

en partie, engagés dans la paroi antérieure du sac, et la veine porte est intimement adhérente à la paroi postérieure. Rate volumineuse et dure. Pas de désordre notable dans l'estomac ni dans l'intestin.

Voici maintenant l'observation de Lebert (1).

Une femme, âgée de 30 ans, a joui d'une bonne santé pendant sa première jeunesse. Elle a été réglée à 18 ans. A cette époque, elle devint chlorotique, et fut guérie par les préparations de fer. Mariée à 23 ans, elle a eu deux enfants. Après les secondes couches, il y a cinq ans, elle eut de la diarrhée pendant quelques semaines, toutefois sa santé redevint bonne, seulement de temps en temps elle eut de nouveau du dévoiement qui devint persistant depuis la fin de 1852. A partir de janvier 1853, son appétit, ses forces et son embonpoint diminuèrent. Elle cessa d'avoir ses règles au mois de février. Tous les jours elle avait cinq à six selles liquides, qui ne furent point modifiées par les moyens employés. Vers le commencement de mars elle s'aperçut qu'elle portait dans l'hypochondre droit un engorgement avec douleurs sourdes, qui, devenant de plus en plus gênant, l'engagea à entrer à l'hôpital de Zurich, le 3 juin 1853.

La malade est pâle, faible, amaigrie, n'a point d'appétit et a toujours de la diarrhée, la langue est nette. Le foie est très-développé, il commence au-dessous du mamelon, et s'étend jusqu'à quatre travers de doigt au-dessous du rebord des fausses côtes; à gauche il dépasse la ligne médiane, et recouvre l'épigastre. Sa surface est lisse, sa consistance ferme, la pression non douloureuse. Le reste du ventre est souple et indolent. Les garde-robes, au nombre de quatre à six par jour, sont liquides, grisâtres, sans coloration bilieuse. Le cœur et les poumons sont sains. Le pouls petit, faible, à 100. La peau, médiocrement chaude, sans ictère. Les urines d'un jaune-paille, claires, sans matière colorante de la bile. (Pilules de nitrate d'argent, contenant chacune 3 centigrammes, à prendre trois à cinq par jour; eau de riz gommée; friction avec la pommade d'iode de plomb sur l'hypochondre droit. Bouillon, viande rôtie en petite quantité, vin de la Valteline, 160 grammes par jour.) Pendant plusieurs semaines, ce traitement est continué, mais sans modifier la diarrhée. Nous remplaçons alors les pilules par des poudres de 6 centigrammes d'acétate de plomb avec 3 centigrammes d'opium, dont trois sont prises par jour. Le nitrate d'argent est prescrit en lavement, mais rien n'améliore l'état de la malade. La langue se sèche, l'appétit diminue et cesse peu à peu complètement, aussi est-on obligé de réduire la nourriture à trois bouillons par jour; le vin seul fait plaisir à la malade jusqu'à la fin. Les selles diminuent au point de n'être plus que de deux ou trois par vingt-quatre heures, mais elles restent décolorées; nous sommes frappés d'y trouver à l'examen microscopique une grande quantité de graisse, soit liquide, soit sous forme de cristaux margariques. Les restes du liquide ne contiennent que des granulations, quelques épithéliums, des cristaux phosphatés, et des débris d'aliments. Le foie continue à s'accroître, et atteint, en bas, la crête iliaque, et à gauche la région splénique.

Pendant le dernier mois, les urines renferment de l'albumine, et leur pesanteur spécifique varie entre 1,07 et 1,09. Le pouls reste petit et accéléré, variant entre 90 et 100. Jamais d'ictère, peu de souffrance, intelligence toujours intacte, mais dépérissement progressif, qui se termine par la mort le 2 juillet 1853.

Autopsie, trente heures après la mort.

(1) *Traité d'anat. patholog.* Paris, 1861, vol. II, p. 322, et pl. CXXVII, fig. 1-3.

