

le jéjunum et l'iléon présentent des stries et des taches rouges, du gonflement des follicules et particulièrement des plaques de Peyer; gonflement notable des ganglions mésentériques. Le gros intestin est contracté, sa muqueuse est rouge, gonflée; les matières qu'il contient sont grises avec du mucus coloré en jaune par la bile et mêlées de sang.

Les voies biliaires sont libres. Le foie est augmenté de volume, marbré de jaune et présente quelquefois des ecchymoses sous la capsule. Les cellules sont infiltrées de graisse; la bile est foncée.

La rate est grosse, plus dure et plus lourde qu'à l'état normal. La substance corticale du rein s'est élargie et présente de fines ecchymoses à sa surface; les sommets des papilles contiennent des infarctus d'hémoglobine. L'urine est trouble, foncée, d'un brun vert. Le cœur et le péricarde présentent des ecchymoses, mais la fibre cardiaque est ferme. Ilémorrhagies nombreuses au niveau de la plèvre et du péritoine.

Tous les organes glandulaires sont hypertrophiés et fortement congestionnés. Le cerveau ne présente pas sa coloration normale, il est d'un rouge jaune ou d'un gris violet; il est humide, œdématisé; les ventricules distendus. Les membranes sont ictériques et présentent par places des ecchymoses. Mêmes lésions dans la moelle. Dans le sang, les leucocytes sont en très grand nombre, le plasma contient de fines granulations animées de mouvements rapides, les hématies sont plus volumineuses qu'à l'état normal et granuleuses. Dans le deuxième cas que j'ai observé le sang présentait une coloration brune et contenait une énorme quantité de débris de globules, de grosses masses contenant encore quelques traces d'hémoglobine, et enfin une quantité considérable de globules complètement décolorés. Dans le contenu stomacal on trouve des cellules épithéliales, des bactéries, des bacilles et des granulations de pigment sanguin. L'urine contient de l'urate d'ammoniaque, des masses amorphes de couleur brunâtre, mais pas trace de matière colorante de la bile ni d'acides biliaires.

Symptômes et marche. — Au début, les enfants refusent la nourriture, deviennent agités, poussent des cris plaintifs; la peau se cyanose, prend une coloration ictérique, et devient froide. La température oscille entre 37° et 37,5. Les vomissements et la diarrhée sont

rare: les selles ont une couleur brune ou jaune ocre. La respiration est accélérée, les battements du cœur normaux. Convulsions fréquentes. Le sang, de consistance sirupeuse, a une coloration brun foncé. La maladie évolue très rapidement, en quelques heures, tout au plus en 3 ou 4 jours et se termine par la mort.

Le pronostic, comme le démontre la statistique de Winckel, est presque toujours fatal.

La thérapeutique n'a pas donné jusqu'à présent le moindre résultat.

6. — Dégénérescence graisseuse aiguë des nouveau-nés.

Étudiée au point de vue anatomo-pathologique par v. Buhl et Hecker, l'histoire clinique de cette maladie (indépendamment des observations de Fürstenberg et Roloff qui ont trait à de jeunes animaux), est due à Bigelow, Herz, Müller et quelques autres.

Anatomie pathologique. — Les téguments sont cyanosés ou ictériques. Les poumons sont tantôt normaux, tantôt couverts de petits foyers hémorragiques disséminés. La plèvre, le péricarde, l'endocarde présentent des ecchymoses. Le cœur ainsi que le foie et les reins sont atteints de dégénérescence graisseuse. Les bassinets, les uretères et la vessie sont remplis de caillots. La rate est hypertrophiée et congestionnée. La muqueuse de la bouche et du pharynx présente un enduit diphtéritique.

