châtres, qui, partant des ulcérations de l'intestin, vont se rendre aux ganglions mésentériques; ces vaisseaux sont distendus par de la matière tuberculeuse formée soit par de vraies granulations, soit par les produits d'une lymphangite caséeuse (Thaon). La tuberculose du mésentère est donc habituellement *secondaire* à celle de l'intestin, mais dans quelques cas on ne peut contester l'existence d'une tuberculose ganglionnaire *primitive*, sans lésions intestinales. Le carreau coïncide au contraire rarement avec la tuberculose du péritoine (Rilliet et Barthez).

Les anciens auteurs (Baumes, Goy, Guersant) ont distingué un *carreau indolent* et un *carreau douloureux*. Cette dernière variété se rapporte à la péritonite tuberculeuse, qu'ils confondaient avec la phtisie mésentérique. Dans le carreau proprement dit, le ventre reste mou, indolent; il est rarement ballonné, il est en général facile à déprimer ; la palpation fait parfois sentir au niveau de l'ombilic et en avant de la colonne vertébrale une *tumeur* dure, bosselée, peu mobile, douloureuse au toucher, formée par l'agglomération des ganglions engorgés. Pour bien sentir cette tumeur, il faut saisir les parois du ventre entre les deux mains placées latéralement dans chaque flanc et les rapprocher peu à peu de la ligne médiane, jusqu'à ce qu'on soit arrivé sur la masse ganglionnaire, qui se trouve prise entre les deux mains (Jenner).

Le carreau n'a pas de symptômes qui lui soient propres, à part la tumeur abdominale qui fait très souvent défaut. On a vu quelquefois la masse ganglionnaire déterminer de l'*ascite* et une *dilatation des veines abdominales*, parfois même de l'*œdème des membres inférieurs* par la compression de la veine cave (Rilliet et Barthez, Steiner). Ollivier (1) a constaté, à l'autopsie d'une petite fille de huit ans qui avait présenté de l'amaigrissement, de la diarrhée et les signes d'une phlegmatia alba dolens des deux crurales, une thrombose primitive de la veine cave inférieure ; immédiatement au-devant du tronc de la veine et au niveau du duodénum se trouvait une tumeur constituée par un paquet de ganglions mésentériques tuberculeux ; l'intestin grêle presentait un grand nombre d'ulcérations tuberculeuses, qui avaient été la porte d'entrée du bacille, car les poumons, les bronches et les ganglions bronchiques étaient sains.

Les autres symptômes qui sont mentionnés par les auteurs, tels que l'amaigrissement, la diarrhée, la pâleur, etc., dépendent presque toujours d'autres localisations tuberculeuses. On a remarqué que dans le carreau, plus que dans toute autre forme de la tuberculose, l'appétit, loin d'être amoindri, est parfois augmenté ; cette *voracité* a d'ailleurs été observée aussi dans le rachitisme et le catarrhe chronique des intestins.

(1) Ollivier, *Leçons clin. sur les mal. des enf.* 1889, p. 279.

Certains auteurs admettent la curabilité du carreau ; Rilliet et Barthez ont trouvé dans le mésentère d'un enfant une masse tuberculeuse considérable qui avait subi dans son entier la transformation crétacée. La gravité du mal dépend le plus souvent des autres localisations tuberculeuses concomitantes (intestins, poumons, bronches, etc.).

Le *traitement général* du carreau sera celui de la scrofule et de la tuberculose; on insistera particulièrement sur l'emploi des eaux thermales bromo-iodurées, salines et sulfureuses (Lavey, Bex, Salins, Kreuznach, Nauheim) ou des bains de mer. Quant au *traitement local*, on a préconisé les badigeonnages à la *teinture d'iode*.