Cerveau normal; augmentation du liquide sous-arachnoïdien et ventriculaire, poumon gauche sain, le poumon droit offre à son sommet une place de 9 centimètres de hauteur, sur 7 à 9 de largeur, en état d'hépatation jaune, comme dans la pneumonie chronique; le reste de ce poumon est sain. L'estomac n'offre d'autres altérations que de nombreuses petites ecchymoses; il contient deux lombrics. Le duodénum est sain et les conduits cholédoque et pancréatique sont libres dans toute leur étendue. L'intestin grêle offre quelques places hyperhémiciées, mais pas de ramollissement; il renferme vingt-huit lombrics. Le cœcum et le colon présentent une muqueuse injectée d'un rouge violacé par places, ramollie, plutôt un peu épaissie mais sans ulcérations. Le foie est énorme, il pèse 2 kilogrammes, tous ses bords sont arrondis et de forme sphéroïdale; il a 26 centimètres de largeur, 24 de hauteur à droite, 17 à gauche, et 11 d'épaisseur. Son tissu est d'une consistance cirreuse, d'une coloration brune et jaunâtre, les deux substances sont très-développées, sa surface est lisse et luisante, les cellules du foie sont normales de forme et de dimensions, et doivent être beaucoup augmentées sous le rapport quantitatif. Le foie renferme peu de graisse, les conduits biliaires sont partout perméables, ainsi que la veine porte. La vésicule du fiel est petite et renferme peu de bile verdâtre. La rate est normale, et il y a trois petites rates accessoires, variant entre le volume d'un pois et celui d'une noisette. Les reins, de dimensions normales, offrent une décoloration blanchâtre dans leur substance corticale, mais pas de granulations. Le bassin rénal gauche est couvert d'un liquide purulent. La vessie et les organes génitaux sont sains.

Les symptômes produits par l'anévrysme de l'artère hépatique sont donc de trois espèces. En premier lieu est la tumeur, qui parfois devient considérable et déplace le foie, puis viennent les douleurs névralgiques causées par la pression exercée sur le plexus hépatique, enfin, l'ictère dû à la compression des conduits biliaires. L'issue fatale a lieu habituellement par suite d'une hémorrhagie interne. La confusion avec les coliques hépatiques est des plus faciles.

Art. 2. — Maladies de la veine porte.

§ 1. — CONCRÉTIONS SANGUINES ET INFLAMMATION DE LA VEINE PORTE.

Thrombose de la veine porte, pyéléphébite adhésive. (Pfortader-Obturation).

Étiologie. — Les concrétions sanguines trouvées dans la veine porte ont, suivant l'époque, été expliquées de différentes façons. Tandis que les anciens médecins faisaient provenir les infarctus d'une stagnation du sang, on chercha plus tard, sous l'influence de la théorie de la pyéléphébite, à expliquer la formation du coagulum par une maladie de la paroi veineuse, et on affirma que cette obstruction vasculaire avait pour cause constante une inflammation de la veine porte, que, d'après son mode de terminaison, on divisa en inflammation adhésive et en inflammation suppurative.

L'expérience de ces derniers temps a nettement prouvé que la majorité des concrétions sanguines dans la veine porte se produisait indépendamment d'une inflammation des parois veineuses, que cette dernière était fréquemment secondaire, et qu'elle constituait le point de départ du travail morbide dans un nombre de cas relativement fort petit.

Dans plusieurs cas, où l'altération est déjà avancée, il devient difficile de déterminer quels rapports de causalité existent entre les modifications du contenu et celles de la paroi de la veine, quel est là le phénomène primitif, quel est le consécutif. La difficulté devient encore plus grande quand une description anatomique détaillée fait défaut. Aussi, ne peut-on pas tirer tout le parti possible d'un grand nombre de faits consignés dans la littérature médicale.

Dans l'examen du sujet qui nous occupe, nous commencerons par exposer les formes simples pour passer ensuite à la description des formes compliquées.

Les concrétions sanguines dans la veine porte se développent comme dans les autres veines :

1° A la suite d'un affaiblissement de la circulation, d'une diminution dans l'énergie du cœur, du marasme. Cette cause agit rarement ici, comparativement aux autres veines.