Étiologie. — On ne sait rien sur l'étiologie de cette affection, mais tout autorise à penser que, comme la maladie de Winckel, elle est en relation très étroite avec les modifications du sang que nous avons déjà signalées dans l'ictère du nouveau-né, en sorte que l'ictère des nouveau-nés, la dégénérescence graisseuse aiguë et la maladie de Winckel ne seraient que trois formes différentes d'un seul et même processus qu'on pourrait alors désigner sous les noms d'ictère des nouveau-nés, simple ou malin. Le rôle des germes infectieux dans la production de cette affection paraît nul, et cependant Bigelow a constaté l'existence de microcoques dans les organes internes. D'après Roloff, l'eau potable de mauvaise qualité et une alimentation défectueuse peuvent provoquer cette maladie chez les jeunes animaux. Müller se basant sur l'existence de l'ictère, rapporte à la pénétration

BIBLIOTECA
MUSEO
HISTORICO
NATURALI

de la bile dans le sang le processus dégénératif des organes internes.

Symptômes. — D'après Bigelow, les symptômes essentiels de l'affection sont la coloration foncée de la peau, l'hématurie, l'aspect noirâtre des selles, l'inflammation diphtéritique des muqueuses. Herz a vu les mêmes symptômes dans les deux cas qu'il a publiés. Müller signale surtout l'asphyxie, qui survient de façon précoce ou quelques jours après la naissance, la tendance aux hémorrhagies (*melæna*) et la fréquence de l'ictère.

Pronostic. — Il est grave. Dans les dix cas de Bigelow, huit se sont terminés par la mort dans l'espace de 16 heures à 11 jours. Les deux malades de Herz sont morts.

Traitement. — Les causes de la maladie étant inconnues, la médication ne peut être que symptomatique. Pour combattre l'asphyxie et les hémorrhagies on utilisera les moyens que nous avons déjà indiqués. On s'efforcera de faire nourrir l'enfant par sa mère, car c'est le seul moyen de conserver ses forces. Pour entretenir la respiration on aura recours à plusieurs reprises au procédé de Schultze, aux stimulants intus et extra tels que le vin, l'éther, le musc et le camphre (à la dose de 7 milligr. toutes les heures). Les bains tièdes et les enveloppements chauds, dans le cas de refroidissement, compléteront le traitement.

7. — *Melæna* des nouveau-nés.

Le *melæna* (de *μελαινα*) est une affection relativement rare chez les nouveau-nés et caractérisée par l'expulsion de matières sanguinolentes par la bouche et le rectum. On distingue un *faux melæna*, quand le sang évacué provient d'une gerçure du sein de la nourrice, ou de la bouche ou du nez de l'enfant qui l'a dégluti, et un *melæna vrai* quand le sang évacué provient des vaisseaux propres de l'intestin de l'enfant. L'affection, décrite pour la première fois par Ebart (1723), a été bien étudiée par Landau (1874); les dernières publications ne rapportent que des cas isolés.

Étiologie du *melæna* vrai. — Les hémorrhagies de la muqueuse gastro-intestinale peuvent être produites par une solution de conti-

nuité (ulcération, plaie par lavement mal administré) ou par un état congestif de la muqueuse (hémorrhagies capillaires) ou bien ne constituer qu'un symptôme d'une diathèse hémorrhagique générale en rapport avec une infection septique, avec la dégénérescence graisseuse aiguë, ou une autre cause inconnue.

Dans ce dernier cas, le *melæna* est accompagné d'hémorrhagies sous-cutanées, viscérales (reins) et séreuses. Les hémorrhagies par plaie rectale étaient fréquentes à l'époque où l'on employait le lavement pour faciliter l'expulsion du méconium. Les hémorrhagies dans l'épaisseur de la muqueuse intestinale peuvent provoquer une nécrose des tissus et par suite des ulcérations. Veit et Schmidt, v. Zischwitz ont signalé des cas de *melæna* par ulcères du duodénum; Paltauf a décrit des déchirures du rectum à la suite d'hémorrhagies destructives des parois rectales chez le nouveau-né. Hensch a observé le *melæna* chez un enfant qui présentait une ulcération de l'œsophage immédiatement au-dessus du cardia; dans un cas de Sawtell, le *melæna* venait d'ulcérations occupant la paroi postérieure de l'estomac au voisinage du cardia. Pour Landau les hémorrhagies sont produites par des embolies prenant naissance dans les veines ombilicales thrombosées et pénétrant dans l'artère hépatique.

