

déborde beaucoup les côtes. Les enfants ont des nausées, rejettent quelquefois des matières rougeâtres et rendent le méconium abondant, foncé en couleur, ou seulement du méconium décoloré jaunâtre. Ils ont quelquefois des épistaxis, du purpura sur la peau ou de l'hématémèse. D'après Henke, ces matières seraient souvent grises, ce qui me semble en opposition avec les résultats de tous les observateurs.

La respiration est laborieuse, le hoquet fréquent, et, comme l'indique M. Richard, quand cet état s'accroît ou se prolonge, il survient une profonde altération des traits; les yeux deviennent fixes, quelques convulsions se manifestent à la face et dans les muscles des membres; l'enfant tombe dans le collapsus, se refroidit et meurt.

Quelquefois cette forme de l'hépatite aiguë est accompagnée de rougeurs érysiélateuses sur la peau, de phlegmons sous-cutanés autour du lieu d'insertion du cordon et sur différents points du corps, d'aphthes et d'ulcérations purulentes sur les lèvres, aux commissures de la bouche, des paupières et à l'orifice du prépuce et de l'anus. Quelquefois enfin ces diverses inflammations se terminent par la gangrène.

L'hépatite maligne fait périr les enfants en quelques jours, et je ne sais pas, quant à présent, s'il en est qui soient guéris de cette affection. C'est donc une maladie grave et du plus fâcheux pronostic.

Traitement. — Si les enfants sont forts et vigoureux, peut-être pourrait-on mettre une ou deux sangsues à la région du foie, en ayant soin d'arrêter promptement l'écoulement du sang. Je préférerais les bains tièdes prolongés et répétés deux fois par jour, les fomentations, les cataplasmes, les lavements huileux et purgatifs, l'eau froide pour arrêter les vomissements, l'eau de fleur d'oranger pure par cuillerée à café, une goutte de laudanum de Sydenham toutes les heures, et enfin un vésicatoire sur la région du foie.

En cas d'abcès à la peau et de phlegmons gangréneux, il faut ouvrir de bonne heure les foyers de suppuration, les laver avec soin, les déterger avec du vin aromatique, de la teinture de quinquina ou une solution de chlorure d'oxyde de sodium, et les couvrir de poudre de quinquina en les pansant avec du cérat ou du styrax afin d'aider à la cicatrisation.

Cet ictère des nouveau-nés est toujours le résultat d'un obstacle au cours de la bile par l'épaississement de ce fluide, l'obstruction du canal cholédoque, la phlébite ombilicale et l'inflammation du foie. Il se distingue de la coloration jaunâtre physiologique des téguments après la naissance en ce que celle-ci est superficielle et bornée à la peau, tandis que la coloration ictérique occupe aussi les conjonctives et les parties profondes du corps.

§ III. — Hépatite chronique.

On a aussi parlé d'une hépatite chronique du nouveau-né dont Burns a donné la description, mais les faits que rapporte cet auteur sont très-incomplets et ne peuvent, quant à présent, servir à l'histoire de cette maladie. Je ne l'ai pas observée moi-même, car elle est très-rare; aussi m'abstiendrai-je de la décrire en détail. Cependant c'est peut-être à cette affection qu'il faut rapporter certaines lésions particulières du foie, signalées vaguement par d'anciens auteurs comme appartenant à la syphilis, et décrites par Gubler (1) avec cette qualification. A part son interprétation, le fait existe et, chez quelques nouveau-nés atteints de syphilis congé-

(1) Gubler, *Mém. sur une nouvelle affection du foie liée à la syphilis héréditaire* (*Gaz. méd.*, 1852, n° 17, et *ibid.*, 1854).

tale, le foie est profondément altéré, inégalement induré et décoloré, jaunâtre et infiltré d'une quantité d'éléments de tissu fibro-plastique, plus nombreux que ceux de l'état normal. C'est une altération profonde, toujours ancienne et qu'on peut très-bien considérer comme une hépatite vénérienne chronique. Je me réserve de la décrire plus loin, dans le chapitre consacré à la syphilis des nouveau-nés.

§ IV. — Hépatite traumatique.

