

mètre environ, longue d'à peu près 5 millimètres, un peu profonde, de couleur rosée, et d'autant plus facile à apercevoir que l'enfant, poussant des cris, fait effort comme pour aller à la garde-robe. La constriction du pourtour de l'anus est telle, qu'on a peine à y introduire l'extrémité du doigt (Trousseau).

OBSERVATION II. — Un petit garçon, âgé de huit mois, sevré trop tôt, fut pris d'une diarrhée violente à laquelle succéda une constipation opiniâtre.

Cet état durait depuis huit jours déjà, lorsque l'enfant fut pris, pendant la défécation, d'une douleur excessivement vive. Les matières fécales, ce jour-là, furent tachées d'un peu de sang.

Depuis ce moment, à chaque garde-robe, l'enfant est pris de douleurs très-vives pendant les efforts de défécation, et chaque fois un peu de sang bien pur tache les fèces sans se mélanger avec elles.

En examinant l'anus, on put constater un peu d'érythème, mélangé d'eczéma presque complètement éteint, et l'existence, entre deux plis de l'anus, d'une fissure large d'à peu près 2 millimètres, longue d'au moins 1 centimètre, un peu profonde, de couleur rose, et qui se développait très-nettement, lorsque l'enfant faisait effort de défécation. L'anus, d'ailleurs, était le siège d'une constriction considérable. (Trousseau.)

Chez ces deux petits malades, la prescription fut :

Extrait de ratanhia.....	1 gramme.
Eau.....	100 grammes.

Pour un lavement chaque jour.

Cette médication réussit à merveille et elle amena la guérison chez le petit garçon au bout de trois jours, et chez la petite fille au bout de neuf.

En 1874, le docteur Houghton, de Dudley (Angleterre), qui crut avoir découvert la fissure chez les petits enfants, en a vu un cas chez une fille de un an et demi et l'a opérée par incision et chloroformisation. C'est une opération dont il aurait bien pu se dispenser. Mais si l'on ne doit pas faire l'incision, on peut faire la *dilatation forcée*.

CHAPITRE V

DES HÉMORRHOÏDES CHEZ LES ENFANTS

Les gens étrangers à la science parlent quelquefois d'hémorrhoides chez les enfants. C'est souvent une erreur. Boyer dit les avoir observées dans les premiers mois qui suivent la naissance, tout en insistant sur leur extrême rareté; des observations ont été publiées par Klein, par Truka; enfin Lannelongue dit en avoir observé deux cas, avec cette particularité que dans l'un la tumeur a débuté quelques jours après la naissance. Dans l'enfance, il n'y a pas plus d'hémorrhoides que de varices. Ce que l'on prend pour des hémorrhoides ne sont que des polypes du rectum, et chaque fois qu'on m'a amené des enfants ayant, disait-on, des hémorrhoides, je n'ai jamais trouvé autre chose qu'un polype rectal.

CHAPITRE VI

TUMEURS COCCYGIENNES

On voit de temps à autre des tumeurs du coccyx et de la partie postérieure du sacrum et du périnée chez les enfants nouveau-nés. Quelques-unes du sacrum appartiennent au spina-bifida. Les autres semblent une maladie de la glande coccygienne — et sont souvent prises pour des tumeurs cancéreuses.

Depaul en a vu une à la région périnéale dont les éléments étaient des myélocythes et qui adhérait au coccyx par un pédicule fibreux. D'autres étaient formées de tissu fibro-plastique à fibres fusiformes avec quelques éléments fibreux osseux et cartilagineux. D'autres étaient un simple kyste de 170 grammes de liquide séreux ponctionné et guéri. Enfin Panas en a vu une qui avait, sur le vivant, la grosseur d'une orange et était parcourue par d'énormes veines variqueuses; on n'y constatait ni battements ni bruits anormaux.

L'enfant ayant succombé le neuvième jour après sa naissance, on a pu faire la dissection et l'examen histologique de la tumeur. Elle avait 17 centimètres dans son plus grand diamètre et s'étendait du coccyx à l'orifice anal, qu'elle avait refoulé en avant en pénétrant dans la cavité pelvienne. Elle était appendue au coccyx par un large pédicule et n'avait aucune communication avec le canal vertébral.