Les malformations congénitales du cœur peuvent produire le *melæna* comme le prouvent les observations récentes de Nieberding et Diem; Ebstein qui est arrivé à reproduire expérimentalement l'hémorrhagie intestinale par asphyxie admet que l'atélectasie pulmonaire et l'asphyxie jouent un certain rôle dans sa production chez l'enfant. Rehn, dans un cas de *melæna* a trouvé des embolies de microcoques. Pour Behrend, les lésions syphilitiques des vaisseaux sont fréquemment cause d'hémorrhagies chez le nouveau-né. Les hémorrhagies capillaires peuvent être produites soit par une congestion active du tube digestif, par l'élévation brusque de la tension artérielle, soit par une congestion passive (stase veineuse) quand la circulation et la respiration se font mal. Dans l'atélectasie pulmonaire Bystroff a observé le *melæna* chez un enfant atteint de dégénérescence graisseuse générale. Les filles sont plus souvent atteintes que les garçons.

Anatomie pathologique. — Comme nous venons de le voir, on trouve fréquemment des ulcérations sur le parcours du tube digestif. La mu-

BIBLIOTECA

queuse intestinale présente en outre des foyers hémorragiques et une fine injection des petits vaisseaux. Chez les enfants syphilitiques, les vaisseaux du tube digestif présentent probablement les lésions spécifiques décrites par M r a c e k. La lésion débute par la tunique externe, qui présente une infiltration embryonnaire, et à la longue elle produirait dans la muqueuse les altérations de l'entérite grave. Fischl n'admet pas la nature spécifique de ce processus.

Symptômes et marche. — Le faux melæna peut apparaître à tout âge, quelques heures après la tétée d'un sein écorché. La quantité de sang rejeté n'est jamais considérable et l'enfant ne présente aucun signe de malaise après l'évacuation. Le melæna vrai apparaît ordinairement dans les deux premiers jours et dure peu de temps. L'enfant rejette ordinairement à plusieurs reprises par la bouche, le nez ou le rectum, d'abondantes matières noir foncé. L'affaiblissement est rapide, l'anémie profonde. La peau se refroidit, les fontanelles s'affaissent. Les cris deviennent de moins en moins forts, à peine perceptibles, et la mort ne tarde pas à survenir au milieu des convulsions générales. Si l'hémorragie s'arrête, les enfants se remettent rapidement, ils reprennent le sein refusé pendant quelques heures, la figure prend une expression plus animée et la chaleur se rétablit au bout de quelques heures. Mais les enfants conservent longtemps de la pâleur des téguments.

Pronostic. — Le pronostic n'est pas absolument mauvais. La statistique de Silberman donne une mortalité de 56 0/0. Un enfant syphilitique peut survivre à d'abondantes pertes de sang.

Diagnostic. — Une fois les seins de la nourrice examinés, les muqueuses buccale, nasale et pharyngée de l'enfant inspectées, le diagnostic se confirme par l'anémie rapide et la prostration considérable qui suivent les hémorragies répétées.

Traitement. — L'application de glace sur le ventre et l'administration à l'intérieur d'eau ou de lait glacés arrivent quelquefois à arrêter l'hémorragie. Parmi les médicaments, le plus actif est le perchlorure de fer (cinq gouttes dans 60 gr. d'eau); les injections sous-cutanées d'ergotine sont moins sûres. Comme reconstituants on peut employer l'infusion de café noir, une goutte d'éther acétique dans une cuillerée

d'eau glacée, et au besoin les injections sous-cutanées de musc, de camphre, d'éther. Les bains ne sont d'aucune utilité.

