

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 tuméfie 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

les cas de ce genre, il est probable qu'il s'agit toujours d'une maladie primitive du foie (le plus souvent la syphilis). Par elle-même, l'oblitération prolongée de la veine-porte n'a aucune influence sur les dimensions du foie, puisque l'artère hépatique pourvoit suffisamment à l'irrigation de l'organe.

Les *altérations anatomiques* de la pyléthrombose ne diffèrent pas essentiellement de celles de toute autre thrombose veineuse. D'après leur âge les caillots sont encore rouges, ou ils sont devenus fermes, plus pâles et plus cassants. Si le thrombus persiste longtemps, il s'organise complètement, comme nous avons eu l'occasion de l'observer au tronc de la veine-porte.

**Symptômes et marche morbide.** Les symptômes de la thrombose du système-porte consistent dans les effets de stase que nous avons étudiés à diverses reprises à propos de plusieurs maladies du foie. Il va sans dire que l'intensité, le degré d'extension de ces symptômes, ainsi que le temps qu'il leur faut pour se développer, dépendent entièrement du siège et de l'étendue de la thrombose. La thrombose du tronc principal, laquelle est assez vaste pour enrayer complètement la circulation, entraîne des phénomènes de stase dans tout le département vasculaire dont les racines ressortissent au vaisseau obturé. La *rate* se tuméfie notablement et son augmentation de volume peut aisément être démontrée par la percussion et la palpation. L'*ascite* ne tarde pas à se montrer par suite de la stase qui s'opère dans les veines péritonéales, tandis que la surcharge des vaisseaux de l'estomac et de l'intestin donne lieu à des symptômes de catarrhe (diarrhée etc.), assez souvent à des *hémorragies* répétées de l'estomac et de l'intestin.

Vu le développement possible d'une circulation collatérale (v. p. 723) qui peut ramener le sang du système-porte aux veines de la grande circulation, une partie des phénomènes de stase déjà produits, peut disparaître passagèrement (peut-être définitivement). Nous avons observé un cas de thrombose de la veine-porte (à la suite probablement d'une affection syphilitique du foie), durant laquelle une ascite assez considérable reparut six à sept fois en l'espace de  $\frac{1}{4}$  à  $\frac{1}{2}$  année, et se dissipa par des soins appropriés. Quand le malade succomba après six ans de maladie et après avoir subi quinze ponctions, le tronc du système-porte était transformé en un cordon fibreux dur qui présentait un pertuis à peine suffisant pour laisser passer une aiguille à tricoter. Le développement des voies collatérales coïncide souvent avec la formation d'un *lacis veineux* considérable sur la paroi abdominale (parfois sous forme de tête de Méduse).

Les *symptômes locaux* (douleur, etc.) n'existent guère dans la thrombose simple de la veine-porte. L'état du foie dépend de la maladie fondamentale

coexistante. Il est possible que l'interruption prolongée du courant sanguin du système-porte entraîne un certain degré d'atrophie générale du foie. L'état cirrhotique et lobulé qu'on observe en même temps n'est pas la conséquence, mais la cause de la thrombose de la veine-porte, comme nous l'avons dit, à moins qu'il ne lui soit associé.

Il n'y a pas moyen de fournir des données générales sur la *marche* et la *durée* de la maladie, attendu que c'est la nature de la maladie fondamentale qui décide seule en ce cas.

Le *diagnostic* de la thrombose de la veine-porte est d'ordinaire très difficile, et à la rigueur il ne peut presque jamais être affirmé avec certitude. Il est vrai qu'à la vue des symptômes on peut assez facilement reconnaître qu'il doit exister un obstacle considérable à la circulation dans le domaine de la veine-porte. Mais, quant à décider si cet obstacle réside dans une thrombose ou dans une compression du système-porte, ou dans la destruction finale de nombreux ramuscules de la veine-porte dans l'intérieur du foie même, c'est là un point d'une excessive difficulté. On peut présumer qu'il existe une thrombose quand toutes les autres causes possibles de stase dans le système-porte sont improbables et quand on peut mettre le doigt sur quelque facteur étiologique (par ex. une péritonite circonscrite antécédente).

Le *pronostic* est en tout cas défavorable, bien que, comme nous l'avons vu, des améliorations passagères puissent avoir lieu. Le *traitement* se règle sur les symptômes existants et est en tout conforme à celui de la cirrhose du foie.

#### APPENDICE.

##### MALADIES DU PANCRÉAS.

Nous résumerons dans les lignes qui suivent les faits peu connus et de quelque importance *clinique* concernant la pathologie du pancréas.

1. **Hémorragie du pancréas.** Les petites ecchymoses du pancréas sont assez fréquentes en cas de diathèse hémorragique généralisée et de stase veineuse considérable, etc. mais elles n'ont guère d'importance. Cependant KLEBS et ZENKER ont décrit quelques cas d'hémorragie pancréatique considérable que l'autopsie démontra être l'unique cause appréciable de la mort. Il s'agissait d'hommes forts, parfaitement bien portants auparavant, mais excessivement obèses, et enlevés par une *mort subite*. C'est peut-être l'influence de la perte de sang sur le ganglion semi-lunaire ou sur le plexus solaire qui avait occasionné la soudaineté de la mort. On ne connaît rien de certain sur la cause intime de ces hémorragies.