L'examen histologique a montré qu'elle était constituée par des cellules sphériques à noyaux, des cellules fusiformes, des globules du tissu conjonctif, des noyaux cartilagineux; enfin, et c'est ce qui a le plus particulièrement frappé l'attention de M. Panas, par des cellules épithéliales cylindriques munies d'appendices ciliés.

LIVRE XIII

MALADIES DU PÉRITOINE. — PÉRITONITE

La péritonite, ou inflammation du péritoine, est une affection très-commune chez les enfants nouveau-nés. Elle a été signalée par Billard, par Dugès, par Thore et par Isidore Henriette, médecin de l'hospice des Enfants-Trouvés de Bruxelles. — On l'observe également dans la seconde enfance, et alors elle se présente sous trois formes : — la péritonite *traumatique*, — la péritonite *simple*, — et la péritonite *tuberculeuse*. — Les unes et les autres existent à l'état *aigu* et à l'état *chronique* (1).

Causes. — La péritonite se développe quelquefois sur le fœtus encore renfermé dans le sein de sa mère, et elle constitue la *péritonite congénitale*. Billard, Dugès et Simpson (2) en ont rapporté de nombreux exemples.

En voici un publié par Virchow dans lequel la péritonite était non-seulement *congénitale*, mais *héréditaire* ou du moins liée à un trouble permanent quoique inconnu de l'organisme maternel.

OBSERVATION I. — *Péritonite congénitale* (Virchow). — La mère, âgée de trente ans, portait une division du palais. Elle avait mis au monde six enfants, dont l'aîné se portait bien. Les trois derniers étaient morts peu après la naissance, tous trois avec de l'ascite. Pendant la dernière grossesse, cette femme se portait bien, l'accouchement se fit facilement et fut suivi de l'écoulement d'une grande quantité d'eau; le placenta était énorme. Le fœtus paraissait être arrivé au septième mois environ. Son abdomen était fortement distendu par un liquide brun rougeâtre; les intestins étaient en grande partie couverts de flocons fibrineux, le mésentère rigide, rétracté comme par un tissu cicatriciel. Le foie et la rate étaient volumineux, les autres organes sains.

La péritonite se manifeste très-fréquemment après la naissance et pendant le premier mois de la vie. Alors son apparition coïncide souvent avec l'existence des

(1) Bouchut, voyez, p. 536, le chapitre consacré à l'ENTÉRITE TUBERCULEUSE ou CARREAU.
(2) Simpson, *Clinique obstétricale et gynécologique*, trad. par G. Chantreuil. Paris, 1874.

épidémies de *fièvre puerpérale*, fait confirmé par Lorain (1). Elle se développe quelquefois d'une manière *primitive*, sans cause appréciable, et sans que nulle lésion anatomique voisine du péritoine puisse rendre compte de sa présence. Le plus ordinairement la péritonite est *secondaire* et elle résulte de l'érysipèle des nouveau-nés; de la phlébite ombilicale qui succède à la ligature du cordon; de l'obstacle au cours des matières de l'intestin par la constipation, l'imperforation de l'anus, l'invagination intestinale ou l'inflammation d'un sac herniaire; de la rupture de la vessie; de la déchirure du foie; de la perforation de l'estomac; de l'eczéma généralisé, etc. Dans tous ces cas, on peut admettre que l'inflammation a été communiquée au péritoine par les lésions de voisinage que je viens d'indiquer.

La péritonite est à peu près aussi fréquente chez les garçons que chez les filles, et elle se développe dans toutes les saisons, plutôt au printemps et dans l'été, mais sans qu'il y ait à cet égard une influence bien marquée de la température extérieure.

Dans la seconde enfance, la péritonite est un peu plus rare. Cette phlegmasie résulte de blessures, de coups portés sur le ventre, des perforations intestinales avec ou sans fièvre typhoïde, de l'inflammation aiguë et chronique du foie, des intestins, des reins, ou de la production des granulations fibro-plastiques généralement appelées tuberculeuses à la surface de la séreuse. Dans ce dernier cas, la maladie prend le nom de *péritonite tuberculeuse*.