J'ai observé deux cas de cette espèce. Le premier, dont il a déjà été parlé page 222, concernait un homme âgé de 44 ans, qui, après avoir souffert pendant plusieurs mois de dyspnée et de palpitations, et après avoir craché du sang à diverses reprises, fut admis à l'hôpital, présentant déjà un état anémique très-avancé et ayant les pieds œdématiés. L'examen montra que les poumons étaient exempts de tubercules; on entendait à gauche, vers le cartilage de la cinquième côte, un souffle systolique bruyant. Peu de jours après l'admission, la dyspnée et l'anxiété faisant de continuels progrès, survint un vomissement composé de liquide verdâtre et mélangé de flocons noirâtres; en même temps le ventre devint sensible, les garde-robes ténues; liquides, sanguinolentes prirent une teinte d'un rouge brun. L'autopsie fit constater une inflammation de l'artère pulmonaire et une occlusion presque complète de son calibre par des thrombus très-étendus, les uns récents, les autres anciens et adhérents à la paroi vasculaire épaissie (fig. 40). La veine porte était, non-seulement dans son tronc, mais encore dans ses branches et ses ramuscules, complètement obstruée par des coagulums récents d'une couleur rouge noirâtre, qui se détachaient facilement de la paroi musculaire, restée saine.

L'ensemble de la membrane séreuse de l'intestin grêle et du mé-

sentère était semé d'un grand nombre de petites ecchymoses rouges, très-rapprochées les unes des autres; la muqueuse de l'estomac, dans lequel on trouva des flocons de sang noir, présentait des érosions hémorragiques de date nouvelle, celle de l'intestin grêle était d'un rouge sale, tuméfiée, et couverte d'un mucus sanglant; le gros intestin était peu modifié. Dans la cavité abdominale, il y avait un épanchement abondant de sérum rouge brun. Foie petit, mou et flasque, bile en assez grande quantité. Rate grosse, contenant beaucoup de sang et un peu pigmentée.

Le caillot sanguin s'était formé dans la veine porte quelques jours avant la mort; il avait été annoncé par le gonflement douloureux du ventre, les selles et les vomissements sanglants. La coagulation eut lieu lorsque l'obstruction de l'artère pulmonaire devint telle qu'elle anéantit presque entièrement la circulation veineuse. Quant à des causes locales de la thrombose, il n'en existait ni dans la veine porte, dont les parois étaient normales, ni dans le foie, dont la seule altération était un affaissement résultant des obstacles mis à l'afflux du sang.

Dans le second cas, observé par moi, le coagulum ne se forma qu'au moment de l'agonie; aussi les lésions résultant de la stase étaient peu considérables et ne s'étaient trahies pendant la vie par aucun symptôme. Le malade était un homme de 23 ans, qui se présenta le 30 juin 1855 à la clinique de Breslau, portant tous les signes d'une tuberculisation subaiguë des poumons. Huit jours avant la mort, on vit apparaître un œdème de la moitié gauche de la face et du bras gauche; cet œdème fit de rapides progrès et envahit le voile du palais ainsi que la luette. La mort arriva au milieu des accidents de l'asphyxie. A l'autopsie, outre la tuberculisation des deux poumons et l'ulcération du gros intestin, on trouva le cœur droit fortement dilaté par des caillots solides, couenneux, s'engageant fort avant dans les vaisseaux; entre les colonnes du ventricule gauche étaient placées d'anciennes végétations de forme globuleuse. Les veines jugulaire et sous-clavière gauches étaient remplies par des thrombus durs; les veines hépatiques et la veine porte contenaient des coagulums d'un rouge noirâtre, qui remplissaient aussi les veines mésentérique et splénique. Foie gorgé de sang, un peu amplifié; vésicule biliaire œdématiée, dilatée par de la bile d'un jaune orange. Rate doublée de volume, molle et d'un rouge brun. La séreuse de l'intestin grêle était le siège d'une injection vive, sa muqueuse ainsi que celle de l'estomac était tuméfiée, et çà et là recouverte d'une écume sanglante.

Une cause de thrombose de la veine porte plus fréquente que le marasme, c'est :

2° La perturbation locale que subit le cours du sang consécutivement aux maladies du foie, lesquelles amènent, soit la destruction de capillaires nombreux, soit un rétrécissement des rameaux de la veine porte.

Le travail morbide dans ce cas a une longue durée; il se passe dans la masse du thrombus et dans la paroi veineuse des changements multiples; les troubles consécutifs deviennent plus marqués dans les organes desservis par la veine porte et rendent le diagnostic possible pendant la vie.

C'est surtout l'induration hépatique simple ou granulée et la cirrhose ainsi que l'atrophie chronique qui, arrivées à un degré avancé, produisent l'obstruction de la veine porte (1).

