

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, son appareil musculaire et valvulaire est normal.

L'estomac et le canal intestinal sont fortement 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 feuilletts décollés du petit épiploon, des ligaments hépato-duodénaux et gastro-splénique, et enfin du mésocôlon (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 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 (3). 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,

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

(2) Planche XII, fig. 3.

(3) Planche XII, fig. 3.

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 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.

§ 5. — INFLAMMATION PURULENTE DE LA VEINE PORTE.

(Eitrige Pfortaderentzündung, Pylephlebitis suppurativa.)

Dans l'inflammation purulente de la veine porte, les changements éprouvés par les parois et le contenu du vaisseau malade présentent une physionomie différente de celle qu'ils affectent dans l'affection que nous venons de décrire, la thrombose et la pyléphlébite adhésive.

Ici, on trouve la veine dilatée; après l'incision elle reste béante, ses parois sont épaissies, ramollies et imprégnées d'exsudat. Dans la gaine même du vaisseau on découvre une coloration rouge ou une infiltration séreuse, fibrineuse ou purulente. La tunique moyenne de la veine a subi des modifications semblables; quant à la tunique interne, sa couleur est altérée, elle présente des teintes rouges, brunes, jaune verdâtre; elle est ridée, assez souvent rompue et recouverte de couches de fibrine ou de pus liquide.

Le thrombus contenu dans la veine ne tarde pas à se décomposer, il se ramollit au centre, se transforme en une pulpe d'un rouge gris sale, puis finit par se résoudre plus ou moins complètement en un fluide purulent (1).

Ces diverses altérations se manifestent d'une manière accentuée dans certains points de la veine, qui varient avec le siège primitif de la maladie et avec la cause qui l'a produite; mais elles ne demeurent jamais circonscrites et envahissent une étendue considérable de cet appareil veineux. En général, les branches de la veine porte sont atteintes; on trouve leur lumière obturée jusque dans leurs ramifications les plus fines par du sang coagulé, de la fibrine ou du

(1) Une simple rougeur de la paroi interne de la veine porte ne suffit pas pour caractériser l'inflammation. Aussi nous ne regardons pas comme des cas de pyléphlébite, les observations rapportées par Andral (*Clinique médic.*, t. IV, p. 291), où ce signe seul existait concurremment avec une inflammation chronique de l'intestin.

pus; ou bien ces branches sont dilatées et remplies d'un liquide purulent, de sorte que sur une coupe elles forment des cavités semblables à des abcès. Il n'est pas rare de voir ici, comme dans les autres espèces de phlébite, des particules de thrombus entraînées au loin donner lieu à la formation d'abcès métastatiques du foie; ceux-ci se montrent alors, suivant leur degré de développement, soit à l'état d'infarctus d'un rouge brun, soit à l'état de cavités pleines de pus et colorées en jaune. Il est rare de voir la métastase dépasser le foie; sur 25 cas, il n'y en avait que 4 avec des foyers purulents dans des organes éloignés; c'est ainsi que Dance a trouvé du pus dans la parotide, le muscle deltoïde, l'articulation de l'épaule et les poumons; Walter en a découvert dans le cerveau, les reins et les poumons; Breithaupt dans la rate, etc., etc.

Les racines de la veine porte sont moins souvent intéressées que ses rameaux; il y a des cas où elles sont toutes plus ou moins malades, et remplies de sang coagulé, de fibrine ou de pus; il en est d'autres, où un grand nombre d'entre elles restent saines, tandis que quelques-unes sont, isolément, le siège d'un travail inflammatoire qui a parcouru toutes ses phases. Tout cela dépend principalement du point de départ de la pyléphlébite et des causes qui l'ont produite.

ÉTILOGIE.

L'inflammation purulente de la veine porte est presque toujours une affection consécutive, provoquée par un travail de suppuration siégeant dans les organes que le vaisseau traverse ou d'où il prend sa source. Les cas sont très-rares où on ne peut arriver à démontrer ce mode de développement, et où on voit la maladie dépendre d'une cause extérieure telle que le traumatisme.

D'après ce qu'on a pu observer jusqu'ici la pyléphlébite suppurante est causée :

1° *Par une lésion de la veine porte.* — La littérature médicale ne possède qu'un seul exemple de pyléphlébite traumatique rapporté par Ernest Lambton (1). Cette observation, qui montre la maladie sous sa forme la plus simple, peut trouver place ici (2).

(1) *Archives de médecine*, 1842, p. 129.

