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.

Pronostic. — 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.

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.

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, des cataplasmes sur les parois du ventre, et mettre l'enfant dans des bains de son et de guimauve. Si l'enfant est assez débile pour faire hésiter dans l'application des sangsues, il faut les remplacer par des onctions mercurielles diluées très épaisses, et plus tard 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.

CHAPITRE II

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*, elle dépend de la cirrhose, de l'entérite chronique simple, de l'entérite tuberculeuse et de la tuberculose entéro-mésentérique; elle est souvent partielle, limitée, et par cela même guérissable.

La *péritonite chronique* de la seconde enfance, 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 résonnance 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. L'examen de ce liquide obtenu par une petite ponction montre qu'il renferme des *bacilles tuberculeux*, de même qu'il y en a dans les granulations tuberculeuses du péritoine. 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. — 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 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 disparait 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 capillaire.

LIVRE XIV

MALADIES DU FOIE

CHAPITRE PREMIER

ICTÈRE DES NOUVEAU-NÉS

L'ictère est un phénomène qu'on observe 80 ou 90 fois sur cent chez les nouveau-nés; sa cause est encore l'objet de nombreuses contestations.

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

Levret, Breschet, 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 dont la ligature produit une inflammation légère qui se propage au foie, et 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, fœces alvi non sunt tinctæ, sed albæ, et cineritiæ, et in infantibus corporis color fit flavus. » C'est la duodénite admise de nos jours par quelques médecins, entre autres par Virchow. 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, amas de méconium duodénal ou duodénite, et c'est aujourd'hui l'opinion la plus généralement adoptée. — Que la bile trop épaisse ne puisse couler dans l'intestin; qu'une duodénite fermant le canal cholédoque l'empêche de couler ; 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. C'est un ictère biliphérique par rétention de la bile dans le foie amenant son passage dans le sang.

L'ictère des nouveau-nés est donc le résultat d'une légère inflammation des vaisseaux du foie et des conduits biliaires (2). On a dit aussi que les enfants soumis à la ligature tardive du cordon, vers la quatrième minute, par exemple, étaient plus sujets à l'ictère. Cela n'est pas démontré, et le moment de cette ligature n'a rien à faire dans cette maladie.

La ligature tardive n'a d'autre effet que de donner 70 ou 80 grammes de plus à l'enfant, et d'augmenter de 8 à 900,000 le nombre des hématies par millimètre cube. — Quant aux effets de cette pratique, il n'y a encore rien d'établi à cet égard.

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, telle que l'hypertrophie ou le cancer, ce qui est rare, ou à des kystes hydatiques du foie (3).

Dans quelques cas, l'ictère est sans doute la conséquence d'un vice de conformation des canaux d'excrétion biliaire, car on observe l'ictère permanent. Ainsi j'ai vu une fille de trois ans qui, 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.

(1) Morgagni, lettre XLVIII.
(2) Voyez HÉPATITE.
(3) Voyez ce mot.

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 à divers degrés sur les deux tiers des enfants qui viennent au monde, et elle est habituellement 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. On sait, en effet, que l'ictère des nouveau-nés est beaucoup plus constant et plus fort dans les accouchements difficiles que dans les autres. 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. Quant à la théorie de la résorption de la bile, ictère biliphérique, sans maladie du foie ou obstruction du canal cholédoque, ou à la théorie par modifications survenues dans le sang formant l'ictère hémaphéique, ce sont des hypothèses que la science ne saurait accepter sans démonstration.

Altérations anatomiques. — Dans l'ictère des nouveau-nés, le foie est 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. Baumès 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, ainsi que je l'ai vu, 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.

La peau est jaune, ainsi que le tissu cellulaire et adipeux sous-cutané. La coloration est étendue aux organes profonds, à l'intestin, aux interstices musculaires, aux os, au cœur, à la moelle, au cerveau, etc.; cela n'a rien

d'étonnant, puisque la suffusion ictérique est générale. Il n'y a, à cet égard, que des différences de degrés : si l'ictère est un peu intense, il existe principalement dans les parties superficielles et vasculaires, comme la peau; il se montre partout quand il est plus considérable. On dit cependant qu'il n'en est pas ainsi, et l'on prétend avoir observé, car je ne l'ai pas encore vu, l'ictère local, l'ictère des parties profondes, et d'un organe en particulier, sans ictère des téguments : ainsi, Billard dit avoir observé deux fois la couleur jaune de la graisse chez des enfants naissants, et il ajoute : Lorsqu'on incisait transversalement la cuisse, la coupe du moignon présentait une ligne jaune circulaire, ayant pour siège le tissu adipeux sous-cutané, tandis que ni la peau qui était à l'extérieur, ni les muscles qui étaient au centre, n'étaient jaunes. Avant cette dissection, on ne se fût pas douté que l'enfant était ictérique. Il a aussi trouvé le périoste et le tissu des os teints en jaune, avec ou sans l'ictère général.

Il est peu probable que Billard se soit trompé quant aux phénomènes qu'il rapporte, et l'on peut accepter, sur son témoignage, ce qu'il dit de la couleur jaune de certains tissus sans ictère général; mais il y a peut-être erreur dans l'interprétation des faits. L'ictère local est tellement en dehors des lois de la pathologie, qu'il est difficile de l'accepter comme un véritable ictère : on ne le comprend pas; ou alors cette maladie n'est pas constituée par le passage de la matière colorante de la bile dans le sang. Il est probable que Billard a été la dupe de ses sens, et que, guidé par un simple phénomène, la couleur jaune, il aura rapproché des maladies de nature toute différente, et qu'il aura réuni à l'ictère, maladie essentiellement générale, des altérations locales de couleur dans quelques tissus, altérations indépendantes de l'affection qui nous occupe.