Dans ces cas la thrombose est rarement limitée à quelques rameaux de ce vaisseau, ordinairement elle envahit les branches et le tronc. Elle peut n'être qu'incomplète et seulement rétrécir le calibre (Ginrac); plus habituellement elle est complète et obstruante.

La masse du thrombus, qui, en général, adhère intimement à la membrane interne du vaisseau, n'est que par exception molle et friable (Dowell, Ginrac); d'habitude elle est ferme, dure, difficile à déchirer et même, en certains points, organisée en tissu celluloso-vasculaire (Reynaud). Sa couleur est d'un rouge grisâtre, brune, noirâtre, ou, comme l'a vue Carswell, ictérique. On observe en outre des coagulums disposés en couches concentriques, décolorés à l'extérieur et noirs au dedans (Ginrac); de plus, des concrétions plus récentes adhérant aux anciens thrombus qu'elles prolongent (Frisson). La veine est d'habitude élargie (2) (Carswell), sa paroi porte les traces d'une inflammation chronique causée par la présence du thrombus; elle est épaissie, adhérente à l'extérieur avec les parties voisines, intérieurement rugueuse, inégale, rouge (Reynaud et Ginrac). Assez souvent dans la paroi veineuse on découvre des plaques osseuses ayant la forme tantôt d'écaillés isolées et minces, tantôt de lamelles fortes et annulaires (Frisson, Dowell, Ginrac).

Quelques exemples fourniront là-dessus de plus amples éclaircissements.

(1) Voyez p. 348. Il est souvent difficile de déterminer le degré d'action qu'ont, sous ce rapport, les troubles de la circulation dans les capillaires, le rétrécissement de quelques branches vasculaires isolées, et la propagation de l'inflammation chronique à la paroi des vaisseaux.

(2) Craigie (*Pathol. Anatom.*, p. 127) a trouvé dans un cas un rétrécissement de la veine porte qui se prolongeait jusque dans les veines splénique et mésentérique.

Un homme, âgé de 50 ans, atteint naguère de fièvre intermittente, ayant un teint pâle, une constitution débilitée, devint ictérique, et éprouva des vomissements bilieux abondants, de la diarrhée, de l'ascite, de la dyspnée. Les veines superficielles de l'abdomen étaient grosses et très-apparences surtout du côté droit. L'autopsie fit découvrir des exsudats fibrineux dans les deux plèvres, un épanchement trouble et floconneux dans la cavité du péritoine qui avait une couleur rouge brun. Circonvolutions intestinales adhérentes, glandes mésentériques tuméfiées; les veines de l'abdomen étaient tuméfiées, flexueuses, et, en certains points, remplies de caillots solides. Muqueuse gastrique et intestinale d'un rouge sombre; rate très-grosse, foie petit, dur, recouvert d'exsudats; dans la vésicule 90 grammes de liquide; veine porte entièrement ossifiée, formant une sorte de gaine, remplie par une masse dure et rougeâtre, qui se prolonge au loin sous forme de coagulums demi-solides (1).

Monneret (2) rapporte un autre cas qui peut également trouver place ici.

Un teneur de livres, âgé de 42 ans, ayant séjourné dans les climats chauds où il avait éprouvé plusieurs maladies graves, et d'où il était revenu avec une tumeur de la rate, fut pris d'hématémèse, de diarrhée sanglante et d'ascite; les veines sous-cutanées de l'abdomen devinrent variqueuses. On trouva à l'autopsie le foie atrophié, de consistance dure, jaune, mais non granulé; la veine porte dilatée était remplie par un thrombus très-ferme de couleur rouge et çà et là blanchâtre, qui adhérait intimement avec la paroi interne de la veine devenue rugueuse, épaissie et rouge. La vésicule contenait deux calculs, sa paroi avait la consistance du cartilage; la rate était très-grosse.

Dowell (3) a observé un malade d'âge moyen, atteint d'ascite et d'anasarque, qui, en dernier lieu, fut pris d'un érysipèle des extrémités inférieures. Son foie granulé était atrophié; le tronc et les branches de la veine porte, en exceptant la veine splénique, étaient comme bouchés par une masse molle, qui semblait constituée par de la fibrine modifiée. Cette même substance existait encore dans les branches hépatiques de la veine porte, et adhérait fortement à la paroi vasculaire.

