

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

#### IV. — 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 du 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.

#### Art. II. — Obturation de la veine porte.

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 Camenicenus et Devay), et de la présence dans cette veine du distome hépatique.

#### Art. III. — 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).

##### I. — Causes.

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.

(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 (*De venâ portæ*. Halæ, 1698. Traduit en français par Jules Brongniart. Paris, 1860); enfin une note de Portal (*Maladies du foie*. Paris, 1813, 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 hypochondres, et de flux hémorrhoidaire; 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.

#### II. — Symptômes.

On voit la dilatation de la veine porte coïncider souvent avec la destruction, à l'intérieur du foie, de nombreux capillaires de cette veine, comme cela a lieu dans l'atrophie chronique (1) et dans la cirrrose (Voy. p. 297). Un singulier exemple de cette dernière espèce a été rapporté par Linas (2):

OBSERVATION CXIV. — Un jeune homme de 18 ans, qui, deux ans auparavant, avait été atteint de fièvre typhoïde, succomba à une dysentérie. Le foie était cirrrosé, 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 carcinômes 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 (pl. XII, fig. 2, a). 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, comprimée, 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.

(1) Nous avons décrit plusieurs cas de cette espèce, pages 536 et 537.

(2) Linas, *Bulletin de l'Académie de médecine de Paris*, octobre 1855, t. XXI, p. 92.



**Art. IV. — Ossification de la veine porte.**

De nombreuses observations (1) prouvent que, dans certaines circonstances, la paroi de la veine porte peut s'ossifier. Ordinairement on trouve seulement quelques écailles calcaires, situées dans les tuniques interne et moyenne; rarement la tunique externe est atteinte et la paroi ossifiée circulairement ou dans une grande étendue. Les plaques calcaires ont une surface lisse, sont surtout épaissies à leur partie moyenne et s'amincissent vers leurs bords. Le vaisseau malade, outre ces points ossifiés, en présente d'autres qui sont épaissis, comme cartilagineux, et ressemblent à ceux qu'on trouve sur les artères athéromateuses. Virchow (2) a vu la paroi interne de la veine porte, à son entrée dans le foie, arriver progressivement à une épaisseur d'un centimètre. Cette paroi était constituée par une matière cartilagineuse, stratifiée, et en partie ossifiée. La cause de cette dégénérescence de la paroi de la veine porte est, comme pour les artères, une inflammation chronique.

On voit l'ossification de la veine porte se produire dans les mêmes circonstances que la pyléphlébite, surtout concurremment avec l'obstruction du vaisseau, que celle-ci soit consécutive à la cirrhose, à une péritonite chronique ou à une inflammation de la capsule de Glisson.

Il est remarquable que l'état graisseux de la paroi veineuse n'a presque jamais été observé dans la veine porte, tandis que c'est la dégénérescence la plus fréquente dans les artères. Cependant l'ob-

(1) 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 les *Observat. Anat.*, fig. 58; Otto (*Pathol. Anat.*, p. 358); Biermayer (*Museum anat. pathol. nosocomii universitatis Vindobonens* 1816, p. 102), et Rokitsansky (*Pathologische Anatomie*, t. I, p. 656) ont décrit ses préparations anatomiques de l'ossification des veines porte et splénique, qui appartiennent au musée de Vienne. Lobstein (Phœbus, *De concrementis venarum osseis et calculosis*. Berolini, 1832) a vu l'intérieur du sinus de la veine porte présenter, dans une vaste étendue, une lésion semblable à celle des artères. Bourdon et Piedagnel (*Encyclopédie des sciences médicales*, t. V, p. 86. Paris, 1835) ont observé l'ossification complète de la veine porte chez un individu atteint de tumeur splénique et d'hématémèse. Pressat (*Gazette médicale de Paris*, 1836, p. 346) a vu, en même temps qu'un cancer de l'estomac, les parois de la veine porte, remplie d'une matière médullaire, incrustées de dépôts calcaires. Dans ces derniers temps, Raikem (*Mémoires de l'Académie de médecine de Belgique*, t. I, p. 38), Frisson, Dowell, Gintrac, Virchow (*loc. cit.*) ont donné des descriptions précises d'ossifications de la veine porte, qui toutes coïncidaient avec l'obstruction de ce vaisseau. Puchelt (*loc. cit.*, t. III, p. 272), Oppolzer et Bamberger rapportent également des observations de cette nature.

(2) Virchow, *loc. cit.*, p. 24.

servation cv nous prouvera que la dégénérescence graisseuse de la paroi peut également se rencontrer dans la veine porte.

**Art. V. — Rupture de la veine porte.**

C'est là un fait rare dont on ne trouve qu'un très-petit nombre d'exemples dans la littérature médicale (1).

J'ai eu une fois l'occasion d'observer un malade dont la mort fut due à cette cause; dans ce cas, la veine porte présentait, en certains points, une dégénérescence graisseuse très-avancée.