CHAPITRE XXIII

MALADIES DU FOIE

Le foie est relativement plus considérable dans les premières années de la vie que chez l'adulte. A la naissance, il représente 4,39 du poids du corps, chez l'adulte seulement 2,77 (Vierordt). Jusqu'aux environs de la quatrième année, son bord inférieur dépasse normalement le rebord costal de 1 à 2 centimètres dans la ligne mamillaire. Avant de se prononcer à l'autopsie sur la question si importante de l'hypertrophie ou de l'atrophie du foie, il faut connaître le poids moyen de cet organe aux différentes périodes de l'enfance. On pourra se guider sur le tableau de ces poids, donné par Birch-Hirschfeld (1).

A la naissance	127,0
A 6 mois	197,0
A 1 an	312,0
A 2 ans	346,0
A 3 ans	453,0
A 5 ans	480,0
A 7 ans	638,0
A 9 ans	661,0
A 10 ans	830,0
A 12 ans	1028,0
A 15 ans	1248,0

Certaines altérations du foie et des voies biliaires n'ont chez l'enfant qu'un intérêt anatomo-pathologique. Tels sont le foie gras, le foie amyloïde, le foie tuberculeux.

Le **foie gras**, dû à l'infiltration graisseuse des cellules hépatiques, est une lésion fréquente chez les enfants, de un à quatre ans surtout (Steiner et Neureutter) (2). L'alcoolisme, qui en est la cause la plus

(1) Birch-Hirschfeld, in *Gerhardt's Handbuch der Kinderkrank.*, 1880, IV, 2e partie, p. 668.

(2) Steiner et Neureutter, *Jahrb. für Kinderheilk.*, 1865, A. F., VII, Heft 3, p. 1.

fréquente chez l'adulte, ne joue qu'un rôle minime chez l'enfant. La tuberculose trachéo-bronchique ou pulmonaire chronique est la maladie qui s'accompagne le plus souvent de stéatose hépatique dans le jeune âge (Rilliet et Barthez). On l'a rencontrée aussi dans le cours du rachitisme, de l'entérite chronique ou comme symptôme concomitant de l'obésité précoce. Le foie gras déborde habituellement les fausses côtes, il est mou et n'est pas douloureux; ses bords sont émoussés. Il ne s'accompagne ni d'ictère, ni d'ascite.

Le **foie amyloïde** est une lésion relativement fréquente dans les cachexies infantiles. Le tiers des cas de cette affection recueillis par Frerichs appartient à l'enfance et à l'adolescence (1).

Elle s'observe le plus souvent chez les enfants qui souffrent d'une suppuration prolongée, surtout d'une suppuration chronique des os ou des ganglions lymphatiques; elle est alors un des phénomènes ultimes de la scrofule grave. On la rencontre aussi quelquefois dans le cours de la tuberculisation pulmonaire chronique et de la syphilis, plus rarement dans la leucémie, l'entérite chronique ou dans la cachexie amenée par une fièvre typhoïde d'une durée anormale.

Sous l'influence de cette dégénérescence, qui se reconnaît à l'autopsie par la coloration spéciale que présentent les parties altérées sous l'action de l'eau iodée, le foie prend parfois des dimensions énormes; c'est ainsi que, dans un cas observé par Schüppel sur un enfant de dix ans, cet organe pesait près de trois kilos. Les reins et la rate sont généralement atteints en même temps que le foie de l'altération amyloïde; parfois la muqueuse intestinale présente aussi la même dégénérescence (Voir *Entérite chronique*, p. 648).

La maladie, survenant dans le cours d'une autre affection, présente peu de symptômes qui lui soient propres; on devra la soupçonner quand, chez un enfant déjà cachectique, on observera une hypertrophie du foie accompagnée d'hypertrophie de la rate et d'une albuminurie abondante. Cette augmentation du foie frappe déjà souvent à la simple inspection, à côté de la maigreur générale de l'enfant, surtout quand il n'y a pas en même temps de l'ascite ou du météorisme. La palpation et la percussion font percevoir, dans la région hépatique, une tumeur volumineuse, indolente à la pression. Ce symptôme est quelquefois le seul que présente la maladie, mais on voit souvent celle-ci se compliquer de troubles dans les fonctions digestives et parfois d'ascite.