Altérations anatomiques. — Sous l'influence des différentes causes que je viens d'énumérer, le péritoine devient d'abord le siège d'une injection capillaire plus ou moins prononcée, à la surface interne des parois abdominales, et de la face inférieure du foie, dans le cas de phlébite ombilicale, ou dans les autres parties du péritoine voisines du point de départ de son inflammation. Quelquefois cette rougeur est générale, et elle existe seule, sans autre lésion du péritoine. Souvent des fausses membranes, de consistance et d'épaisseur variables, accompagnent cette coloration, et cet épanchement de lymphes plastique sert à établir des adhérences plus ou moins nombreuses entre les diverses anses intestinales. Le péritoine est, en outre, poisseux et gluant. Il renferme de la sérosité visqueuse, sanguinolente ou purulente, dans une quantité qui varie de 30 à 200 grammes. Plus tard les adhérences sont plus compactes, plus résistantes, et se présentent après guérison de la péritonite, comme les adhérences de toutes les séreuses anciennement enflammées, sous forme de filaments vasculaires convertis par le temps en brides celluluses. C'est ce que Billard a vu chez deux enfants nouveau-nés qui avaient eu leur péritonite dans le sein de leur mère.

La péritonite, d'après Thore, existe souvent avec la pneumonie, quelquefois avec la pleurésie sans épanchement, avec la péricardite; mais ces lésions sont consécutives à la phlegmasie péritonéale.

Dans la seconde enfance, les lésions de la péritonite sont les mêmes que chez l'adulte. Mais dans quelques cas l'épanchement de sérosité est beaucoup plus considérable et constitue de l'*ascite*.

Chez quelques enfants, il y a en même temps des granulations fibro-plastiques et tuberculeuses à la surface du péritoine dans l'épaisseur des tuniques de l'intestin, des viscères de l'abdomen et des ganglions mésentériques. C'est ce que l'on nomme *péritonite tuberculeuse*. Je l'ai décrite en parlant du *carreau* (2).

(1) P. Lorain, *De la fièvre puerpérale chez la femme, le fœtus et le nouveau-né*, thèse inaugurale. Paris, 1855, in-4.

(2) Bouchut, voy. CARREAU ou ENTÉRITE TUBERCULEUSE, p. 536.

Symptômes. — La péritonite des nouveau-nés se présente ordinairement à l'état *aigu* et fort rarement à l'état *chronique*. Dans l'un et l'autre cas, les symptômes en sont fort obscurs, et souvent le diagnostic n'est établi que sur la table de dissection, c'est-à-dire après la mort. Cela se conçoit : la péritonite est une maladie très-souvent *secondaire*, qui se montre par conséquent dans le cours d'une autre maladie qui masque son début par ses symptômes propres.

Cependant, quand on observe ces malades avec soin et qu'en les examinant chaque jour on palpe leur ventre pour apprécier son état de souplesse, on s'aperçoit qu'il est fortement tendu et ballonné, qu'il est le siège d'une douleur très-vive à la pression; cela suffit pour donner l'éveil et faire rechercher s'il n'y aurait pas d'autres phénomènes de phlegmasie péritonéale. Dugès et Thore ont signalé la saillie considérable de l'ombilic chez le nouveau-né; mais ce caractère, qui est bon, ne se montre plus dans la péritonite développée un mois après la naissance, ni dans la péritonite de la seconde enfance. Les enfants vomissent souvent, et sont ordinairement constipés. Cependant l'un et l'autre de ces caractères peuvent manquer, la peau est froide et le pouls petit, fréquent, souvent insaisissable. La face ne présente pas d'altération marquée comparable aux modifications que subissent les traits d'un adulte atteint de péritonite. Il y a en outre une altération très-apparente des mouvements respiratoires, qui semble indiquer de la gêne et de la douleur. Ce caractère, que j'ai fait connaître en 1845, me paraît d'une grande importance. La respiration est *courte, incomplète, irrégulière*; chaque inspiration, arrêtée subitement, semble douloureuse; de temps à autre, un mouvement respiratoire lent et profond arrive pour suppléer à l'insuffisance des respirations précédentes.