C'est là une forme de l'hépatite toute différente de celle que je viens de décrire. Elle s'observe à tout âge, et dans notre pays, avec notre température, sauf le cas d'infection purulente. Les abcès du foie sont ordinairement le résultat des contusions de cet organe. En voici un exemple recueilli par Renaud, sur un enfant de seize mois. L'hépatite fut causée par une contusion sur l'hypochondre droit, et elle fut suivie de la formation d'un abcès ouvert à l'extérieur et terminé par la mort de l'enfant.

OBSERVATION. — *Abcès du foie ouvert à l'extérieur chez un enfant de seize mois.* — Appelé le 27 mars 1850 près d'un enfant de seize mois, j'appris qu'il était malade depuis six semaines, depuis que, dans une chute d'une hauteur d'un mètre, il avait reçu un coup violent à l'hypochondre droit. Avant cette époque, il jouissait d'une bonne santé; mais, à partir du jour de sa chute, sa physionomie exprima une souffrance continuelle; le dépérissement fut progressif. Cependant les parents n'eurent point recours à l'intervention du médecin; ils y songèrent alors seulement qu'ils virent la formation d'une tumeur qui leur paraissait extraordinaire. Les renseignements obtenus lors de ma première visite sur les premiers symptômes éprouvés par le petit malade sont trop peu précis pour les transmettre ici; mais j'appris positivement que l'enfant n'avait jamais eu d'ictère ni aucun trouble du côté des fonctions digestives.

Le 27 décembre, l'enfant Barbe présente le décubitus sur le côté droit; hors de son berceau, il s'incline du côté droit, position qu'il recherche depuis le jour de l'accident. La peau est pâle, sèche; la respiration anxieuse; le pouls petit, accéléré. Le lait maternel est pris chaque fois avec avidité; les excréments alvins sont jaunés et de consistance normale; aucun vomissement. Le ventre volumineux, dur, offre à l'hypochondre droit une tumeur considérable, arrondie, fluctuante, pulsative.

Le 1^{er} janvier 1851, après une légère ponction explorative, je pratique une ouverture suffisante, et il s'échappe du sein de la tumeur qui s'affaisse une quantité énorme de pus phlegmoneux.

Le 4, l'écoulement purulent a toujours été abondant; la peau qui recouvrait la tumeur est amincie; sur plusieurs points apparaissent des trajets fistuleux.

Le lendemain, la peau est attachée au cataplasme, et abandonne une surface blanche recouverte de matière purulente. La plaie est circulaire; elle semble avoir été faite avec un emporte-pièce; sa dimension est de 6 centimètres sur 7.

Le 7, les membranes qui recouvrent la surface convexe du foie sont gangrenées; je les enlève. La dixième côte fait dans l'intérieur de la plaie une saillie de 2 centimètres, et oppose une résistance à la glande hépatique, lorsque celle-ci est portée en dehors dans l'acte respiratoire.

Le 8, la surface du foie présente une teinte grisâtre; une ulcération s'est formée sur la partie comprimée par la côte.

Le 9, la côte est reséquée dans sa portion saillante; elle m'a paru flottante entre la paroi abdominale et le foie, retenue seulement par l'extrémité vertébrale et frappée de nécrose.

Le 11, le foie remplit l'ouverture circulaire, à la partie supérieure de laquelle il existe une échancrure de 0^m,03 de longueur sur 0^m,015 de profondeur. Le pus, toujours abondant, est devenu fétide, mélangé de détritits du tissu hépatique.

Le 15, l'appareil est imprégné de bile non altérée, dont la sortie a lieu jusqu'à la mort. L'enfant est plongé dans le marasme et une profonde adynamie; il est pris de hoquet; la face est grippée, la peau d'une pâleur bien prononcée, le pouls filiforme

et accéléré. Néanmoins aucun trouble ne surgit du côté du tube digestif. Au traitement interne, qui consistait en huile de foie de morue et sirop de quinquina, on ajoute un peu de bouillon et de vin sucré. Mort deux jours après.

Les docteurs Gros, Ovion et Duhamel assistèrent aux dernières phases de cette maladie vraiment rare et intéressante de l'enfant Barbe, et assistèrent également à l'autopsie, que l'opposition des parents a rendue incomplète.