Sa durée est toujours longue et la mort survient en général sous l'influence de la cachexie générale ou de l'affection primitive qui a déterminé la dégénérescence du foie. Quelques faits cependant permettent d'admettre que la maladie, lorsqu'elle est encore peu développée, est susceptible de guérison.

(1) Frerichs, *Traité pratique des maladies du foie*, 3e édit., 1877, p. 438.

Le traitement de la dégénérescence amyloïde du foie se réduira à celui de la maladie primitive, dont elle n'est qu'une manifestation ultime. Le chlorhydrate d'ammoniaque à la dose de 0gr,25 à 0gr,50, trois fois par jour, est préconisé par Budd, qui lui aurait dû un succès dans un cas qui avait résisté aux mercuriaux et à l'iodure de potassium.

L'**atrophie jaune aiguë** du foie est une maladie rare dans l'enfance (1). La plupart des cas publiés jusqu'à aujourd'hui se rapportent à la forme primitive ou essentielle de Monneret, d'autres appartiennent à la forme secondaire et sont consécutifs à une septicémie puerpérale (Politzer), à une syphilis hépatique congénitale (Bar et Renon), à une cirrhose hypertrophique avec ictère (Henoch), (Voir p. 724), à un empoisonnement par le phosphore, etc.

La nature microbienne de l'ictère grave, généralement admise aujourd'hui, a pu être démontrée dans quelques cas; c'est ainsi que Bar et Renon ont retiré le *Proteus vulgaris* en cultures pures de la veine ombilicale thrombosée chez un nouveau-né syphilitique. La présence du colibacille dans les voies biliaires a été constatée par Auché et Coyne à l'autopsie d'un enfant de dix ans ayant succombé à un ictère grave apyrétique.

L'atrophie jaune aiguë a été observée à tous les âges dans le cours de l'enfance. Elle présente les mêmes caractères et les mêmes lésions que chez l'adulte (Voir *Ictère grave*, p. 719).

Les **calculs biliaires** sont exceptionnels dans la seconde enfance; quelques auteurs (Bouisson, Portal, Lieutaud, Cruveilhier, Bärensprung) en ont rencontré à l'autopsie de petits enfants et même de nouveau-nés. Still (2) a trouvé des calculs dans les voies biliaires chez trois enfants morts dans la première année; ces calculs étaient constitués uniquement par du pigment biliaire sans cholestérine, et n'avaient pas donné lieu à de l'ictère. Il a pu recueillir 23 cas de lithiase biliaire chez des nouveau-nés ou chez des enfants dans la première année. Frerichs mentionne le cas d'une petite fille de sept ans; quelques autres cas de la même affection ont été rencontrés

(1) Voici la liste des principales observations : Löschner, *Œsterr. Zeitschr. für Kinderheilk.*, 1856, nos 8 et 9. — Pleischl et Folwarczny, *Wien. Zeitschr. N. F.*, 1858, p. 139. — Fritz, *Gaz. méd. de Paris*, 1858, no 21. — Widerhofer, *Jahrb. für Kinderheilk.*, N. F. 1859. — Politzer, *Jahrb. für Kinderheilk.*, 1860, p. 40. — Mettenheimer, *Memorabilien aus der Praxis*, 1862, VII, 1 et 3. — Steiner, *Jahrb. für Kinderheilk.*, N. F., 1871, p. 428. — Manr, *Amer. Journ. of Obstetrics*, 11 nov. 1875. — Rehn, *Berl. klin. Woch.*, 1875, no 38. — West, *Pathol. Soc. London*, 1880. — Rosenheim, *Zeitschr. für klin. Med.*, XV, Heft 5-6. — Greves, *Brit. med. Journ.*, 1884, I, p. 766. — Siegenbeck van Heukolom, *Neder. Tijdschr. v. Geneesk.*, 1888, I, no 7. — Lewitzki et Brodowski, *Virch. Arch.*, 1877, LXX, p. 421. — Bjélin, cité par Baginsky, *Mal. des enfants*, trad. franç., 1892, t. II, p. 186. — Merkel, *Münch. med. Wochenschr.*, 30 janv. 1894. — Auché et Coyne, *Congrès de médecine de Bordeaux*, séance du 9 août 1895. — Bar et Rénon, *Soc. de biol.*, séance du 18 mai 1895. — Fraenkel et Weinberg, *Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1896, p. 506. — Lanz, *Wien. klin. Woch.*, 1896, no 30. — Kissel, *Jahrb. für Kinderheilk.*, 1898, t. XLVIII, p. 235.