Dans un second cas d'espèce semblable, la veine porte, dont la paroi épaissie et blanche était garnie intérieurement de lamelles osseuses, renfermait un coagulum résistant.

Ginrac (4) rapporte, sur ce sujet, cinq cas provenant de sa pratique, parmi lesquels trois peuvent trouver place ici. J. Dudon, âgée de 47 ans, avait, à plusieurs reprises, été atteinte de fièvre intermittente, lorsqu'en juillet 1846 elle ressentit dans les flancs des douleurs persistantes, accompagnées d'une fièvre légère. L'abdomen se ballonna et ses parois amincies se couvrirent de veines dilatées. OEdème des pieds, selles ténues, urine rare et rouge, appétit médiocre. Après la ponction qui donna issue à une grande quantité d'un liquide jaunâtre, un peu trouble, l'ascite se reproduisit rapidement, de larges ecchymoses apparurent dans la région inguinale gauche.

Deuxième ponction, mort.

Beaucoup de liquide jaune dans la cavité abdominale, péritoine lisse, non en-

(1) Frisson, *Gazette des hôpitaux*, p. 420.

(2) *Union médicale*, 1849, p. 49.

(3) *The Dublin quater. Journal of medic. science*, août, 1851, p. 201.

(4) *Observations et recherches sur l'oblitération de la veine porte*. Bordeaux, 1856.

flammé; muqueuse gastrique saine, çà et là dans l'intestin quelques vaisseaux dilatés. Foie petit, granulé, ferme, jaune; vésicule pleine de bile, veine porte entièrement obstruée par un coagulum résistant, dur, d'un gris blanchâtre. Rate assez développée, reins normaux.

A. Fauquet, âgé de 45 ans, berger, habituellement mal nourri et ayant subi plusieurs attaques irrégulières de fièvre intermittente, fut atteint, d'abord, de douleurs dans la région lombaire, puis, plus tard, d'œdème des pieds et d'ascite. Cette dernière disparut tout à coup, mais revint bientôt ensuite, accompagnée d'une éctasie des veines abdominales; appétit faible, amaigrissement, urine abondante sans albumine. Après qu'on eut administré sans succès la digitale, la scille et la scammonée, on pratiqua la ponction; mais dès le lendemain l'ascite se reproduisait. Diarrhée abondante, douleurs dans l'abdomen, apnée, mort.

Dans la cavité abdominale, beaucoup de sérum légèrement floconneux, péritoine injecté, foie petit, anfractueux, cirrhotique; conduits biliaires normaux. A sa bifurcation, la veine porte est remplie par une masse molle, d'un jaune brun, semblable à de la bouillie, qui l'obture complètement et adhère solidement à la paroi vasculaire un peu rougie. Muqueuse gastrique d'un rouge brun, muqueuse intestinale injectée; les autres organes sont normaux.

P. Carriot, âgé de 66 ans, souffrait depuis trois ans d'hémorroïdes; plus récemment il avait été pris de rétention d'urine et de douleurs dans la région lombaire, qui bientôt avaient été suivies d'un œdème des pieds et d'ascite. Absence d'appétit, selles normales, urine albumineuse. La ponction est pratiquée, on constate une tumeur de la rate. Répétition de la paracentèse, diarrhée et vomissement qui deviennent continus et amènent la mort par épuisement. Beaucoup de liquide jaune dans la cavité de l'abdomen; rate grosse et dure, foie petit, coriace, de couleur jaune; vésicule pleine de bile verdâtre. La veine porte, incrustée de nombreuses plaques osseuses, est, un peu avant sa bifurcation, en partie obturée par un coagulum brun et solide; sa paroi interne est couverte, dans un espace très-étendu, par une substance membraneuse de couleur jaune.

Outre la cirrhose, le cancer du foie peut aussi devenir la cause d'une obturation de la veine porte. Dans ce cas, le travail morbide reste limité à des branches isolées qui sont comprimées par le carcinome ou se perdent au milieu de lui; rarement la thrombose est généralisée. La veine renferme tantôt de simples caillots sanguins transformés ou non, tantôt de la substance cancéreuse (1).

