

On voit encore le rétrécissement et la thrombose de la veine porte se produire de la même manière, à la suite d'une péritonite chronique; c'est ce que prouve le fait suivant.

*OBSERVATION CIVIL. — Plusieurs contusions de l'épigastre, douleurs violentes et persistantes dans la région abdominale supérieure, dilatation considérable du ventre, veines abdominales gorgées et amplifiées; foie petit et refoulé en haut, diarrhée. Ponction; rapide reproduction de l'épanchement, diarrhée persistante. Mort par épuisement.*

*Autopsie. — Restes d'une péritonite chronique, adhérences solides de la rate, du foie et du pancréas avec les organes voisins; compression de la veine porte par des plaques de tissu conjonctif; thrombus solide à l'intérieur de ce vaisseau. Foie petit et dur, rate tuméfiée; dilatation des veines du mésentère; tuméfaction et coloration livide de la muqueuse, de l'estomac et de l'intestin grêle; épanchement trouble et floconneux dans la cavité abdominale.*

Jean Greilich, ouvrier, âgé de 46 ans, resta en traitement du 29 janvier au 7 février. Il y a onze ans, le malade se frappa l'épigastre contre une barre, et cette région se gonfla et devint très-douloureuse; de plus, il éprouva de fréquents vomissements et de violents maux de reins qui ne l'empêchèrent cependant pas de marcher. Le malade se rétablit peu à peu et resta bien portant jusqu'il y a 18 semaines, époque où il retomba malade. Cette fois encore, il prétend qu'en soulevant un pesant fardeau, il a reçu un coup dans l'épigastre. Il ressentit dans cette région de vives douleurs, y remarqua une tuméfaction et devint sujet à une diarrhée fréquente. Il ne signale du reste aucun autre phénomène morbide.

A l'examen, le malade paraît dans un assez bon état de nutrition; le pouls est à 84, point d'ictère, langue nette, léger œdème des pieds. Le ventre est ballonné et fluctuant. La matité hépatique commence au bord supérieur de la quatrième côte et mesure, sur la verticale du mamelon, 10 centimètres; absence complète de matité à l'épigastre. La rate est refoulée en arrière et quelque peu hypertrophiée. On observe sur la région épigastrique et sur les hypocondres un développement considérable des veines; la cicatrice ombilicale distendue par du liquide forme une saillie globuleuse; elle est située à 21 centimètres de l'apophyse xiphoïde et à 19 centimètres de la symphyse.

Matité précordiale normale, bruits du cœur sourds, mais purs. En arrière de la poitrine et à gauche, la matité remonte jusqu'à la 8<sup>e</sup> vertèbre dorsale; il en est de même du côté droit. Souffle vésiculaire rude aux deux sommets. Urine dépourvue d'albumine, selles brunes.

2 février. — Hier, la ponction abdominale a évacué environ 21 livres de liquide. Immédiatement après on constata que le foie était resté peu volumineux; le patient éprouvait dans l'épigastre une douleur intense qui ne lui laissait pas de repos. Le fluide évacué est d'un jaune sale, floconneux et chargé d'albumine. Le soir, l'épanchement s'était déjà, en grande partie, reformé; la sécrétion urinaire demeure très-restreinte; pouls à 84; sommeil troublé par la douleur, sensorium libre.

Le 3. — L'état du malade s'est un peu amélioré; l'urine continue d'être rare; chaque jour, deux selles ténues et aqueuses. Le ventre est aussi tendu qu'avant la ponction; douleurs vives dans la région hépatique; langue nette; soif modérée.

Le 4. — Dyspnée considérable par suite de l'ascite. Très-peu d'œdème aux pieds; cinq selles ténues.

Sous l'action d'une diarrhée persistante, le malade s'affaiblit de plus en plus

jusqu'au 7 février, où la mort survint, sans que la connaissance eût été troublée.