(2) Still, *Pathol. Soc. of London*, séance du 4 avril 1899.

dans la seconde enfance. Wendel (1) en a observé seize chez des sujets au-dessous de huit ans; dans l'un, relatif à une petite fille de dix-neuf mois, la cholélithiase se termina par une perforation de la vésicule biliaire suivie d'une péritonite mortelle. Le même accident fut observé chez un petit garçon de sept ans et guérit à la suite de la laparotomie et de l'ablation de neuf calculs de la vésicule.

Le plus souvent, les calculs n'ont donné lieu chez les enfants à aucun symptôme pendant la vie; Birch-Hirschfeld mentionne cependant un cas de Lolatte (2) relatif à un enfant de quinze ans qui souffrait de coliques hépatiques; ces coliques furent accompagnées d'ictère et suivies de l'expulsion de plusieurs calculs avec les selles. J. Simon a observé un fait semblable chez un enfant de cinq à six ans, et Gibbons chez un enfant de douze ans. Mercat (3) rapporte deux cas de colique hépatique chez des sujets de dix à douze ans recueillis dans le service de Cadet de Gassicourt. Parrot a constaté la présence d'un calcul biliaire accompagné d'ictère chez un nouveau-né de douze jours, et Dunbar Walker (4) a vu un enfant de trois mois qui, à l'âge d'un mois, avait présenté de l'ictère, rendre trois calculs biliaires, dont le plus gros pesait 2 grammes, après avoir éprouvé pendant quelques heures des symptômes de malaise et de douleur. V. Gautier (de Genève), nous a communiqué le cas d'une petite fille de huit ans qui rendit avec les selles une douzaine de calculs, dont les deux plus gros ne dépassaient pas le volume d'un grain de chènevis. Ces calculs furent expulsés à la suite de coliques violentes et répétées pendant deux jours avec vomissements, ictère et ralentissement du pouls. Cette enfant fut prise encore deux fois de crises de colique hépatique, mais moins intenses; elle cessa d'en avoir à la suite d'une cure aux eaux de Brides. Wendel a observé plusieurs fois divers accidents dus à la cholécystite calculeuse.

La **tuberculose du foie et des voies biliaires** est une trouvaille d'autopsie. Nous décrirons plus loin avec la *cirrhose*, les symptômes spéciaux que présente cette affection chez les tuberculeux.

Le foie chez l'enfant est plus fréquemment que chez l'adulte le siège de *granulations tuberculeuses* disséminées, demi-transparentes, parfois fibreuses, entourées d'une aréole rougeâtre contrastant avec la couleur jaune-chamois du reste de l'organe, qui est presque toujours le siège d'une infiltration persistante. On constate ces granulations principalement chez les jeunes enfants de deux à cinq ans et dans les tuberculoses granuliques à détermination thoracique, méningée ou abdominale.