Les abcès du foie n'entraînent qu'exceptionnellement la production de coagulums sanguins dans la veine porte; quand cela arrive, le thrombus subit ordinairement une décomposition purulente, et on voit des métastases se produire (2).

Il est encore plus rare de voir des ectasies des canaux biliaires amener, par la pression qu'ils exercent, l'inflammation et le rétrécissement de la veine porte, comme cela eut lieu dans un cas rapporté par Virchow (3).

(1) Voy. p. 551, et plus loin les Observ. xciii, xciv, ci.

(2) Voy. p. 407.

(3) *Verhandlungen der physik.-medicin. Gesellschaft in Würzburg*, t. VII, p. 21.

Un journalier, âgé de 66 ans, ayant été autrefois atteint d'hématurie et d'ictère, fut de nouveau pris d'ictère et de diarrhée. Santé générale peu altérée, urine chargée de pigment, selles décolorées. Au bout de peu de temps, la teinture d'opium fait disparaître la diarrhée, l'urine devient plus claire, l'ictère diminue, mais ne tarde pas à reparaitre. Peu à peu il se produit une ascite et de l'œdème aux pieds. Bien que la digestion reste bonne, l'état cachectique fait des progrès et la coloration jaune devient un ictère noir. Faiblesse considérable, somnolence, délire, mort.

L'autopsie fournit les résultats suivants :

La rate, très-grosse, adhère au diaphragme et à la paroi abdominale; ses artères et ses veines sont fortement épaissies et dilatées. Foie de couleur verte, granuleux, un peu rapetissé; vésicule biliaire dilatée, contenant plusieurs calculs; canal cystique et canal cholédoque larges et très-flexueux; ce dernier contient, dans sa portion terminale très-amplifiée, immédiatement avant son ouverture dans l'intestin grêle, un calcul rond, gros comme une balle de fusil, qui doit avoir causé l'ictère. Conduits biliaires dilatés, parenchyme hépatique mou et vert, acini petits. Les rameaux de la veine porte qui se distribuent dans le foie sont larges et perméables. Dans le tronc de la veine porte, la paroi interne devenait de plus en plus épaisse, à mesure que le vaisseau se rapprochait du foie, et il en résultait un véritable rétrécissement du calibre du vaisseau. Près du lobe droit, l'épaisseur de la paroi interne était d'un centimètre; en ce point elle formait une masse dense, comme stratifiée et demi-cartilagineuse, qui était en grande partie devenue calcaire et ne laissait plus pour le sang qu'un passage étroit. Vers le lobe gauche l'épaississement pariétal était moins considérable; cependant il existait aussi un rétrécissement notable du vaisseau. A partir de ce point, en descendant en arrière, la veine se dilatait; son tronc, à sa terminaison, était tellement amplifié et épaissi qu'il ressemblait à un anévrysme artériel. Les artères coeliaque et hépatique, mais surtout la splénique, étaient devenues très-grosses et leur paroi interne était épaissie et ridée. La veine azygos était transformée en une succession d'ampoules volumineuses et pleines de sang; quelques-unes de ces ampoules arrivaient au contact de la veine splénique, qui présentait également en ce point des dilatactions sacciformes, au nombre desquelles trois communiquaient avec les ampoules de la veine azygos. Ainsi il y avait une varice anastomatique entre les veines splénique et azygos.

Virchow pense que l'obstacle primitif au cours du sang dans la veine porte provenait de la dilatation considérable des canaux biliaires, et il est porté à croire que la concrétion biliaire, au moment où elle occupait une position plus élevée, avait provoqué une inflammation chronique de la paroi de la veine porte, d'où provenaient les autres troubles consécutifs.

3° Compression de la veine porte au-dessus du foie par du tissu contractile et des tumeurs d'espèces diverses.

Déjà (p. 225) j'ai rapporté une observation où, à la suite d'un ulcère perforant du duodenum, il s'était développé du tissu conjonctif qui avait étranglé le tronc de la veine porte. Dans ce cas le vaisseau était rempli par un thrombus stratifié, de consistance caséeuse à son centre, et se prolongeant fort avant dans le foie. La planche XII représente cette veine porte; en *a*, on aperçoit plusieurs varices des veines gastriques. La mort résulta d'hémorragies de l'estomac et de l'intestin. La rate n'avait pas changé de volume.