*Autopsie. — Rien d'anormal du côté du crâne, ni de son contenu. Dans les cavités pleurales droite et gauche, environ 1 livre 1/2 d'un fluide clair; à droite le poumon est presque complètement adhérent.*

La muqueuse du pharynx et de l'œsophage est rouge et recouverte de matières jaunes provenant de l'estomac.

La muqueuse du larynx et de la trachée est d'un rouge intense; glande thyroïde petite; glandes bronchiques mélanotiques. Poumon un peu œdématié à gauche, beaucoup à droite; en bas splénisé.

Cœur et son enveloppe sans altération notable; environ 16 livres d'un liquide trouble dans la cavité abdominale.

La rate est entourée d'une matière couenneuse solide, complètement organisée, très-développée surtout du côté du hile; la glande adhère intimement à la paroi costale et au cul-de-sac de l'estomac; l'artère et la veine spléniques sont perméables et sans coagulums. L'organe pèse 990 grammes, sa longueur est de 6 pouces 1/2, sa largeur de 4 3/4, son épaisseur de 1 1/3; le parenchyme dur, très-brillant, contient beaucoup de sang.

La portion pylorique de l'estomac est solidement fixée par de fausses membranes; la veine porte, notablement rétrécie, présente une ouverture anguleuse et est entourée de tissu conjonctif dur et résistant; près d'elle, l'artère hépatique est également aplatie. Le tronc de la veine porte, dans la scissure du foie, a une étroitesse inusitée; il est rempli de coagulums friables d'une couleur rouge noirâtre, qui s'étendent jusque dans les branches se distribuant à l'intérieur du foie, et y prennent une teinte rouge noire homogène. Dans un point seulement le thrombus adhère à la paroi de la veine, qui avait d'ailleurs conservé son poli normal. Capsule du foie épaissie, adhérent au diaphragme; volume de la glande un peu diminué; parenchyme dur et uniformément brun; veines hépatiques sans coagulums. Le pancréas est enveloppé par du tissu conjonctif dur et résistant, avec lequel il est presque confondu. La muqueuse de l'estomac a une couleur livide et est couverte de nombreux flocons de pigment, résidus d'infiltrations hémorrhagiques.

Dans le mésentère et le mésocôlon les veines sont médiocrement dilatées, la séreuse de l'intestin grêle présente une injection vive, sa muqueuse est noirâtre, celle du gros intestin un peu moins foncée. Les appendices épiploïques sont œdématiés. Les matières contenues dans l'intestin sont fluides et d'un jaune pâle; dans la cavité du bassin on trouve un fluide purulent.

Reins contenant beaucoup de sang, mais d'ailleurs normaux.

Vessie vide.

Une observation semblable a été rapportée par Barth (1), qui a vu, chez une femme de 20 ans, la mort survenir dix mois après l'accouchement, par suite d'une péritonite chronique. La cavité abdominale était remplie par un liquide trouble; la veine porte, avant son entrée dans le foie, était entourée d'un tissu conjonctif blanc et serré, ses branches étaient remplies par des caillots (2).

Une obstruction de la veine mésentérique seule résulte, dans quel-

(1) *Bulletin de la Société anatomique*, 1851, p. 354.

(2) Voyez, en outre, Ziegler, *De venæ portæ obstructione*. Regiomont, p. 26.

ques cas, de l'inflammation du mésentère, quand le travail morbide envahit la paroi vasculaire, ou lorsque la lumière de la veine est rétrécie par du tissu conjonctif contractile. Cohn (1) a rapporté une observation de cette espèce.