Les *gros nodules caséeux* sont fréquents dans le foie des petits

(1) Wendel, *Med. Record*, 9 juillet 1898, p. 41.
(2) Lolatte, *Gaz. méd.*, 1834, II, n° 2.
(3) Mercat, *Thèse de Paris*, 1884.
(4) Dunbar Walker, *Brit. med. Journ.*, 1882, n° 1112.

enfants tuberculeux. Ils englobent souvent dans leur évolution un canalicule biliaire, d'où la teinte verte qu'ils présentent parfois au centre; ils peuvent se vider dans les canalicules biliaires et former ainsi des *cavernes* communiquant avec les canaux biliaires. Sergent (1), frappé de la fréquence des ulcérations intestinales concomitantes, admet que c'est d'elles que provient l'infection bacillaire du foie par l'intermédiaire de la veine porte. Jacobson (2) admet au contraire avec Gilbert et Claude (3) que l'infection se fait habituellement par l'artère hépatique, les gros tubercules caséeux existant en même temps dans d'autres viscères tels que la rate et les reins.

Nous consacrerons des articles spéciaux à l'*ictère infectieux*, à l'*ictère des nouveau-nés* qui sera traité à propos des maladies des nouveau-nés, à l'*abcès du foie*, à la *cirrhose* et aux *kystes hydatiques*.

ICTÈRE INFECTIEUX.

ÉTIOLOGIE. — L'ictère peut se produire en dehors des premiers mois chez l'enfant sous l'influence des mêmes causes que chez l'adulte.

Nous ne ferons que mentionner ici l'ictère *émotif*, en général bénin, dont Coulon (4) a rapporté trois cas chez l'enfant, et l'*ictère par compression ou oblitération des voies biliaires* dont Ashby (5) a observé deux cas chez des petites filles de cinq et sept ans, terminés tous deux fatalement à la suite l'un d'une hémorragie intestinale, l'autre d'une péritonite provoquée par une opération exploratrice sur les voies biliaires dilatées.

Nous avons ici surtout en vue l'ictère essentiel, appelé souvent aussi *catarrhal*, parce qu'il peut s'accompagner d'un catarrhe du canal cholédoque et qui est probablement toujours de cause infectieuse. Cet ictère s'observe habituellement sous la forme d'*épidémies* qui frappent souvent les enfants de préférence (Rehn) (6) et sévit ordinairement en automne ou au commencement de l'hiver dans nos climats. Tous les cas observés par Baron (7) à Paris se sont produits en septembre et en octobre.

On a invoqué parfois la contagion outre l'influence saisonnière. Ainsi Weissembach (8) cite le cas de quatre enfants d'une même famille qui furent successivement atteints d'ictère à huit jours de distance et transmirent la maladie à d'autres enfants. La contagion

(1) Sergent, *Thèse de Paris*, 1895.
(2) Jacobson, *Thèse de Paris*, 1898.
(3) Gilbert et Claude, *C. R. de la Soc. de biologie*, 1895 et 1896.
(4) Coulon, *La médecine infantile*, 1894, p. 203.
(5) H. Ashby, *Medical chronicle*, oct. 1898, p. 30.
(6) Rehn, *Jahrb. für Kinderheilk.*, 1869, t. III, p. 197.
(7) Baron, *Thèse de Paris*, 1895.
(8) Weissembach, *Revue méd. de la Suisse rom.*, 1892, p. 101.

est également nettement affirmée par Krassnobajew (1) chez quatre malades d'une même famille contaminés à Moscou par un enfant ictérique venu de Saint-Pétersbourg.

Dans l'épidémie décrite en 1886 par Graarud (2), on ne constata pas de cas de contagion ; sur les trente-huit personnes malades, vingt-deux étaient des enfants, dont le plus jeune était âgé de deux ans. L'ictère était précédé pendant quelques jours des symptômes d'une gastro-duodénite ; tous les cas paraissaient rentrer dans la forme bénigne, l'ictère catarrhal des anciens auteurs.