En résumé, pouls petit, fréquent, souvent impalpable; tension du ventre, douleur à la pression, saillie de l'ombilic; quelquefois des vomissements et de la constipation; modification profonde des caractères extérieurs de la respiration, qui est devenue douloureuse, courte, incomplète, saccadée, irrégulière; voilà les caractères les plus importants de la péritonite aiguë des jeunes enfants.

OBSERVATION II. — *Péritonite aiguë* (Billard). — Alexis Sonnecourt, âgé de quatorze jours, fort et vigoureux, s'est infiltré depuis deux jours, a vomi tout ce qu'on lui a fait prendre, et est devenu très-pâle.

Le facies est douloureux; l'enfant est continuellement agité. Son ventre est ballonné et forme la pointe vers le nombril; il est dur et fort douloureux au toucher; car, aussitôt qu'on le comprime, l'enfant jette un cri, devient rouge, et respire avec la plus grande difficulté. La poitrine résonne dans toute son étendue; la peau est sèche et brûlante; on ne peut trouver le pouls au poignet, et les battements du cœur au stéthoscope sont profonds et obscurs; le cri est petit, faible, aigu et à peine entendu; il n'y a pas d'évacuations alvines. — Diète, eau sucrée, cataplasme sur le ventre; bains.

L'enfant meurt trois jours après le début des accidents.

Autopsie. — Le lendemain, on trouve la bouche, l'œsophage et l'estomac sains. Les intestins sont distendus par une grande quantité de gaz; le péritoine n'offre aucune rougeur dans les différents points de sa surface; mais il existe des adhérences récentes, et cependant assez solides, entre les circonvolutions intestinales, une couche pseudo-membraneuse assez épaisse sur le mésentère, et à peu près 2 onces d'un liquide séro-purulent épanché dans la cavité péritonéale. L'appareil circulatoire et le cerveau sont sains.

OBSERVATION III. — *Péritonite aiguë*. — Un garçon de quatre mois, né d'une mère infectée de syphilis, ayant lui-même un coryza et un eczéma syphilitique généralisé, vint à l'hôpital Necker.

Cet enfant fut traité par les topiques, et il était à peu près guéri, quand il fut pris de catarrhe pulmonaire avec dyspnée considérable, et une gêne toute particulière

dans les mouvements extérieurs de la respiration. Ces mouvements étaient courts, incomplets, saccadés, et paraissaient douloureux : ils se succédaient régulièrement, et au bout de huit ou dix inspirations, survenait une respiration lente et profonde, capable de suppléer à l'insuffisance des respirations précédentes. Le ventre était fort tendu et ballonné, la peau très-chaude, le pouls fort petit et très-fréquent, 160 pulsations par minute. Il n'y eut pas de vomissements, et les selles étaient régulières.

L'enfant mourut.

Autopsie. — Je trouvai une péritonite aiguë avec épanchement séro-purulent et fausses membranes dans les intestins. Il y avait quelques noyaux de pneumonie lobulaire.

OBSERVATION IV. — *Péritonite aigue* (Hôpital Necker). — Garçon de six semaines : à la suite d'un de ces érysipèles ambulants si graves à cet âge, il parut avec le ballonnement et la douleur du ventre, la petitesse et la fréquence du pouls, 170 à 180 par minute, une gêne de la respiration en tout semblable à celle que nous venons de décrire; et il y avait de plus un gémississement plaintif à chaque expiration.

Il n'y eut pas de nausées, pas de vomissement ni de constipation. La face, altérée, n'offrait pas cet aspect grippé qu'elle présente dans la péritonite des adultes.

L'enfant mourut.

Autopsie. — Il y avait un épanchement séreux considérable dans l'abdomen, quelques fausses membranes sur l'intestin, et un grand nombre de ces produits sur les faces supérieure et inférieure du foie.

La *péritonite chronique* du nouveau-né est très-rare et ses symptômes sont fort difficiles à exposer, attendu qu'il n'y en a qu'un seul fait publié par Billard. C'est un cas de péritonite chronique consécutive à une inflammation d'intestin qui ressemble à des cas analogues bien communs à un âge plus avancé.