(2) On peut encore comprendre dans la forme traumatique de la pyléphlébite, l'inflammation qui, chez les nouveau-nés, se propage, du point où les veines du cordon ont été liées, dans le tronc et la branche droite de la veine porte, parfois même, dans les racines de ce vaisseau, telles que les veines splénique, pancréatique et mésentérique. Cette inflammation a été décrite par Fr. Meckel et par Sasse (*Dissertatio de Vasorum sanguiferorum inflammatione*. Halæ, 1777). Elle amène tantôt l'occlusion de la veine porte ou de sa branche droite, tantôt la suppuration

Le 4 juin 1841, entre à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Athanase, n. 15, le nommé François Roussy, journalier, âgé de 69 ans, de petite taille, assez bien musclé, mais cependant paraissant encore plus vieux que son âge. Depuis quelques semaines, ce malade souffre de l'estomac, a de temps en temps des envies de dormir, et va très-difficilement à la selle. Ne sachant à quelle cause attribuer ce malaise, si ce n'est, dit-il, à ce qu'il croyait avoir trop de bile, il s'administra lui-même, il y a une huitaine de jours, un grain d'émétique qui ne lui procura aucune amélioration. Le jour de son entrée à l'hôpital, il est pris de frissons irréguliers et d'envies de vomir, il dort mal la nuit.

Le 5 juin, à la visite du matin, examiné avec soin, on trouve le pouls à peu près normal; la respiration excellente; la langue blanche, quelques envies de vomir, de la constipation: il accuse dans l'hypochondre droit, des douleurs qui se présentent sous forme de malaise continu avec des exacerbations que le malade compare à des crampes très-vives; la pression sur cette région est à peine douloureuse; le foie et la rate ont leur volume normal; les autres fonctions paraissent se faire régulièrement. (Limonade vineuse, le quart.)

6 et 7 juin. — Les frissons ne se sont pas montrés; mais les douleurs dans l'hypochondre ont été très-violentes et ont beaucoup fatigué le malade; la langue est couverte d'un enduit blanchâtre, il y a quelques envies de vomir, la pression sur l'épigastre n'est pas douloureuse, la constipation persiste. (Un grain d'émétique, eau de veau, julep.)

Le 8. — Le malade est plus souffrant, les douleurs ont été très-vives dans la journée, la peau et les sclérotiques ont pris une légère teinte jaunâtre, les urines n'ont pas une couleur jaune bien appréciable.

Le 11. — Les douleurs dans l'hypochondre droit persistent toujours avec des exacerbations de temps en temps. La teinte ictérique des sclérotiques et de la peau est plus prononcée. Les urines examinées jusqu'à ce jour avec l'acide nitrique n'avaient rien donné; aujourd'hui cet acide développe une couleur verte qui passe au rose avec excès d'acide. (200 grammes de sang sont tirés par six ventouses appliquées sur la région du foie.)

Le 12. — La douleur est moindre, mais le malade a eu des envies de vomir et quelques frissons le soir, suivis de chaleur et de sueurs; sa langue est sèche, couverte d'un enduit noirâtre, il a le hoquet et a rendu quelques selles liquides verdâtres, le pouls est à 96. Le volume de la rate n'est pas sensiblement augmenté; cependant à cause de l'accès fébrile bien caractérisé on administre 20 centigrammes de sulfate de quinine.

Le 13. — L'état est à peu près le même qu'hier, le hoquet se montre de temps en temps, le malade a eu quelques frissons la nuit, le stade de chaleur a manqué, les sueurs ont été moins abondantes; encore un peu de fièvre le matin, 80 pulsations par minute. (Vésicatoires sur l'estomac pour arrêter le hoquet, 20 centigrammes de sulfate de quinine, bouillon.)

Le 14. — Le sulfate de quinine, administré deux jours de suite n'a point arrêté ou modifié les frissons et les accès fébriles; le hoquet s'est montré encore quelquefois. (Eau de Seltz, tisane de gomme et de groseille.)

Le 15. — Les accès fébriles simulant des accès de fièvre intermittente avec plus ou moins de régularité dans les trois stades, et résistant à l'emploi du sulfate de

et une péritonite générale. (Voyez Bednar *Krankheiten, der Neugeborenen*, Wien, 1852, t. III, p. 174), Fr. Weber (*Patholog. Anatom. der Neugeborenen*), H. Meckel (*Annal. des Charitékrankenhausens*, t. IV, p. 218).