Autopsie. — Nous avons remarqué de l'adhérence du foie avec la paroi abdominale, au moyen de pseudo-membranes étendues et recouvertes de pus phlegmoneux; une cavité située sur la partie supérieure et externe de sa face convexe, capable de loger une grosse noix; les parois de cette cavité, dures, d'une couleur blanchâtre, d'une épaisseur de 6 à 7 millimètres; aux environs, le tissu du foie violacé et induré; à une distance de 0^m,03, l'organe présentait la texture normale, mais dans son tiers inférieur et externe plusieurs petits abcès profonds. A l'hépatite traumatique se rattachent certains cas de *rupture du foie* chez les nouveau-nés, faits qui se rattachent à la médecine légale.

CHAPITRE III

VARIÉTÉ D'ICTÈRE GRAVE

A l'histoire de l'hépatite et de l'ictère grave, se rattachent des faits publiés par Laroyenne et qu'il a décrits sans les qualifier autrement que par celui de *maladie nouvelle chez les nouveau-nés*.

Cette affection que le docteur Laroyenne a rencontrée sur dix-huit nouveau-nés dans le dernier semestre de l'année 1872, et qu'il ne connaissait pas auparavant, est caractérisée par une teinte spéciale, jaune olivâtre, répandue sur une grande partie de la surface cutanée; les extrémités et les lèvres sont au contraire violacées; la conjonctive présente une teinte subictérique. Cette maladie survient brusquement, a une marche rapide (la mort arrive en trente-six, quarante-huit heures), est accompagnée de peu de fièvre: 1 degré d'élévation; la température baisse environ de 2 degrés quelques heures avant la mort. Mentionnons enfin que les linges souillés par l'urine sont tachés d'une auréole sanglante. A l'autopsie, les viscères, foie, rate et poumons, ne présentent qu'une congestion intense sans altération particulière; les vaisseaux contiennent un sang noir, poisseux; le liquide céphalo-rachidien présente une couleur chocolat. On trouve parfois dans le péricarde un liquide identique. Le rein présente dans le bassinet un caillot grenu, sanguin, plus ou moins volumineux; enfin, la vessie contient une urine sanglante, d'où les taches observées sur le linge.

Parrot a observé un cas de maladie semblable; Berckmann avait étudié les coagulations des veines émulgentes à la suite des catarrhes intestinaux; Pollack enfin a publié des observations analogues qu'il explique par un excès de tension dans le rein, mais sans en donner la cause. D'après ces observations, il semble que l'on doive tout faire dériver du catarrhe intestinal. Mais Laroyenne fait remarquer avec juste raison que des enfants faibles ou forts, mais non diarrhéiques, sont pris subitement et meurent en quelques heures; d'autre part, qu'on a une contre-épreuve probante, c'est que les nombreux sujets atteints de diarrhée cholériforme à la même époque n'ont jamais présenté les altérations qu'il a rencontrées dans cette maladie.

Le docteur Pincus (1) relate trois observations de rupture du foie avec épanchement sanguin dans la cavité abdominale.

La mort était survenue dans un cas par suite de la rupture seule de l'organe;

(1) Pincus, *Eulenbergs Vierteljahrsschr. f. gericht. Mediz.*, XXII, 1875.

dans les autres, il y avait complication d'asphyxie violente. La quantité considérable de sang épanché prouvait bien les manœuvres criminelles.

Du reste, la rupture du foie ne saurait se produire accidentellement sous l'influence de la ligature du cordon, par la pression exercée sur le ventre au moment de l'accouchement, etc. Il faut admettre l'intention criminelle exécutée avec une force très-grande, sans qu'il soit possible, comme il arrive souvent en pareil cas, de découvrir de traces extérieures de sévice.

CHAPITRE IV

ATROPHIE AIGUE DU FOIE

Le docteur Lœschner a décrit sous le nom d'*atrophie aiguë du foie des enfants* (1) une maladie rare que nous ne connaissons en France que sous le nom d'*ictère grave* ou d'*hépatite maligne*.