Il n'en a pas été de même dans d'autres épidémies plus récentes, qui ont sévi plus particulièrement parmi les enfants. Ainsi celles qui ont été observées par Kissel (3) ont sévi en automne et en hiver ; sur quatre-vingt-seize enfants atteints d'ictère, six sont morts avec les symptômes de l'ictère grave, seize ont présenté des symptômes infectieux de moyenne intensité dont ils ont guéri ; les autres ont été atteints de la forme bénigne, décrite jusqu'ici sous le nom d'ictère catarrhal. Le jeune âge paraît avoir été une cause prédisposante importante, puisque cinquante-quatre, soit plus de la moitié des malades, étaient âgés de moins de cinq ans ; les plus jeunes avaient un an révolu. Le sexe ne paraît avoir joué aucun rôle (quarante-neuf garçons et quarante-sept filles).

Ces faits rappellent les épidémies observées dans l'armée, soit en France par Arnould et Coyne (Lille), par Rizet (Amiens), par Decaisne (Paris), soit en Allemagne par Pfuhl (Magdebourg), par Jäger (Ulm), etc.

On admet aujourd'hui que l'agent infectieux est un microbe appartenant à la famille du *Proteus* et qui pénètre dans l'organisme avec l'eau ou les aliments. Une eau impure avalée pendant un bain de rivière a été à plusieurs reprises la cause de l'épidémie (4).

SYMPTOMES. — L'ictère est exceptionnellement précédé de troubles gastro-intestinaux. Habituellement, il apparaît brusquement, souvent avec de la fièvre, des frissons et de la céphalalgie.

La **forme bénigne** est la plus fréquente. La durée de l'affection est de trois à quatre semaines. A part la coloration jaune de la peau et des conjonctives et la teinte foncée des urines qui donnent la réaction des pigments biliaires par l'acide nitrique, on ne constate que de l'asthénie musculaire, accompagnée d'un amaigrissement notable.

(1) Krassnobajew, in *Arch. für Kinderheilk.*, 1896, t. XXI, p. 213.
(2) Graarud, *Norsk. merg. f. Læger*, 1886, p. 125.
(3) Kissel, *Jahrb. für Kinderheilk.*, 1898, t. XLVIII, p. 235.
(4) Jäger (*Zeitschr. für Hyg.*, 1892, t. XII, p. 525) a isolé, soit dans l'eau du bain, soit dans le foie, un bacille appartenant au groupe protée qu'il décrit sous le nom de bacille proteus fluorescent. Kolli a retrouvé un bacille analogue chez cinq personnes qui avaient succombé à l'ictère grave (*Soc. pédiatrique de Moscou*, séance du 11 mars 1896).

Les selles sont habituellement décolorées et argileuses ; elles sont dures et rares, graisseuses et fétides ; c'est la forme catarrhale classique. Parfois, au contraire, les selles sont liquides, abondantes et fortement colorées par la bile ; c'est la forme pléiochromique de l'ictère infectieux (Chauffard) (1).

Les décharges urinaires caractérisées par une polyurie azoturique, bien décrites dans la convalescence de l'ictère chez l'adulte par Chauffard, ont été observées parfois chez l'enfant (Baron).

L'ictère bénin est en général apyrétique, sauf dans les premiers jours où il peut s'accompagner d'une légère élévation de température. Le ralentissement du pouls dû à la cholémie manque le plus souvent chez l'enfant dont la fibre cardiaque résiste mieux que celle de l'adulte à l'empoisonnement biliaire.

L'augmentation de volume du foie est toujours sensible et parfois notable ; elle peut persister après la disparition du pigment biliaire de l'urine (Baron) et même pendant la convalescence (Kissel).

La convalescence est longue. Caussade (2) a observé un cas d'ictère catarrhal prolongé chez un enfant, où la durée de la maladie a été de cent cinquante-cinq jours.