Une cause d'obstruction bien plus fréquente que la péritonite se rencontre dans les produits de formation nouvelle, qui rétrécissent assez le calibre de la veine porte dans la portion située au-dessous du foie, pour que des coagulations sanguines puissent s'y produire. C'est ainsi qu'agissent surtout les carcinomes, qui se développent dans l'estomac, le pancréas, l'épiploon, les glandes rétropéritonéales, ou y forment des dépôts. Gendrin (2) et Bouillaud (3) ont décrit des cas semblables dans lesquels le tronc de la veine était obstrué; moi-même j'ai vu plusieurs fois des concrétions se former dans certaines branches de la veine porte, telles que la veine splénique, lorsque le pancréas était cancéreux, ou dans la veine mésentérique supérieure, quand le cancer avait pour siège l'épiploon, les glandes rétropéritonéales, etc. Ordinairement le processus morbide envahit d'abord les petits ramuscules, d'où fait saillie un thrombus globuleux, qui augmente progressivement de volume et que des coagulums nouveaux vont prolonger au loin, sans pourtant que le vaisseau soit d'habitude complètement obstrué (4).

Un intérêt tout particulier nous est encore offert par l'étude de ces oblitérations qui, limitées à certaines branches isolées de la veine porte, entraînent l'atrophie des portions correspondantes du parenchyme hépatique. On trouve dans la glande des parties déprimées, qui sont formées par un tissu fibreux condensé, et dont, parfois, le nombre est assez considérable pour donner à l'organe un aspect lobulé (5). Si, par la dissection, on poursuit la veine porte jusque dans ces cicatrices, on reconnaît que celles de ses branches et ceux de ses rameaux

(1) *Embolische Gefässkrankheiten*, p. 688.

(2) *Traité de méd. prat.*, t. II, p. 233.

(3) *Archiv. de méd.*, t. II, p. 198 et 199.

(4) Dans ces circonstances, le thrombus peut être simple ou contenir les éléments du cancer. Bamberger (*loc. cit.*, p. 635) cite un cas de formation endogène du cancer dans la veine porte, qui existait en l'absence de tout autre produit cancéreux dans le reste du corps. Toute l'étendue de la veine porte, jusque dans ses ramifications les plus fines, était remplie par un coagulum pulvaccé formé de cellules à noyaux, volumineuses et de forme variable.

Voyez aussi Virchow, *Archiv. für pathol. Anatom.*, t. II, p. 597.

(5) Voyez figure 65, où la portion postérieure du lobe droit est représentée avec de semblables rétractions cicatricielles. Du reste on doit distinguer ces cas d'avec la lobulation du foie qui accompagne l'hépatite circonscrite (*fig. 48*) et d'avec la lobulation congénitale, d'ailleurs fort rare, dont la figure 66 donne un exemple.

qui s'y distribuent sont oblitérés. Dans la planche XII, figure 4, on a représenté une de ces branches avec ses rameaux, qui sont transformés en cordons fibreux; la surface du foie présente une scissure profonde, résultant de la disparition de la substance glandulaire alimentée par ces vaisseaux.

Le mode de développement de ce travail d'oblitération n'est pas encore suffisamment expliqué; plusieurs fois je l'ai vu se produire à la suite de fièvres intermittentes opiniâtres, et avec d'anciennes tumeurs de la rate; aussi je regarde comme vraisemblable, que l'occlusion des rameaux de la veine porte est souvent produite par l'immigration d'un caillot provenant de la rate ou d'un des organes dans lesquels la veine porte prend racine. Cependant, il m'est impossible de fournir une preuve certaine de mon opinion. Schuh (1) rapporte deux cas de cette espèce; l'un d'eux peut trouver place ici.

J. Schenk, boucher, âgé de 39 ans, d'une constitution robuste, n'a jamais eu, dans son enfance, d'autre maladie qu'une fièvre intermittente qu'il éprouva à l'âge de 9 ans. Depuis sept années il ressent fréquemment des douleurs dans les hypochondres; il y a quelques semaines, ces douleurs sont devenues persistantes et se sont accompagnées de fièvre. Teint terreux; rate et foie sensibles à la pression, tous deux hypertrophiés; chaque jour un accès de fièvre dans l'après-midi. Prescription: sangsues sur la région splénique, cataplasmes et postérieurement quinine. Peu à peu l'ascite se développe. Plusieurs semaines plus tard la fièvre se reproduit accompagnée d'une sensibilité très-vive de la rate et d'une rapide augmentation de l'ascite;

(1) *Zeitschrift der Gesellschaft der Aerzte in Wien*, 1846, t. II, p. 453.