D'après ce médecin, le diagnostic de cette affection chez les enfants est difficile, à cause des complications qui accompagnent et masquent cette maladie, et à cause de sa marche particulière; chez les enfants de deux à quatre ans, elle prend l'apparence d'une méningite, et chez les enfants de sept à douze ans, celle d'une fièvre typhoïde. Il n'y a que l'examen minutieux de la région du foie, l'ictère qui ne manque jamais, l'absence de quelques symptômes surtout caractéristiques de la méningite et tout l'ensemble de la maladie, qui puissent faire éviter l'erreur. L'atrophie aiguë du foie se distingue de la fièvre typhoïde par la lenteur du pouls (60-70 par minute), par la coloration jaune plus ou moins intense de la peau, par des douleurs existant au commencement dans l'hypochondre droit et s'étendant parfois dans l'épaule, par l'anéantissement total des fonctions digestives, avec absence de phénomènes catarrhaux, par la stabilité des symptômes, sans rémissions, sans exacerbations, par la diminution de volume du foie et par l'urine foncée, renfermant beaucoup de biliphéine (fig. 103). La méningite existe souvent comme complication, causée par l'affection du foie; dans ce cas, il n'y a que les phénomènes saillants et l'examen physique, en regard des altérations fonctionnelles du foie, qui puissent faire reconnaître l'atrophie comme maladie fondamentale. Cette atrophie trompe souvent par une marche foudroyante; mais on ne voit alors que la phase finale de la maladie, qui s'est préparée depuis longtemps par un vice de nutrition et une altération du sang passés presque inaperçus.

Dans les cas que j'ai observés, les enfants ont été pris de fièvre très-vive avec douleur hépatique, gonflement du foie, ictère bien caractérisé, prostration consi-

(1) Lœschner, *Allg. med. Central-Zeitung*, 1856, n° 68.

(*) a, aiguilles isolées de tyrosine; a', aiguilles réunies en groupes; b, conglomerats de la même substance; c, épithélium rénal, teint en vert; d, amas de matière colorante.

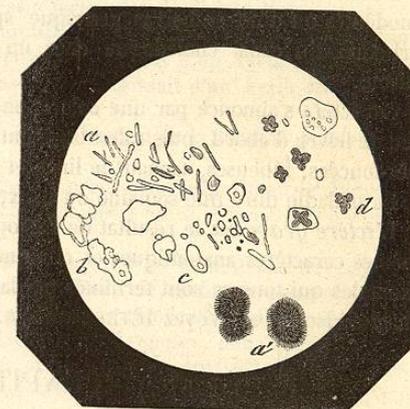


FIG. 103. — Sédiments urinaires dans l'atrophie aiguë (*).

dérable, quelques épistaxis, ailleurs du purpura ou de l'hématémèse et du mélæna. Les urines étaient chargées de sels et de matière colorante de la bile, et les matières fécales n'étaient pas décolorées.

La mort est la conséquence ordinaire de cette maladie, qui peut cependant se terminer par la guérison. Quand la mort arrive, on trouve le foie gras, plus ou moins décoloré, et une dégénérescence graisseuse des cellules hépatiques.

Des boissons émoullientes ou diurétiques, avec addition de 2 grammes de bicarbonate de soude ou d'acétate de potasse, et au début quelques sangsues à la région du foie sont ce qu'il y a de plus utile à prescrire.

On nourrira le malade avec des potages et du lait coupé, et s'il y a de vives douleurs on devra prescrire des cataplasmes laudanisés ou 25 milligrammes d'extrait thébaïque.

CHAPITRE V

HÉPATITE ET ICTÈRE DANS LA SECONDE ENFANCE

L'ictère et l'hépatite se rencontrent assez souvent dans la seconde enfance sous une *forme simple, bénigne* et sous une *forme grave*.

Dans sa forme bénigne, l'ictère résulte d'une indigestion qui produit une gastro-duodénite ou d'un embarras gastrique spontané ou épidémique qui produit l'obstruction du canal cholédoque chez un grand nombre d'enfants dans la même saison.

Cet ictère s'annonce par une coloration jaune de la peau, avec inappétence, un peu de fièvre d'abord, puis ralentissement du pouls, des selles blanches, des urines très-foncées, bilieuses, tachant le linge et quelquefois avec du prurigo.

La maladie dure une semaine ou deux, et guérit par un traitement délayant.