Si l'on soupçonne la syphilis, le traitement symptomatique que nous venons d'indiquer sera suivi du traitement spécifique. Pour combattre l'anémie grave que laisse après lui le melæna on alimentera l'enfant autant que possible au lait de femme; on administrera de petites quantités de vin et de fer. Il faudra pendant longtemps tenir au chaud les enfants anémiques.

8. — Céphalématome.

Sous le nom de céphalématome (de κεφαλή, tête, et αιματώω, je transforme en sang) on désigne une tumeur fluctuante, contenant du sang pur, qui se forme sous le crâne des nouveau-nés. L'affection, connue déjà du temps d'Hippocrate, a été bien décrite pour la première fois par Nägeli (1812).

Étiologie. — Le céphalématome est ordinairement le résultat des traumatismes que subit le crâne de l'enfant pendant l'accouchement. D'un autre côté, les troubles de la circulation fœtale, jouent également un grand rôle dans sa production, comme on peut le constater chez les enfants qui se présentent par le siège ou qu'on a retirés de l'utérus par l'opération césarienne. Pour Lehmus l'établissement précoce de la respiration n'est pas étranger à sa production. L'hémophilie serait une cause de céphalématome.

Anatomie pathologique. — La tumeur siège ordinairement sur les pariétaux ou l'occipital, plus rarement sur les temporaux. La collection sanguine siège dans l'épaisseur des tissus mous du crâne, mais beaucoup plus souvent, entre les os et le périoste. Tandis que l'aponévrose adhère intimement, chez les nouveau-nés, au cuir chevelu, elle est séparée du péricrâne par un tissu cellulaire lâche. Le péricrâne est très mince et se laisse séparer facilement des os sous-jacents, il n'adhère qu'au niveau des sutures (Hofmøkl); il est parcouru, de même que les os du crâne, par un grand nombre de petits vaisseaux fins. Les liquides épanchés sous le périoste, le soulèvent facilement en se répandant le long des sutures où il reste attaché. Si la

BIBLIOTECA
MUSEO
MILANO

pression de l'épanchement est considérable, le périoste peut éclater et le liquide s'épanche dans le tissu cellulaire entre le périocrâne et l'aponévrose. Qu'il pénètre sous le cuir chevelu ou qu'il reste cantonné dans le tissu cellulaire sous-aponévrotique, l'épanchement peut alors facilement s'étaler.

Il peut de cette façon se former trois variétés de céphalématome : 1) sous-périosté ; 2) sous-aponévrotique ; 3) sous-cutané. Il existe encore une quatrième forme caractérisée par l'existence d'une communication entre l'épanchement sous-périosté et la cavité du crâne, et produite par la destruction d'un os ou la rupture d'un sinus veineux. Dans le céphalématome sous-périosté, l'épanchement est limité par un fort bourrelet qui devient encore plus appréciable au bout de quelques jours par l'adjonction, sur le bord, d'un tissu osseux de nouvelle formation. Il se forme une sorte de mur osseux qui arrive à recouvrir complètement le sang épanché et qui prend l'apparence d'une lamelle détachée de la lame vitrée (table externe) des os du crâne. Le sang épanché, rouge clair au début, devient foncé plus tard.

Symptômes et marche. — Dans les cas d'hématome pur on trouve ordinairement une tumeur fluctuante, indolore, nettement limitée par un rebord et ne dépassant pas les sutures. Les enfants n'ont pas de fièvre et paraissent bien portants. Au niveau de la tumeur, la peau est un peu plus foncée qu'à l'état normal, et présente quelquefois une coloration bleuâtre. Si l'évolution du céphalématome est régulière, l'ossification suit une marche progressive, de sorte qu'au bout de quelque temps on ne trouve à la place de la tumeur qu'une légère exostose à peine appréciable. Dans d'autres cas, la tumeur suppure ; alors la peau devient rouge et douloureuse, les enfants sont pris de fièvre, maigrissent rapidement et perdent l'appétit. Si l'abcès n'est pas ouvert à temps, le pus perfore la peau et s'écoule au dehors. Dans ces conditions les enfants succombent à la septicémie et à l'épuisement.