L'**ictère pseudo-grave** (3) ou typhus hépatique bénin (Landouzy) forme souvent dans une même épidémie la transition entre les cas légers et les cas mortels (Kissel). Il est caractérisé en général par un début brusque, avec hyperthermie, accompagnée de frissons, par un état fébrile adynamyque rappelant celui de la fièvre typhoïde, par la tuméfaction de la rate, qui est en général considérable chez l'enfant, par une légère albuminurie et par la prédominance de l'ictère qui peut devenir très foncé. La maladie se termine par la guérison après une convalescence longue, interrompue parfois par des rechutes et annoncée par une polyurie de bon augure. Les douleurs contusives qui siègent habituellement dans les mollets, étaient localisées principalement dans les muscles de la nuque et ont précédé l'apparition de l'ictère chez un garçon de onze ans observé par Wassilieff (4). Les selles sont ordinairement bilieuses et non décolorées dans cette forme fébrile de l'ictère infectieux.

L'**ictère grave** est l'expression clinique de l'atrophie jaune aiguë (Voir p. 715). Dans sa forme primitive, il est habituellement fébrile et s'accompagne souvent d'hémorragies nasales ou cutanées. La plupart des cas signalés chez les enfants ont eu une marche très rapide à partir du moment de l'apparition des premiers accidents

(1) Chauffard, in *Traité de médecine*, 1892, t. III, p. 753.
(2) *In* Herzenstein, *Thèse de Paris*, 1890.
(3) Cette maladie, connue depuis longtemps en France (Grellety-Boswiel, *Thèse de Paris*, 1873), décrite en 1883 par Landouzy, puis par Chauffard et par Mathieu, est appelée à tort en Allemagne maladie de Weil, d'après un mémoire de cet auteur publié en 1886 quelques mois après celui de Mathieu.
(4) Wassilieff, *Gaz. clin. de Botkin*, 1888, nos 22 à 26.

graves. L'enfant, après avoir présenté de l'agitation, du délire, est pris de somnolence, parfois de convulsions tétaniformes et succombe dans l'espace de deux à trois jours à la paralysie du cœur et de la respiration.

TRAITEMENT. — L'ictère catarrhal bénin doit toujours être traité sérieusement, vu la possibilité de sa transformation en ictère grave. L'enfant sera soumis à un régime lacté exclusif; le lait sera toujours bouilli, stérilisé même chez les jeunes enfants. Des boissons alcalines (Vichy, Vals), des bains tièdes répétés, le repos au lit compléteront le régime du petit malade.

Les grands lavements froids de 20° à 26°, recommandés par Krull (1), seront administrés une fois par jour dans l'ictère catarrhal; ils amènent parfois rapidement l'expulsion du bouchon muqueux du canal cholédoque et la cessation de la rétention biliaire.

De petites doses de salicylate de soude (0,20 à 0,50) sont indiquées pour combattre l'infection et faire couler la bile. Un purgatif léger non huileux (manne, magnésie calcinée, sulfate de soude, limonade au citrate de magnésie) devra être administré de temps en temps, quand les selles sont rares et fétides.

Renon (2) a préconisé dans la forme grave les injections sous-cutanées de sérum artificiel et de benzoate de caféine.

ABCÈS DU FOIE.

L'hépatite suppurée, quoique rare dans l'enfance, n'y est point exceptionnelle. Le premier travail important sur ce sujet est celui de Bernhard (3), qui rapporte trois cas d'abcès du foie observés dans la clinique de Kohts à Strasbourg. Musser (4) en a réuni 34 observations en 1891; Leblond (5) en porte le nombre à 45 en 1892; Oddo (6) a pu en retrouver une douzaine d'observations qui n'avaient pas été mentionnées par les auteurs précédents.

ÉTIOLOGIE. — Le *traumatisme* paraît jouer un rôle plus important dans l'étiologie des abcès du foie chez l'enfant que chez l'adulte; c'est en général à la suite d'une chute ou d'un choc direct sur la région hépatique, que l'on voit se former l'abcès, tantôt au bout de peu de temps, tantôt seulement après une période silencieuse plus ou moins longue. L'abcès est toujours unique en pareil cas.