Le ballonnement du ventre, la diarrhée, les envies de vomir, la gêne de la respiration, la petitesse du pouls, le marasme et la faiblesse du cri, furent les symptômes observés durant la vie.

Le péritoine était le siège de nombreuses adhérences et renfermait 60 grammes de sérosité jaune et trouble. L'intestin grêle était injecté, et l'on voyait dans le côlon de nombreuses vergetures ardoisées, traces d'une ancienne inflammation de cet intestin.

La péritonite aiguë des jeunes enfants suit ordinairement une marche très-rapide et se termine par la mort en douze, vingt-quatre ou trente-six heures. C'est par exception qu'elle se prolonge davantage.

Le pronostic de la péritonite aiguë, primitive, des nouveau-nés est extrêmement grave. Presque tous les enfants succombent à la ville comme à l'hôpital. Cependant il est certain que quelques-uns peuvent guérir, et la preuve c'est que dans certaines autopsies on trouve autour des anses intestinales des brides qui sont évidemment le résultat d'anciennes péritonites terminées par la guérison. Il est vrai que, dans ces cas, on peut soutenir que les adhérences sont le résultat de péritonites latentes développées autour d'un viscère malade, ou d'une péritonite secondaire, car il est difficile de croire à la guérison d'une péritonite aiguë primitive et de quelque intensité.

Péritonite de la seconde enfance. — Dans la seconde enfance il y a une péritonite aiguë primitive ou traumatique et une péritonite chronique simple ou tuberculeuse. La péritonite aiguë s'annonce par une douleur aiguë excessivement vive de tout le ventre, qui ne peut supporter la moindre pression, par le ballonnement de l'abdomen, par le refroidissement des mains et du visage subitement pâli, par l'altération des traits qui sont grippés, par l'excavation des yeux, par des vomissements bilieux verdâtres, souvent par la constipation et par une extrême petitesse du pouls. Elle résulte d'une blessure, d'un écrasement de voiture, d'une hernie opérée

après étranglement, d'une rupture d'intestin après ulcération typhoïde de l'intestin ou déchirure, de vers, etc., de l'ouverture d'un abcès iliaque, d'une opération de kyste du foie, etc. Primitive, elle entraîne ordinairement la mort, et présente à l'autopsie les lésions de la péritonite aiguë des adultes. Quand elle est consécutive et en rapport avec une nosologie du voisinage, elle dépend de la cirrhose, de l'entérite chronique simple, de l'entérite tuberculeuse et de la tuberculose entéromésentérique; elle est souvent partielle, limitée, et par cela même guérissable.

Dans la seconde enfance, la *péritonite chronique* est habituellement de nature tuberculeuse. Elle est indolente ou peu douloureuse. La fièvre est presque nulle et il n'y a plus de vomissements. Le ventre est volumineux, tendu, fluctuant, à l'hypogastre ou en totalité. Il est mat dans les parties déclives et sonore dans la région supérieure où sont les intestins, mais cette matité et cette résonance varient avec le décubitus des malades, ce qui prouve qu'il y a une ascite, c'est-à-dire du liquide libre dans la cavité péritonéale. Dans les yeux existe souvent la névrite optique et névro-rétinite des maladies cachectiques et tuberculeuses (1).

Dans la *péritonite chronique simple* suite d'une ancienne irritation d'intestin, le ventre est tendu, fluctuant et douloureux, reste ainsi très-longtemps, et ce n'est qu'à la longue que l'état général devient mauvais. La fièvre s'allume, les digestions se troublent, les jambes s'enflent, puis survient l'anasarque et la mort.

Quelquefois le ventre distendu proémine vers l'ombilic qui devient transparent, s'amincit et se déchire; alors le liquide s'écoule et l'enfant peut guérir spontanément. J'en ai vu trois cas, et sur d'autres faits semblables j'ai fait la ponction par l'ombilic qui a très-bien réussi.

Traitement. — Malgré la gravité du pronostic, le médecin ne doit pas rester inactif vis-à-vis de la *péritonite aiguë des nouveau-nés*. C'est une maladie qu'il faut combattre comme si l'on était sûr de la guérir, et dans l'espoir de favoriser la guérison.