Pronostic. — L'hématome simple non suppuré comporte un pronostic favorable, je n'ai pas observé de cas de mort. Au contraire, dans l'hématome suppuré, la thrombose des sinus, la pyohémie ou quelque affection secondaire (pneumonie) causent rapidement la mort.

Diagnostic. — Le céphalématome peut être confondu avec les bosses sanguines ; il s'en distingue par l'existence d'un rebord osseux

facilement appréciable, par sa limitation aux sutures, par sa fluctuation très nette. L'absence de douleur, la coloration normale de la peau et l'évolution de l'hématome simple le différencient des abcès. Dans les cas difficiles, une ponction exploratrice, faite antiseptiquement, lèvera tous les doutes. Les tumeurs sanguines vasculaires se distinguent de l'hématome par la coloration foncée de la peau à leur niveau et par la turgescence au moment des cris. Les anévrysmes cirsoïdes sont animés de pulsations isochrones aux battements du cœur et sont mobiles sur les os sous-jacents, symptômes qui manquent dans le céphalématome. L'encéphalocèle congénitale présente des mouvements isochrones aux mouvements respiratoires et aussi des pulsations, phénomènes qui n'existent pas dans l'hématome.

Traitement. — La plupart des auteurs conseillent l'expectation et l'abstention. Mais il est évident que l'incision de la tumeur s'impose dès qu'on aura la certitude qu'elle contient du pus. L'opération sera faite, cela va de soi, avec des précautions rigoureusement antiseptiques, mais pour se mettre à l'abri des intoxications, on se servira de thymol, de chlorure de zinc ou d'iodoforme, de préférence à l'acide phénique. Un bandage légèrement compressif complètera le pansement.

Dans le cas de céphalématome non compliqué on peut s'en tenir à l'expectation. Pour les hématomes volumineux, Hofmokl conseille la ponction simple ou aspiratrice à l'aide d'un trocart fin ; si le sang ne coule pas spontanément, on peut exercer sur la tumeur des pressions très douces, en évitant toute violence par crainte des hémorragies ultérieures ; cela me paraît inutile. Si l'on craignait la suppuration, la ponction pourrait être suivie d'incision. D'autres auteurs (Monti, Kurz) recommandent la ponction même dans les cas d'hématomes les plus simples. J'ai toujours vu l'hématome simple guérir spontanément et je me suis toujours abstenu ; c'est également la manière de faire de Runge.

9. — Lésions congénitales. — Lésions produites par l'accouchement.

A côté du céphalématome, on observe quelquefois chez les nouveau-nés d'autres lésions qui sont tantôt congénitales, tantôt produites par l'accouchement.

Les lésions traumatiques survenues pendant la vie fœtale tuent quelquefois l'enfant avant la naissance; d'autres fois, certaines lésions osseuses intra-utérines (rachitisme congénital) guérissent spontanément. Bien plus importantes pour le praticien sont les lésions produites pendant l'accouchement, qu'elles résultent du travail lui-même ou des manœuvres de l'accoucheur. Nous ne parlerons pas ici des fractures des extrémités pour lesquelles nous renvoyons le lecteur aux traités de chirurgie.

Très souvent on observe sur les os du crâne des fissures capables d'amener la mort de l'enfant par hémorrhagie et compression cérébrale. Si l'enfant survit, ces fissures, en s'élargissant par le développement de la tête, peuvent donner naissance à des méningo-encéphalocèles.