(1) Voir : Krull, *Berl. klin. Wochenschr.*, 1877, n° 12, et Krems, *Arch. für Kinderheilk.*, 1886, t. VIII, p. 1.
(2) Renon, in *Traité des maladies de l'enfance*, 1897, t. III, p. 168.
(3) Bernhard, *Thèse de Tübingue*, 1886.
(4) Musser, *Keating's Encyclopedia*, 1891, vol. III, 1re partie, p. 466.
(5) Leblond, *Thèse de Paris*, 1892.
(6) Oddo, *Traité des mal. de l'enf.*, 1897, t. III, p. 185.

L'*appendicite* peut être le point de départ de l'infection qui se transmet en général au foie par l'intermédiaire d'une pyléphlébite. Berthelin (1), sur 26 cas d'abcès du foie dus à cette origine, en cite 8 appartenant à l'enfance. En pareil cas, les abcès sont en général multiples et peu volumineux.

La *dysenterie*, qui, dans les pays chauds, est la cause la plus fréquente de l'hépatite suppurée, ne provoque qu'exceptionnellement cette affection chez l'enfant. L'abcès tropical endémique n'a été observé qu'une fois dans l'enfance chez un garçon de douze ans, par Rouis (2) à Alger, qui en relate 252 cas.

Ash (3) a trouvé une dizaine d'abcès à la convexité du lobe droit du foie à l'autopsie d'un garçon de douze ans, qui mourut au trente-cinquième jour d'une *fièvre typhoïde*. Les ganglions mésentériques suppurés de la région iléo-cæcale étaient le point de départ de l'infection hépatique.

Leblond cite 8 cas d'abcès du foie dus à la présence d'*ascarides*, soit dans le foyer hépatique, soit seulement dans l'intestin.

Dans quelques cas d'abcès dits *idiopathiques*, aucune cause n'a été trouvée pour expliquer leur origine. Il en était ainsi dans le cas présenté à la Société pathologique de New-York en 1882 par Swift (4), et relatif à un enfant de trois ans, atteint d'un abcès qui remplissait presque tout le lobe droit du foie.

DESCRIPTION. — Les formes latentes de la pyléphlébite hépatique suppurée sont plus communes chez l'enfant que chez l'adulte (Oddo). Néanmoins, surtout dans le cours de l'appendicite, des accès de fièvre rémittents ou intermittents, accompagnés de frissons ou de convulsions chez les très jeunes enfants, doivent faire penser à une pyléphlébite.

Le diagnostic ne peut être posé que lorsque le foie est douloureux, augmenté de volume. Dans quelques cas, l'abcès formait une tumeur proéminente dans l'hypocondre droit [Bernhard (5), Easmon (6), Renaud (7)]. Dans d'autres, il y avait une pleurésie droite de voisinage, qui rendait le diagnostic difficile. Un cas de Lebert cité par Davaine (8) est relatif à une jeune fille de quinze ans, qui fut prise de toux le quinzième jour de la maladie et vomit des ascarides le dix-septième jour; huit jours après, on constata la présence d'un pneumothorax, dû, comme le prouva l'autopsie, à la perforation du

(1) Berthelin, *Thèse de Paris*, 1895.
(2) Rouis, Recherches sur les suppurations endémiques du foie, 1860, p. 189.
(3) Ash, *Berl. klin. Wochenschr.*, 1882, n° 51.
(4) Cité par Holt, *The diseases of infancy and childhood*. Londres, 1897, p. 411.
(5) Bernhard, *Jahrb. für Kinderheilk.*, 1886, t. XXV, p. 303.
(6) Easmon, *Lancet*, 1887, t. II, p. 310.
(7) Renaud, *Union méd.*, 1851, n° 37.
(8) Davaine, *Traité des entozoaires* (obs. XXXIV).