Fig. 65.

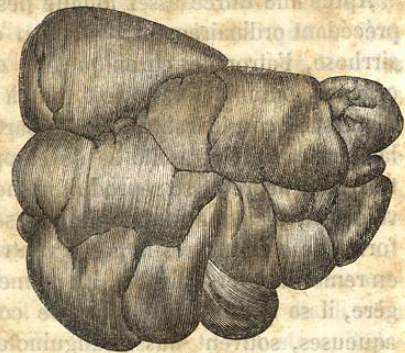


Fig. 66.

on prescrit le calomel. La fièvre présente des intermissions évidentes; il se produit une diminution passagère de l'épanchement abdominal.

Dans une période plus avancée de la maladie, la fièvre redevint continue, l'abdomen douloureux, il survint des vomissements verdâtres, et la mort arriva six mois après l'admission.

La cavité abdominale contient plusieurs livres d'un liquide jaune et floconneux; péritoine opaque et épaissi, çà et là injecté et couvert d'exsudats. Le foie est petit, le bord antérieur de son lobe droit est atrophié; sur sa face convexe on remarque un grand nombre de rétractions cicatricielles profondes. Substance glandulaire brune, coriace, divisée en lobules ayant du volume d'un haricot à celui d'un grain de millet et enveloppés dans un tissu comme tendineux. Plusieurs des ramifications principales de la veine porte sont oblitérées et transformées en cordons fibreux. La rate pèse 4 livres, atteint jusqu'à l'ilion, est d'un brun rouge, friable, épaissie en arrière dans une étendue large comme le poing, dure et gorgée de sang.

*Symptômes de l'obstruction de la veine porte.* — Le travail d'obstruction dans la veine porte ne s'annonce habituellement par aucun symptôme local. C'est par exception seulement que l'on voit l'inflammation de la paroi veineuse devenir assez vive pour causer de la douleur. La plupart du temps la maladie présente les caractères suivants :

Après une durée assez longue des accidents propres aux maladies précédant ordinairement l'affection de la veine porte, telles que la cirrhose, l'atrophie chronique, le cancer de l'estomac ou d'autres organes abdominaux, on voit tout à coup apparaître les symptômes d'une stase considérable dans les parties d'où procèdent les racines de la veine porte. Une ascite se développe qui en peu de jours atteint un très-haut degré et se reproduit immédiatement après la ponction; les veines sous-cutanées abdominales se dilatent, elles parcourent sous forme de cordons très-larges le ventre et la partie inférieure du thorax en remontant vers l'aisselle. En même temps le volume de la rate s'exagère, il se produit une diarrhée composée de matières muqueuses, aqueuses, souvent aussi sanguinolentes, qui fréquemment s'accompagne de vomissements; l'urine devient extraordinairement rare et dense; les malades s'affaiblissent rapidement, prennent un aspect blafard et cachectique, les pieds enflent, etc., etc.

Ces divers symptômes ne sont pas toujours également marqués; ils sont plus ou moins caractérisés suivant que l'obstruction de la veine est complète ou incomplète, qu'elle se forme vite ou lentement, que la circulation collatérale compense ou non l'effet de la stase (1).

L'analyse de 28 observations d'obstruction de la veine porte a donné, sous le rapport de la symptomatologie, les résultats suivants :

L'ascite faisait défaut dans 3 cas seulement; chez un homme

(1) Relativement aux voies de circulation collatérale, comparez p. 358 et 359.

qui succomba à des hémorrhagies profuses de l'estomac et de l'intestin, je n'ai pu constater ni ascite ni tuméfaction de la rate, bien que le tronc et les branches de la veine porte fussent complètement obstrués. Dans ce cas l'hémorrhagie avait empêché la stase de produire une transsudation séreuse. C'est par la même raison que Handfield Jones (1) ne trouva pas traces d'ascite chez une femme qui, atteinte de cirrhose et d'obstruction de la veine porte, avait eu des hématomés.