Les lésions du *nerf facial* avec paralysies consécutives sont très importantes à connaître. Ces paralysies, assez fréquentes, s'observent le plus souvent après l'application du forceps, mais la compression du nerf par l'utérus ou sur les os du bassin peut les produire également (1). Le pronostic est ordinairement bon, bien qu'on observe des paralysies permanentes et tenaces quand la compression a été assez forte pour provoquer une névrite avec atrophie consécutive. Hensch et plus récemment Stephan ont rapporté chacun une observation de paralysie faciale congénitale compliquée de surdité. Cette complication est excessivement rare, sa pathogénie inconnue.

Les lésions du *sterno-mastoïdien* sont très fréquentes. Elles se rencontrent ordinairement dans les cas de présentation du siège et s'expliquent par les tiraillements auxquels sont soumis les muscles du cou au moment du passage de la tête. Dans ces conditions on trouve vers le milieu du muscle ou vers son extrémité sternale un noyau dur, douloureux; je n'ai jamais vu qu'un seul côté atteint. La douleur disparaît ordinairement au bout de quelques jours, mais l'induration persiste encore longtemps après. Il s'agit évidemment dans ces cas d'une hémorrhagie par rupture de fibres musculaires avec

(1) Cette variété de paralysies, qu'on appelle improprement *spontanées*, a été étudiée par Kennedy, Depaul, Roulland. Elle est peu fréquente et reconnaît pour cause la compression du tronc du facial par le promontoire, l'ischion, le pubis ou une tumeur quelconque, elle peut se produire dans les présentations du sommet, de la face et du siège. (L. G.)

myosite consécutive et formation de cicatrice. L'inclinaison latérale de la tête, très marquée au début, disparaît presque toujours, mais il y a des cas où ce torticolis persiste.

Dans la grande majorité des cas, la *thérapeutique* est nulle. Si les douleurs sont trop fortes on peut recourir aux applications froides loco dolenti et à l'immobilisation de la tête par un bandage approprié.

10. — Blennorrhée de l'ombilic.

Sous le nom de blennorrhée de l'ombilic on désigne l'écoulement purulent qui persiste par la cicatrice ombilicale longtemps après la chute du cordon. Elle survient ordinairement lorsqu'au lieu de se couvrir d'un revêtement épithélial, la cicatrice présente une surface rosée, d'apparence muqueuse. La suppuration est quelquefois très abondante et le pus s'accumule dans les plis de la cicatrice, d'où on peut le faire sortir par pression. Ce phénomène peut en imposer pour une inflammation des vaisseaux du cordon, surtout quand les enfants sont agités et poussent des cris.

Le bon état général des enfants et l'absence d'infiltration inflammatoire au pourtour de la plaie, permettent de faire le diagnostic de blennorrhée simple.

Traitement. — On saupoudrera la région avec de l'acide borique, de l'acide salicylique, ou de l'oxyde de zinc, mêlés de talc, de lycopode, ou d'amidon (à 1 ou 2 pour 10), ou encore avec de l'iodoforme.

11. — Fongus ombilical. Granulome de l'ombilic.

Le fongus ombilical est en relation étroite avec la blennorrhée ombilicale, dont il entretient ordinairement la suppuration.

En déprimant l'ombilic on découvre au fond une petite tumeur rose ou rouge foncé, du volume d'un petit pois ou d'un haricot, dont la surface granuleuse, couverte de pus, saigne au moindre attouchement. La tumeur formée par le moignon du cordon incomplètement

cicatrisé, se compose d'un tissu de granulation. Quelquefois la tumeur est constituée par un diverticulum de l'intestin qui s'est formé pendant la vie fœtale et dont la surface se couvre de bourgeons après la chute du cordon. Dans ces conditions, la structure de la tumeur est la même que celle de l'intestin, et son ablation est ordinairement suivie d'hémorragies plus abondantes que dans le cas de fungus ombilical simple (Liegenbeck van Heukelom). L'existence des diverticules intestinaux explique la formation de fistules ombilicales qu'on observe quelquefois à la suite du fungus. Auvar d a récemment publié un cas de ce genre où un écoulement de méconium se faisait jour par la fistule ombilicale. Le *diagnostic* ne présente aucune difficulté une fois qu'on a constaté l'existence de la tumeur au fond de la cicatrice.