OBSERVATION CXV. — *Troubles de la digestion, accès de crampes d'estomac, diarrhée; abus de spiritueux; douleurs intenses, sensations de rupture dans l'épigastre, syncopes, symptômes d'une hémorrhagie interne; mort deux jours plus tard.* — Autopsie: *Extravasation considérable de sang entre les feuillets péritonéaux qui entourent la veine porte et la veine splénique; dégénérescence adipeuse étendue des parois de la veine porte de ses branches; état gras très-avancé du pancréas; foie adipeux, hypertrophie de son tissu conjonctif.* — Otto Pfennig, lithographe, âgé de 41 ans, fut admis à l'hôpital Allerheiligen le 6 juin 1846 et mourut le 8 du même mois.

Le malade, pâle et décharné, raconta que depuis longtemps il souffrait de troubles digestifs, de crampes fréquentes dans l'estomac et d'une diarrhée opiniâtre. A plusieurs reprises il aurait eu la jaunisse. Depuis un grand nombre d'années il ne supportait plus que des aliments légers et peu abondants; il ne pouvait commettre la moindre erreur de régime sans en être sévèrement puni. Il y a quelques mois, il a vomé, sans

(1) Andr. Vesalius (*Epistol. de radice chinæ. Opera omnia*. Lugdun. Batav., 1725, t. II, p. 674) rapporte l'autopsie d'un jurisconsulte qui succomba subitement en prenant son repas. « Quamque ipsum dissecarem, reperi mox universum corporis sanguinem, adhuc impense calidum, in peritonæi amplitudinem confluisse. Hujus sanguinis fluxui occasionem præbuerat induratus quidam in venæ portæ candidæ abscessus, qui parte quadam suppuratus, effractusque sanguini viam dederat. » Le foie était granulé, la rate très-grosse. Schenckius (*Observat. medic. raræ*) a trouvé, chez un homme qui avait souffert pendant longtemps de gastralgie et de mélæna, l'estomac à moitié plein de sang, et une déchirure de la veine porte à la surface concave du foie (?). Testa (*Delle malattie del cuore*) cite une observation de Folchi, où il s'agit d'une jeune fille qui mourut subitement après avoir mangé sa soupe. La cavité abdominale contenait une masse de sang fluide, l'intestin était couvert de caillots; la veine porte, qui, à son entrée dans le foie, semblait dilatée, présentait une plaie béante large de 1/2 pouce. Tout le reste normal. Meli (*Sulle febbri biliose*, 1822); Lobstein (*Traité d'anat. pathol.* Paris, 1833, t. II, § 1127) ont trouvé, à l'autopsie d'un homme mort d'une fièvre bilieuse, le sinus de la veine porte atteint d'une déchirure longue de 8 lignes et à bords renversés. La paroi du vaisseau était ramollie et facile à déchirer avec les doigts.

Toulmouche (*Arch. de méd.*, octobre 1837, 3<sup>e</sup> série, t. III, p. 228) a vu un malade, atteint d'épilepsie, succomber à une déchirure de la veine splénique; celle-ci avait des parois très-minces et teintes d'un rouge vif. La déchirure siégeait à l'endroit où cette veine, avant de pénétrer dans la rate, se divise en plusieurs grosses branches.



toussier, une grande quantité de sang ; il avoue qu'il buvait habituellement de l'eau-de-vie. Sa maladie, au moment où il entra à l'hôpital, ne datait que de vingt-quatre heures ; le 5 juin au matin, pendant un accès de crampe à l'estomac, il avait éprouvé comme une sensation de rupture et d'épanchement de liquide dans la région abdominale supérieure ; bientôt après il s'était senti très-faible, n'avait pu rester debout et avait perdu connaissance.

Le 6 juin, jour où le malade fut examiné pour la première fois, il se plaignit de crampes violentes dans les mollets et de douleurs dans les régions pylorique et iléo-cœcale ; l'intelligence était nette, la figure cyanosée, les extrémités froides et sans pouls. Le ventre est tendu et ballonné, le diaphragme est refoulé en haut, dans l'étendue d'un espace intercostal ; foie placé de champ et inaccessible à la percussion. On ne peut constater l'existence d'un épanchement dans la cavité abdominale. Parmi les organes thoraciques, le cœur est normal ; le sommet du poumon gauche présente une matité limitée, la respiration y est obscure. Urine très-rare, sans albumine ni matière colorante biliaire. — Prescription : cataplasmes froids, laudanum.

Le 7 juin. — Le malade se plaint de douleurs dans la région iléo-cœcale ; ventre fortement tendu, extrémités froides, vomissements d'une matière liquide verdâtre ; deux selles grises et argileuses. Dans l'après-midi la perception devient confuse ; vers le soir, somnolence. Mort sur les 7 heures. Dans les derniers moments, la peau avait pris une teinte jaunâtre.

*Autopsie*, 20 heures après la mort. — Rien d'anormal du côté du cerveau ni de ses enveloppes. Muqueuse des voies aériennes un peu rouge, glandes bronchiques volumineuses et pigmentées. Poumon gauche fixé par d'anciennes adhérences, farci de tubercules au sommet ; poumon droit sans altérations. Le cœur contient des caillots solides et jaunes.