Il faut suspendre l'allaitement et ne faire boire que de l'eau de gomme légèrement laudanisée. Il faut appliquer une ou deux sangsues sur le ventre autour de l'ombilic, mettre l'enfant dans des bains de son et de guimauve, et des cataplasmes sur les parois du ventre. Si l'enfant est assez débile pour faire hésiter dans l'application des sangsues, il faut tout de suite les remplacer par des onctions mercurielles très-épaisses, ou par un large vésicatoire volant sur la paroi abdominale : c'est même le meilleur moyen à employer. Si l'enfant ne va pas à la garde-robe, on peut lui donner quelques centigrammes de calomel, de sirop de chicorée ou des lavements légèrement purgatifs, mais ces moyens ne conviennent plus quand il existe une diarrhée abondante qui laisse soupçonner l'existence d'une entérite.

Chez les enfants plus âgés, il faut couvrir le ventre d'huile laudanisée, et donner de l'opium à haute dose, centigramme par centigramme, toutes les deux heures, jusqu'à cessation de la douleur et production de la somnolence.

Dans la *seconde enfance*, la péritonite aiguë doit être combattue par les sangsues, par des ventouses scarifiées, par des onctions mercurielles et par des cataplasmes sur le ventre. Il faut donner 2 à 10 centigrammes d'opium par jour à dose fractionnée, entretenir la liberté du ventre avec de petits lavements, et nourrir les enfants avec du bouillon.

Contre la péritonite chronique, il faut employer les vésicatoires volants répétés, les applications de teinture d'iode tous les quatre jours, les pointes de feu sur la peau de l'abdomen, et les petits cautères. En cas d'ascite, on doit administrer la

(1) Voyez Bouchut, *Atlas d'ophtalmoscopie médicale*, planches 80 et 81.

teinture de scille et de digitale, la poudre de digitale, le nitrate de potasse dans de l'eau, avec du sirop de pointes d'asperges, quelquefois les purgatifs drastiques, s'il n'y a pas d'entérite chez l'enfant, et enfin, si le liquide ne disparaît pas, si le ventre est très-volumineux, il faut pratiquer la *paracentèse*. Cette opération se fait chez les enfants comme chez les adultes, et elle réussit souvent très-bien, non-seulement à titre de médication palliative, mais comme moyen curatif complet. J'ai de cette façon guéri plusieurs enfants atteints d'ascite consécutive à une péritonite chronique sans autre complication. Dans les cas où le liquide pousse l'ombilic en avant et amincit tellement la peau qu'elle menace rupture, il faut, comme je l'ai fait plusieurs fois, faire la ponction par l'ombilic avec une grosse épingle ou un trocart très-capillaire.

LIVRE XIV

MALADIES DU FOIE

CHAPITRE PREMIER

ICTÈRE DES NOUVEAU-NÉS

L'ictère est un phénomène qu'on observe assez fréquemment chez les nouveau-nés; sa cause est encore l'objet de nombreuses contestations. Billard et Valleix le considèrent comme le résultat d'une ecchymose de la peau succédant à la congestion tégumentaire primitive de ses téguments. Cette opinion est fort ancienne, mais c'est une erreur. L'ictère des nouveau-nés, comme celui de l'adulte, résulte presque toujours d'une affection inflammatoire légère ou grave du foie; mais chez les nouveau-nés il est ordinairement consécutif à l'oblitération de la veine ombilicale; cette inflammation produit l'obstruction des conduits biliaires, nuit à la circulation de la bile, et provoque son passage dans le sang. Je ne décrirai donc pas l'ictère comme une maladie essentielle, mais bien comme le symptôme d'une altération organique du foie, et principalement comme le symptôme de l'hépatite aiguë.