Le développement des veines sous-cutanées se produisit 13 fois sur 28; il était surtout marqué dans les observations rapportées par Reynaud et Stokes, où non-seulement la veine porte, mais encore la veine cave étaient obturées.

La tuméfaction de la rate a manqué dans 4 cas, en partie à cause de la dégénérescence atrophique ou cérumineuse de cet organe, en partie parce que la pression sanguine avait été compensée par une hémorrhagie.

Contrairement à la rate, le foie fut trouvé d'un volume normal ou hypertrophié, dans 4 cas seulement; il s'agissait alors principalement de cancers hépatiques, compliqués postérieurement d'une obstruction de la veine porte. L'ictère ne fut observé que 4 fois. Quant à l'état des fonctions gastriques et intestinales, dans tous les cas, à l'exception de 3, il existait de la diarrhée, et, chez un tiers des malades, les selles étaient sanguinolentes ou même constituées par du sang pur; plus rarement, dans 4 cas seulement, il y avait en outre des vomissements sanglants. Les autres accidents, tels que la dyspepsie, la diminution de la sécrétion urinaire, etc., ne jouent ici qu'un rôle secondaire et sont faciles à expliquer.

*Diagnostic.* — Le diagnostic de l'obstruction de la veine porte ressort naturellement de ce qui vient d'être dit. Il peut être établi avec certitude quand existe l'ensemble des symptômes de la stase, il devient plus difficile quand plusieurs de ceux-ci font défaut. Dans ce cas, on doit se guider surtout sur le retour extraordinairement rapide de l'ascite après la ponction; dans aucune autre affection donnant lieu à un épanchement abdominal, ce phénomène n'est aussi marqué qu'ici.

La maladie conduit presque infailliblement à la mort. Nous ne possédons aucune observation positive montrant qu'une circulation collatérale puisse compenser l'effet de la stase assez complètement pour que la vie soit conservée; en tous cas, il n'en saurait être ainsi que dans les formes simples dues à une péritonite chronique, et non dans celles qui s'accompagnent d'une dégénérescence grave du foie.

(1) *Medical Times and Gazette*, août 1855, p. 184.

Le pronostic se conclut naturellement de ce que nous venons de dire.

*Traitement.* — Il a pour but de s'opposer, autant que possible, aux troubles résultant de l'occlusion d'un vaisseau important.

On cherchera à modérer la diarrhée, ainsi que les hémorrhagies gastriques et intestinales à l'aide de la ratanhia, de l'acide tannique, des astringents métalliques; à arrêter la chute des forces, à s'opposer à l'ascite au moyen d'aliments légers, faciles à digérer et nourrissants. Contre l'ascite il est inutile d'employer les diurétiques; car en présence de la diminution dans la pression exercée par le sang artériel, on ne peut espérer d'exciter l'activité des reins et on doit plutôt craindre de nuire à la digestion. Essayer les drastiques serait accélérer l'épuisement: reste donc la ponction, qu'on différera le plus longtemps possible et qu'on ne réitérera que quand la dyspnée devient menaçante.

Dans l'article consacré aux calculs hépatiques et aux entozoaires des voies biliaires, nous parlerons de l'obturation de la veine porte par des calculs (Jacob Camenicens et Devay), et de la présence dans cette veine du distoma hepaticum.

A l'obstruction de la veine porte nous rattachons d'abord la dilatation de ce vaisseau, et celles des altérations dans la nutrition de ses parois, qui sont plus ou moins connexes avec la pyléphlébite chronique, comme par exemple: l'ossification, la dégénérescence graisseuse et la déchirure de la veine porte.

#### § 2. — DILATATION DE LA VEINE PORTE.

On l'observe soit sur le tronc, soit sur les branches ou les racines de ce vaisseau, mais rarement elle occupe toutes ces parties à la fois (1).