L'estomac et le canal intestinal sont très-distendus par des gaz ; le foie, fortement refoulé en haut, a son bord tranchant tourné vers les côtes. Au-dessous de lui on découvre une tumeur d'un rouge brun, s'avancant jusqu'à la vésicule ; une tumeur semblable existe dans l'hypochondre gauche, à la face inférieure de la rate. A l'aide d'un examen plus attentif, on trouve que ces tumeurs sont formées par du sang en partie liquide, en partie coagulé, qui s'est amassé, au voisinage de la veine porte et de la veine splénique, entre les feuillettes décollées du petit épiploon, des ligaments hépato-duodénaux et gastro-splénique, et enfin du mésocolon (1). L'extravasation descend de chaque côté jusqu'aux reins, et, transversalement, elle occupe la région abdominale depuis la veine porte, le long du pancréas, jusqu'au hile de la rate. Le tronc de la veine porte et de la veine splénique, celui des branches plus petites qui en émanent présentent dans leur paroi une modification particulière.

Cette paroi a pris en certains points une couleur d'un jaune de soufre (2), due, comme le démontre l'examen au microscope, à une dégénérescence graisseuse. Les points jaunes du vaisseau sont mous et friables. On ne put arriver à découvrir sur le tronc de la veine porte et de la veine splénique une rupture par laquelle l'hémorrhagie se serait

(1) *Atlas*, pl. XII, fig. 3, donne le dessin d'une partie de cette préparation.

(2) *Ibid.*

faite ; mais en poursuivant l'investigation dans les branches de ces vaisseaux, notamment dans les vasa breviora, à partir de la veine splénique, on trouve que ceux-ci vont se perdre dans la masse du caillot ; il en est de même pour quelques-uns des rameaux veineux qui débouchent dans la veine coronaire droite. L'aorte, le tronc cœliaque et ses branches ne présentent rien d'anormal ; il en est de même de la veine cave ascendante.

Le pancréas est volumineux et d'une consistance molle ; sur une coupe de cette glande on remarque une sorte de réseau formé par des traînées plus ou moins larges de couleur jaune blanchâtre, qui sont principalement formées par des gouttelettes de graisse et par des nucléoles (1). Vers la tête du pancréas on trouve un foyer étendu de même nature, ayant un aspect purulent, et constitué par un débris graisseux. Près de ce foyer est placée une petite veine affluente à la veine porte, qui est fermée par un caillot rouge et déjà même blanchâtre en certains points ; les parois de cette veine sont jaunes et envahies par une dégénérescence graisseuse très-avancée. Tout autour il y a une masse énorme de sang coagulé. L'enveloppe du canal de Wirsung est couverte d'un dépôt adipeux mou.

Le foie est hypertrophié, mou et tenace ; sa couleur est d'un jaune clair ; son tissu conjonctif est hypertrophié, les cellules contiennent beaucoup de graisse. La vésicule biliaire est remplie d'une bile foncée. Rate petite, d'un brun-rouge, molle.

L'estomac renferme du mucus jaune, sa muqueuse est pâle.

La séreuse de l'intestin grêle est d'un gris ardoisé ; sa muqueuse livide, boursoufflée, est parcourue par des veines très-développées. Dans le gros intestin des matières fécales grises et solides ; muqueuse d'un rouge brun en certains endroits, notamment au voisinage de l'épanchement sanguin.

Reins exsangues mais d'ailleurs normaux.

#### Art. VI. — Inflammation purulente de la veine porte (2).

(Eitrige Pfortaderentzündung. Pylephlebitis suppurativa).

Dans l'inflammation purulente de la veine porte, les changements

(1) *Atlas*, pl. XII, fig. 3, donne le dessin d'une partie de cette préparation.

(2) Sasse, *De vasorum sanguiferorum inflamm.* Dissert. Halæ, 1797. — Bichat, *Anatomie générale*, t. I, p. 70. — Dance, *De la phlébite* (*Arch. gén. de méd.*, déc. 1828 ; janvier et février 1829). — Arnot, *Sur l'inflammation des veines*. — Balling, *Zur Venenentzündung*. Würzburg, 1829, p. 310. — Borie, *La Clinique*, 2 mai 1829. — Baczynski, *De venæ portæ inflamm.* Dissert. inaug. Turici, 1838. — Fauconneau-Dufresne, *Gazette médicale*. Paris, 1839, p. 724. — Mohr, *Medic.-centr.-Zeitung*, 9<sup>me</sup> année, n° 29. — Cruveilhier, *Anatomie pathologique du genre humain*, 16<sup>e</sup> livraison, pl. 3, in-folio ; et *Traité d'anatomie pathologique générale*. Paris, 1852, t. II. — Schönlein, *Klinisch. Vorlesung. von Guteroock*. Berlin, 1842. — Messow, Kaether et Sander, *De pylephlebitide*. Dissert. inaug. Berlin, 1844. — Walter, *Zeitsch. der Gesellsch. Wiener Aerzte*, 1846, t. III, p. 385. — Frey, *Heidelberger Annalen*, t. X, 2. — Niess, *Heidelberger Annalen*, t. XII, 3. — Lam-