Sennert considère la coloration jaune de la peau chez le nouveau-né comme l'indice d'un obstacle au passage de la bile dans le duodénum et comme une cause de constipation : « Si bilis ad intestina non fluat, feces alvi non sunt tinctæ, sed albæ, » et cineritiæ, et in infantibus corporis color fit flavus. » Sylvius l'attribue à l'épaississement du fluide biliaire dans la vésicule. Enfin Morgagni (1) dit qu'il est toujours produit par une gêne de la circulation du foie succédant à la ligature du cordon, gêne de laquelle résulte un trouble dans la sécrétion biliaire. — C'est à cette opinion que je me suis rattaché, et il me semble voir dans cette phrase l'énoncé de ce que l'on appelle aujourd'hui *phlébite ombilicale*. — Van Swieten et Rosen placent également la cause de l'ictère dans un obstacle au cours de la bile, et c'est aujourd'hui l'opinion la plus généralement adoptée des médecins. — Que la bile trop épaisse ne puisse couler dans l'intestin, qu'une phlébite ombilicale, qu'une hépatite occasionnée par le travail de l'accouchement, en arrêtent la sécrétion, le résultat est le même, et ce liquide rentre dans le sang pour colorer la peau et les tissus en jaune.

(1) Morgagni, lettre XLVIII.

L'ictère des nouveau-nés est donc le résultat d'une légère affection organique des vaisseaux du foie, des vaisseaux et des conduits biliaires (Voy. HÉPATITE).

Ictère de la seconde enfance. — A une époque plus avancée de la vie, dans la première et dans la seconde enfance, l'ictère est assez fréquent et résulte assez souvent d'une gastro-duodénite qui amène l'occlusion passagère du canal cholédoque et la rétention de la bile dans le foie. Il peut dépendre d'un vice de conformation des voies biliaires, et à ce titre être congénital ou bien se rattacher à une lésion organique du foie, ce qui est rare, ou à des kystes hydatiques du foie (1).

Dans quelques cas, l'ictère est sans doute la conséquence d'un vice de conformation des canaux d'excrétion biliaire, étant d'ailleurs bien portante et assez forte, avait un ictère considérable de toute la surface du corps et des conjonctives. C'était une difformité dont on ne s'occupait plus.

CHAPITRE II

HÉPATITE DU NOUVEAU-NÉ

L'hépatite ou inflammation du foie est une maladie très-fréquente chez l'enfant nouveau-né, peu de jours après sa naissance. On l'observe sur le tiers des enfants qui viennent au monde et elle est décrite sous le nom d'*ictère* des nouveau-nés.

Causes. — L'ictère ou hépatite du nouveau-né peut être le résultat de la compression du corps du fœtus dans le travail de l'accouchement, ou de la contusion du foie au moment de la parturition. Il peut être déterminé par l'impression de l'air extérieur sur la peau, et notamment sur la circulation générale et cutanée. Cette hépatite est enfin, comme j'en ai vu plusieurs exemples, le résultat de la phlébite ombilicale qui succède à la ligature du cordon, et qui, de l'ombilic où elle prend sa naissance, va s'étendre aux veines du foie. On l'a enfin observée dans le cours de l'entérite et du sclérème.

Altérations anatomiques. — Le foie est alors très-gonflé et gorgé de sang noir et liquide. Les vaisseaux veineux en sont remplis ainsi que ceux de l'abdomen; il y a même quelquefois une exsudation de ce liquide dans la vésicule biliaire et jusque dans le duodénum. La bile est un peu plus jaune et plus abondante que de coutume : or, on sait que, chez les nouveau-nés, la bile, au lieu d'être jaune, est au contraire d'un vert noirâtre très-foncé.

Le tissu du foie est granuleux, rouge violacé, toujours un peu ramolli et souvent adhérent au moyen de fausses membranes; il renferme quelquefois de petits abcès dans son intérieur, mais seulement dans le cas d'hépatite grave. Baumes et Martin (de Lyon), cité par Richard, en ont rapporté plusieurs exemples. Ce dernier a vu non-seulement des abcès dans le foie, mais encore d'autres collections purulentes dans le scrotum, à la paume des mains, dans les muscles, comme s'il avait là les caractères d'une résorption purulente. Il est à regretter que, dans ce cas, le docteur Martin n'ait pas tenu un compte suffisant de l'état de la veine ombilicale.

Cette veine présente quelquefois des traces non équivoques d'inflammation, elle est remplie d'un caillot mou, peu adhérent et séparé des parois par du pus. Dans plusieurs cas même, la suppuration existe dans la gaine des vaisseaux, et se voit au-dessous du péritoine de la paroi abdominale.

(1) Voyez ce mot.