L'*ictère grave* est le résultat de l'atrophie jaune aiguë du foie. La maladie a les mêmes caractères anatomiques et cliniques que chez l'adulte. J'en ai vu plusieurs exemples qui tous se sont terminés par la mort avec des pétéchies et des hémorrhagies viscérales. (Voyez ICTÈRE GRAVE.)

CHAPITRE VI

KYSTES SÉREUX ET HYDATIQUES DU FOIE

Les kystes du foie sont rares chez les enfants. J'en ai observé neuf exemples. Les uns sont séreux et les autres formés de poches à hydatides. On ne les reconnaît que lorsqu'ils ont acquis un certain volume capable de développer le ventre.

Ils sont indolents, fluctuants, quelquefois accompagnés de frémissement hydatique et ne donnent ordinairement lieu à aucun phénomène grave. Chez un enfant que j'avais guéri, la maladie est revenue quinze ans plus tard et a entraîné la mort.

OBSERVATION. — *Kyste séreux du foie. — Ponction avec le trocart capillaire. — Guérison.* — Reine B..., âgée de onze ans, entrée le 3 décembre 1871 au n° 49 de la salle Sainte-Catherine.

Cette enfant, habituellement bien portante, souffre depuis six mois dans la région du foie. Elle y ressent une douleur continue, profonde, sans élancements, augmentée par la pression de la main; puis le ventre s'est tuméfié, et sous les fausses côtes droites il s'est produit une tumeur assez considérable, profonde. L'enfant n'a pas eu de jaunisse. Elle s'est affaiblie par degrés, mangeait mal et maigrissait beaucoup sans avoir de vomissements ni de diarrhée.

Plusieurs vésicatoires volants ont été appliqués sur l'hypochondre droit, mais le mal a persisté, et c'est ainsi qu'il a fallu entrer à l'hôpital.

L'enfant est petite, maigre, pâle, sans jaunisse; sa langue est blanche, pâteuse; il n'y a pas d'appétit, d'envie de vomir ni de diarrhée.

La peau est naturelle, sans chaleur, et il n'y a de fièvre qu'à intervalles irréguliers.

Aucun trouble n'existe dans les fonctions respiratoires, sensoriales et motrices. Toute la maladie semble avoir l'hypochondre droit pour origine.

En effet, le ventre est gonflé et la tuméfaction occupe surtout la région hépatique. Là, existe une douleur profonde, continue et sourde, augmentée par la pression.

Les fausses côtes font une saillie évidente et sont soulevées par le foie, qui déborde de trois travers de doigt. Cet organe présente une matité de 15 centimètres sur le côté et de 12 à sa partie antérieure sous le muscle droit. Le grand lobe est évidemment plus gros, on en sent le bord, puis dès qu'on arrive au petit lobe, il y a une saillie considérable, qui forme une tumeur mobile, profondément située, soulevant la peau et les cartilages des fausses côtes. Profondément, c'est une tumeur. A la peau, ce n'est qu'une saillie de l'hypochondre. La peau ne présente ni chaleur ni rougeur. La pression est douloureuse, mais supportable, et il y a une matité sourde, élastique sur toute son étendue. Au-dessous d'elle, c'est la résonnance tympanique des intestins jusqu'au pubis, et il n'y a pas d'eau dans le ventre.

Cette tumeur est très-tendue, élastique, fluctuante, sans frémissement hydatique, mais elle vibre sous le doigt comme une vessie fortement distendue d'eau.

L'auscultation seule ou combinée à la percussion n'y révèle aucun bruit anormal.

En présence de ces symptômes, qui révélaient l'existence d'un kyste liquide occupant le petit lobe du foie, nous avons pensé qu'il s'agissait d'un kyste hydatique à échinocoques ou d'un kyste séreux.

La fluctuation, l'élasticité, la résistance et la vibration de la tumeur pouvaient le faire croire.

En conséquence, une ponction avec l'aiguille creuse de l'aspirateur de Dieulafoy fut faite, sans qu'on ait provoqué d'adhérences préalables entre la tumeur et les parois du ventre.

A peine l'aiguille fut-elle introduite qu'il s'élança, à 20 centimètres de distance, un jet de liquide incolore, transparent comme de l'eau de roche et assez abondant. J'en retirai environ 85 grammes. Il était d'une saveur chlorurée, saline, ne précipitait pas d'albumine par la chaleur. Après l'avoir laissé reposer, nous cherchâmes au fond s'il n'y aurait pas de dépôt à examiner, et nous avons étudié les couches profondes au microscope sans y trouver de débris ou de crochets d'échinocoques. C'était un liquide constitué d'eau chlorurée.