Sa cause, comme celle de toutes les phlébectasies, est tantôt une stase du sang veineux, tantôt une lésion dans la nutrition de la paroi par suite d'une phlébite chronique, etc., etc.

On voit la dilatation de la veine porte coïncider souvent avec la des-

(1) On ne trouve dans les anciens auteurs qu'un petit nombre d'exemples de dilatation de la veine porte. Parmi ceux-ci on doit ranger les faits, déjà mentionnés, rapportés par Meibom, Mercatus, Martin, et les observations de Vésale, Wedel, Stange, Hiller, citées par Stahl-Gaetke; enfin une note de Portal (*Maladies du foie*, p. 37). Dans celle-ci il s'agit d'un homme qui souffrit longtemps d'hypochondrie, de vertige, de pulsations abdominales, de douleurs dans les hypocondres, et de flux hémorrhédaire; la mort arriva au milieu du délire et des convulsions. On trouva le foie et la rate très-gros; la veine porte dilatée avait la grosseur de l'intestin grêle, celui-ci avait la couleur livide de la gangrène.

truction, à l'intérieur du foie, de nombreux capillaires de cette veine, comme cela a lieu dans l'atrophie chronique (1) et dans la cirrhose (2). Un singulier exemple de cette dernière espèce a été rapporté par Linas (3):

Un jeune homme de 18 ans, qui, deux ans auparavant, avait été atteint de fièvre typhoïde, succomba à une dysentérie. Le foie était cirrhosé, ratatiné, atrophié, d'un brun jaune; toutes les veines abdominales étaient flexueuses, alternativement dilatées et rétrécies; les veines splénique, mésentérique, épigastrique et iliaque externe étaient aussi larges que la veine cave inférieure; au contraire, les veines cutanées n'offraient qu'une dilatation modérée. Dans toute l'étendue de l'intestin on trouvait des extravasations sanguines; glandes intestinales gonflées; inflammation vive du rectum; pas une goutte de liquide dans la cavité abdominale.

Le même effet est produit par l'occlusion de la veine porte par des thrombus (Carswell), des carcinomes ou des calculs (Devay).

La dilatation variqueuse est beaucoup plus rare que celle qui est uniforme. Je n'ai vu qu'une seule fois des varices des veines gastriques coïncidant avec une occlusion de la veine porte (4); dans plusieurs cas j'ai observé sur l'intestin grêle des varices, suite de la compression et de l'oblitération qu'avaient fait subir aux veines mésaraïques des brides de tissu conjonctif produites par une inflammation du mésentère. La muqueuse de l'intestin grêle, brusquement coudé en ces points, était, dans toute l'étendue où se prolongeaient les racines des veines comprimées, d'un noir bleuâtre et couverte d'un mucus foncé.

Virchow décrit, dans le cas de rétrécissement et d'ossification de la veine porte que nous avons mentionné plus haut, des varices de la veine splénique, dont les parois étaient amincies sur certains points, et épaissies sur d'autres; ses branches, au voisinage du hile, mesuraient de 2 à 2 centimètres et demi, et son tronc de 5 à 7 centimètres; celui de la veine porte avait 7 centimètres de périmètre.

#### § 3. — OSSIFICATION DE LA VEINE PORTE.

De nombreuses observations (5) prouvent que, dans certaines circonstances, la paroi de la veine porte peut s'ossifier. Ordinairement on

(1) Pages 216 et 217, nous avons décrit plusieurs cas de cette espèce.

(2) Voyez page 348.

(3) *Bulletin de l'Académie de médecine de Paris*, octobre 1855.

(4) Plaque XII, figure 2, a.

(5) Les plus importantes d'entre elles sont les suivantes: Ruysch (*Observat. anat.*, n° LXX. Thèse n° 58) a trouvé, chez un hydropique, outre des tubercules dans le péritoine, la veine porte en partie ossifiée; il a représenté ce cas dans le dessin figure 58 des *Observat. anat.* Otto (*Pathol. Anat.*, p. 358), Biermayer (*Museum anat.*