussi, en tant que « tumeur splénique aiguë », de l'infection septique générale. Si l'inflammation passe des branches de la veine-porte aux conduits biliaires avoisinants de grande ou de petite dimension, l'*ictère* qui est un épiphénomène assez fréquent de la pyléphlébite, apparaît également. Parfois aussi il est sous la dépendance d'abcès hépatiques préformés ou de calculs biliaires coexistants. Dans quelques cas, l'ictère fait totalement défaut.

Une des premières manifestations de la pyémie, ce sont les *abcès du foie*, qui, ainsi que nous l'avons vu, naissent du transport embolique direct de la matière infectieuse dans le foie. Du vivant du malade, ces abcès ne se révèlent que par l'*agrandissement* notable *du foie*, qui ne manque presque jamais. Au cas où les abcès ne se forment pas, le foie conserve ses dimensions normales.

Le cours de la *fièvre* a une valeur diagnostique plus grande. Comme tous les états pyémiques, la pyléphlébite purulente est presque toujours associée à de la fièvre sous forme d'exacerbations thermiques successives (allant à 41° et au delà), qui s'ouvrent par un *frisson* et sont suivies de chutes profondes, accompagnées d'une diaphorèse abondante. Ces accès fébriles se répètent à intervalles irréguliers, tous les jours, de 2 en 2 ou de 3 en 3 jours.

Parfois avec la fièvre se développe un *état septique général* qui s'aggrave progressivement. Le *pouls* devient fréquent et petit, le *sensorium* se prend, la *somnolence* et le *délire* s'établissent et les forces des malades baissent rapidement.

Du côté des autres organes, mentionnons encore la fréquence des *vomissements*. Les *selles* sont rarement en retard, d'ordinaire il y a de la *diarrhée* qui par suite de la stase peut renfermer du sang. Dans quelques cas, la marche envahissante de l'inflammation allume dans l'un ou l'autre endroit une *péritonite généralisée* terminale. Remarquons enfin que l'*urine* est sécrétée en moindre quantité et renferme une *proportion* notablement *moins forte d'urée*.

La *maladie* évolue assez rapidement. Sa durée s'étend en moyenne à deux semaines environ, parfois à trois et quatre semaines et plus encore. L'*issue* est toujours mortelle. Au moins ne connaît-on aucun cas de guérison.

On peut parfois affirmer avec un haut degré de vraisemblance qu'on a affaire à une pyléphlébite purulente. En revanche, la confusion avec divers

états pyémiques, avec les abcès calculeux, etc. est quelquefois inévitable. Il faut tenir compte avant tout de la détermination précise du point de départ de la maladie, puis des frissons d'infection, du gonflement de la rate et du foie, de l'ictère, de l'endolorissement de l'épigastre et de l'état général septique grave.

Sous le *rapport thérapeutique* nous sommes malheureusement presque impuissants. Les hautes doses de quinine n'ont aucune action sur la fièvre. Le seul but par conséquent que le traitement doit tâcher d'atteindre, c'est, autant que possible, la conservation des forces et le soulagement des douleurs.

CHAPITRE QUINZIÈME.

THROMBOSE DE LA VEINE-PORTÉ.

(Pyléphlébite adhésive chronique, pyléthrombose.)

Étiologie et anatomie pathologique. Pas plus que la pyléphlébite suppurative, la thrombose chronique de la veine-porte n'est une maladie idiopathique, mais un état consécutif qui se développe à la suite d'une multitude d'autres altérations pathologiques. Abstraction faite des rares *thromboses marantiques* de la veine-porte, qui d'ordinaire ne sont que des phénomènes ultimes et qui par conséquent sont dénués de toute valeur clinique, presque toutes les thromboses du système-porte sont dues à une compression du tronc ou d'une branche principale de ce vaisseau (*thrombose par compression*). Le plus souvent cette compression a lieu au cours de certaines maladies chroniques du foie, quand les veinules de l'intérieur de l'organe ou le tronc principal même sont mécaniquement compris dans un processus qui donne lieu à la coagulation de leur contenu. C'est le cas principalement pour la *cirrhose* et la *syphilis du foie*, en suite desquelles la thrombose de la veine-porte a été observée à diverses reprises. Cependant d'autres maladies encore, qui confinent à la veine-porte, peuvent entraîner cette conséquence. La compression de ce vaisseau par des *néoplasmes* de diverse nature, des *épaississements chroniques d'origine inflammatoire* du tissu cellulaire qui enveloppe le hile du foie, comme on en voit se produire dans la péritonite chronique généralisée ou circonscrite (par ex. après un ulcère du duodénum), sont susceptibles d'amener une thrombose secondaire de la veine-porte.

L'opinion ancienne d'après laquelle la pyléphlébite adhésive primitive serait la cause de beaucoup de formes de « foie lobulé », est erronée. Dans