Après l'opération, l'enfant eut pendant 24 heures dans l'hypochondre droit une vive douleur, augmentée par la moindre pression, quelques envies de vomir, de la fièvre et un grand abattement. Tout cela disparut sous l'influence de cataplasmes laudanisés, et le lendemain la malade parut guérie. Elle put bientôt se lever et sortir de l'hôpital.

A peine arrivée chez ses parents, elle eut de la fièvre, perdit l'appétit, se mit à tousser et se plaignit d'une faible douleur dans le côté droit sous le sein.

On la ramena à l'hôpital, et il devint évident qu'elle avait à droite un épanchement pleurétique, atteignant jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate.

L'enfant avait une toux sèche, de l'inappétence et un peu de fièvre, de la matité à la base du poumon droit, et là, absence de murmure vésiculaire en bas, du souffle et de l'égophonie au-dessus vers la pointe du scapulum. Cet épanchement n'augmenta pas, et sous l'influence d'un vésicatoire, de l'alcoolature de Bryone, il se résorba graduellement. Pour la seconde fois, l'enfant se trouvait guérie.

Elle prit ensuite une scarlatine qui se termina bien, et elle sortit de l'hôpital.

Dans ce cas, je ne suis pas très-sûr d'avoir guéri un kyste hydatique, et je pense n'avoir eu à traiter qu'un kyste séreux, comme ceux dont parle Hawkins.

Bien que le liquide retiré par la ponction ait eu la limpidité, la couleur, la transparence et la composition de celui des kystes hydatiques, cependant il ne renfer-

maît pas de débris d'échinocoques. On n'y a pas trouvé de crochets caractéristiques, et de plus, la tumeur n'avait pas de frémissement hydatique évident. C'est là ce qui a fait naître mes doutes sur sa nature et ce qui m'engage, sous toute réserve, à l'envisager comme étant un kyste séreux.

Si j'avais eu à l'opérer avec un gros trocart, ou seulement avec le trocart explorateur ordinaire, j'eusse établi des adhérences entre elle et la paroi abdominale au moyen de cautérisations successives. Mais, avec une simple aiguille creuse, la précaution ne m'a pas paru nécessaire. On sait d'ailleurs que bien des chirurgiens, à l'exemple de Jobert, ont ponctionné des kystes de ce genre avec le trocart explorateur, et cela sans inconvénient.

J'ai donc ponctionné sans avoir établi d'adhérences préalables entre la tumeur et la paroi du ventre. Je dois le regretter. Il y a eu après la ponction quelques heures de péritonite partielle limitée au foie, et si cette phlegmasie n'a pas entraîné la mort, elle a eu pour effet la production d'une affection diaphragmatique suivie de pleurésie.

A moins de penser que cette pleurésie soit primitive, accidentelle et indépendante de la péritonite sus-hépatique, ce que je n'admets pas, il faut croire que c'est l'inflammation du péritoine diaphragmatique qui s'est communiquée à la plèvre droite et y a occasionné un épanchement. C'est un fait qu'on a vu déjà bien des fois et qui a été signalé avec une très-grande autorité. J'en ai observé plusieurs exemples, et ce mode de production de la pleurésie est même un moyen de guérison naturel dans certaines tumeurs hydatiques du foie. En effet, le kyste, après avoir provoqué une péritonite et une pleurésie diaphragmatiques, perfore le diaphragme et les bronches et se vide par expectoration.

En résumé, kyste séreux hydatique du foie guéri par une seule ponction avec le trocart capillaire; péritonite sus-hépatique, phrénitis et pleurésie diaphragmatique, telles sont les particularités intéressantes de cette observation.

CHAPITRE VII

DÉGÉNÉRESCENCE GRAISSEUSE DU FOIE

D'une façon secondaire, dans le cours de maladies aiguës ou chroniques de l'enfance, le foie peut subir la *dégénérescence grasseuse*, mais ce n'est jamais une maladie primitive.