Traitement. — On enlève la tumeur d'un coup de ciseaux, après l'avoir liée à sa base avec un fil de métal, de soie ou de catgut. La plaie est saupoudrée avec de l'acide borique ou salicylique ou avec de l'iodoforme. Quand il se forme une fistule après la section du diverticule intestinal on peut obtenir la guérison en nettoyant soigneusement et en comprimant à l'aide d'un bandage approprié. Si la fistule persiste, on aura recours au traitement chirurgical.

12. — Artérite et phlébite ombilicales.

Les inflammations des vaisseaux ombilicaux dont la pathogénie était encore fort obscure il y a quelques années, sont d'origine septique et infectieuse, et provoquées par les microbes de la suppuration. L'infection des vaisseaux ombilicaux peut se produire même avant l'expulsion du fœtus, si la mère est prise d'accidents septiques avant l'accouchement. Mais le plus souvent l'infection se fait après la naissance par les objets avec lesquels l'enfant entre en rapport, les mains du médecin, les pièces de pansement, peut-être aussi l'air chargé de germes infectieux d'une chambre malpropre et mal ventilée. Runge, auquel nous devons la plupart de nos connaissances sur les inflammations du cordon, admet cette étiologie. Les récentes recherches microbiologiques ont démontré que l'infection est produite par la

pénétration dans les vaisseaux d'un streptocoque (Hochsinger, Baginsky) ou, peut-être, d'un bacille dernièrement décrit par Babes. L'action de ces micro-organismes est double : ils provoquent la thrombose des vaisseaux de l'ombilic et contribuent de cette façon à la formation de foyers de nécrose dans les viscères ; d'un autre côté la suppuration qu'ils provoquent engendre des produits putrides (ichorine, ptomaïne) qui sont de véritables poisons du sang.

Il résulte des recherches de Runge que l'artérite ombilicale qui, parmi les inflammations du cordon, est la plus fréquente et la plus grave, est aussi celle qui tue le plus rapidement le malade. Dans un cas que nous avons observé tout dernièrement le point de départ de l'infection se trouvait également dans l'artère ombilicale.

Anatomie pathologique. — a) *Artérite ombilicale.* — Le tissu conjonctif qui entoure l'artère est oedématié, infiltré d'une masse gélatineuse verdâtre ou jaunâtre. Les artères épaissies, dures comme des cordes contiennent un thrombus partiellement coloré en rose, partiellement transformé en une masse grisâtre, puriforme. La lumière de l'artère est notablement dilatée. La cicatrice ombilicale, le plus souvent de mauvais aspect, sale et couverte de pus, conserve quelquefois son aspect normal. Monti a rapporté un cas d'artérite ombilicale compliqué d'un abcès de la paroi abdominale sans péritonite concomitante.

b) *Phlébite ombilicale.* — Les lésions des tissus qui entourent la veine sont les mêmes que dans l'artérite. La veine est dure, épaissie, sa tunique moyenne infiltrée de corpuscules de pus. La lumière du vaisseau est occupée par un thrombus puriforme ou par une masse caséuse (plus sèche). La tunique interne a perdu son brillant et son épithélium.

A côté de ces lésions vasculaires on trouve ordinairement des hémorragies cérébrales, de la méningite, de l'endocardite, des infarctus pulmonaires, de la pleurésie, de la pneumonie, des inflammations du péritoine, de la périhépatite et du gonflement du foie, de l'hypertrophie de la rate et des infarctus dans les reins, des suppurations dans le tissu cellulaire sous-cutané, les muscles et les articulations.

On admettait autrefois que la phlébite seule pouvait donner lieu à l'infection générale de l'organisme et que l'artérite avait plus de tendance à se localiser à la région primitivement envahie. Les recherches

BIBLIOTECA
MUSEO
MILANO