Sur 222 autopsies faites sur des enfants dont 131 avaient de un à quatre ans, Steiner et Neurenter ont rencontré 188 fois l'infiltration grasseuse du foie et 34 fois une véritable dégénérescence grasseuse. Parmi les altérations anatomopathologiques coïncidentes, la plus fréquente est la *tuberculisation* non des poumons, mais des ganglions lymphatiques, ce qui exclut l'idée que l'altération du foie dépend du défaut d'oxydation des principes hydro-carbonés. Ils pensent au contraire, avec Frerichs (1), que la cause en est dans l'état du sang modifié sous l'influence de la tuberculose dont l'état gras du foie ne serait que la conséquence.

Vient ensuite l'*entérite* considérée comme cause et qui leur semble se développer simultanément; puis les exanthèmes paraissant sous l'influence de l'état général du sang. Des maladies des os, comme la carie tuberculeuse, s'observent aussi, même chez des enfants n'ayant pas fait usage d'huile de foie de morue depuis un an; ce qui montre que ce n'est pas là la cause, comme on l'a supposé, de l'infiltration

(1) Frerichs, *Traité pratique des maladies du foie*, 3^e édition. Paris, 1877.

grasseuse. Enfin, on la rencontre avec la bronchite, la pneumonie, la pleuro-pneumonie et les maladies du cœur (1).

CHAPITRE VIII

CANCER DU FOIE

Le cancer du foie est très-rare dans la seconde enfance. J'en ai vu un exemple chez une fille de douze ans et le docteur Lewis en a vu un autre sur un garçon de treize ans qui, quelques mois avant, avait reçu un coup de pied sur l'hypochondre droit. A l'autopsie, le foie pesait 6 livres, il était rempli de nodosités couenneuses et renfermait en outre trois kystes dont la nature n'a pas été indiquée.

LIVRE XV

MALADIES DES REINS

CHAPITRE PREMIER

DE L'URINE NORMALE DES NOUVEAU-NÉS

Avant de parler des maladies des reins et des troubles de la sécrétion urinaire, je vais indiquer d'après Martin, Rye et Biedermann, quelle est la composition de l'urine, à l'état normal, chez les nouveau-nés. Ce travail repose sur l'examen de soixante-dix enfants mâles, pendant les dix premiers jours de leur vie.

Martin, Rye et Biedermann (2) tirent les conclusions suivantes : 1^o la première miction se montre rarement aussitôt après la naissance; généralement elle a lieu à la fin du premier jour, souvent même le second ou le troisième seulement; 2^o la quantité moyenne de la première miction est de 8 centimètres cubes; 3^o pendant les dix premiers jours, la quantité d'urine n'est pas constante, elle varie de 12 à 61 centimètres cubes; 4^o la couleur du liquide pendant le premier jour correspond aux numéros 1 et 2 de l'échelle de Vogel; dans les derniers jours l'urine devient peu à peu aussi claire que de l'eau; 5^o la réaction est presque toujours légèrement acide, très-rarement neutre; quand elle n'est pas acide, elle offre d'ordinaire une tendance marquée à l'alcalinité; 6^o la densité de la première urine est en moyenne de 1010,5; 7^o pendant les autres jours elle varie de 1002,7 à 1010; 8^o dans l'urine de chaque enfant on note de l'albumine pendant un ou plusieurs jours; 9^o on trouve des chlorures dans toutes les excréments; 10^o la quantité moyenne d'urée est de 0,321 pour 100; 11^o on trouve toujours de l'acide urique dans la première urine, sa quantité augmente jusqu'au troisième jour, puis elle diminue; 12^o au microscope, on trouve que l'urine des quatre premiers jours contient une grande quantité d'épithélium des voies urinaires, des quantités variables d'épithélium des tubes urinaires, et des cristaux d'acide urique.

Ces observations ont été refaites par Parrot et A. Robin (3) qui n'ont pas cité les travaux antérieurs. — D'après eux :

« Un nouveau-né urine quatre fois plus qu'un adulte, par kilogramme de son poids.

(1) *Wiener mediz. Wochenschr.*, décembre 1865.

(2) *Centralblatt für med. Wissenschaften*, n^o 24, 1875.

(3) A. Robin, *Urologie clinique*. Paris, 1877.