L'hépatite aiguë donnant lieu à l'*ictère des nouveau-nés* se présente sous deux formes distinctes, l'un *simple, vulgaire*, l'autre *maligne* : la première est faible et légère; l'autre, au contraire, est grave et très intense.

§ I. — Hépatite simple du nouveau-né.

L'hépatite aiguë, faible, ou *hépatite vulgaire*, se montre chez le tiers des enfants peu après la naissance. Elle s'annonce par une coloration jaunâtre qui se mêle à la couleur rouge de la peau chez tous les nouveau-nés, et devient dès lors difficile à connaître : c'est l'*ictère*. La peau est d'un jaune rougeâtre et, si l'on applique le doigt à sa surface, au lieu de blanchir, elle jaunit sous la pression et redevient aussitôt rouge. Plus tard, au bout de deux ou trois jours, l'ictère est très apparent; la couleur rouge de la peau s'évanouit, et la teinte ictérique persiste.

La coloration jaunâtre de la peau n'est pas, comme l'ont dit Billard et Valleix, une ecchymose résultant de la congestion sanguine des téguments au moment de la naissance, car elle existe ailleurs que sur la peau. On la trouve aussi sur les conjonctives, à la voûte palatine, à la face inférieure de la langue et dans les urines que l'on ne peut recueillir, il est vrai, mais qui donnent au linge une couleur jaune caractéristique. Quand on peut en avoir, elles précipitent un peu d'albumine et offrent tantôt une teinte brune et tantôt une zone bleuâtre rosée transversale de matière colorante biliaire. — M. Albert Robin a trouvé un produit nouveau dans l'urine d'un nouveau-né ictérique; c'est une matière spéciale, composée de masses jaunes, de corps très irréguliers, d'un volume variable, tantôt isolées, tantôt contenues dans des tubules; il regarde ces masses jaunes comme des transformations des globules rouges (1).

Les reins renferment souvent ces infarctus uratiques jaunes décrits par Giraldès, puis par Virchow, et dans le sang on trouve un grand nombre de petits cristaux en aiguilles, des rhomboïdes de bilirubine, de masses amorphes, de pigment biliaire, que l'on considère comme jouant un rôle producteur de l'ictère. — C'est encore à démontrer. — Les matières fécales conservent leur apparence et ne deviennent que très rarement grisâtres comme chez l'adulte.

Le ventre est légèrement tendu et douloureux au niveau de l'hypochondre droit, la pression est pénible et le foie déborde beaucoup les côtes. La peau est modérément chaude, le pouls de 110 à 120; les fonctions digestives sont d'ailleurs en assez bon état.

Au bout de quatre à six et dix jours, la coloration jaune commence à disparaître pour faire place à la teinte rosée naturelle de la peau des jeunes enfants.

L'hépatite vulgaire et l'ictère qui l'accompagnent se distinguent de la *coloration jaunâtre physiologique* de la peau des nouveau-nés, en ce que la couleur jaune est bien prononcée, beaucoup plus générale, et se montre en même temps sur les conjonctives et sur la muqueuse buccale dans l'ictère de l'hépatite, tandis qu'il n'en est pas ainsi dans ce qu'on appelle la coloration jaunâtre de la peau des nouveau-nés.

Pronostic. — Cette forme de l'ictère avec faible hépatite n'a rien de grave et sa marche n'est jamais entravée par des accidents sérieux. Elle se termine toujours favorablement, sans le secours d'aucune médication spéciale.

Traitement. — Il faut traiter l'hépatite vulgaire par des bains tièdes, simples ou aromatiques, pendant une demi-heure et répétés une ou deux fois par jour. Il faut faire de légères frictions avec des spiritueux sur le ventre et sur la région du foie. Il faut enfin couvrir les enfants avec de la flanelle. Ces moyens suffisent pour faire disparaître la maladie en peu de jours.

Lorsqu'elle est accompagnée d'entérite ou de sclérème, il faut, en outre, mettre en usage les médicaments conseillés dans le chapitre consacré à l'histoire de ces maladies.

§ II. — Hépatite maligne du nouveau-né ou ictère grave.

Cette seconde forme de l'hépatite aiguë constitue l'ictère grave, ce que d'autres appellent probablement l'*atrophie aiguë du foie*. Elle se rencontre beaucoup plus rarement que la précédente, et la plupart des médecins ne l'ont peut-être jamais observée; Baumès, Richard (de Nancy), Martin (de Lyon), Henke, en ont vu quelques exemples.

Causes. — L'hépatite grave ou *maligne* se développe dans les mêmes conditions que l'hépatite *simple*, seulement ses lésions anatomiques, sa marche et sa terminaison fâcheuse l'en séparent d'une manière absolue, tout comme il faut séparer la variole, la scarlatine et la rougeole vulgaire de la scarlatine et de la variole malignes.

Ici, la lésion anatomique n'est plus simplement un ictère général avec congestion sanguine du foie accompagnée de l'hypertrophie de l'organe, ce qui a lieu dans l'hépatite vulgaire; il y a, en outre, ramollissement considérable, décoloration partielle des granulations hépatiques, état gras de l'or-

(1) Voir la figure 100.

gane, dégénérescence graisseuse des cellules hépatiques et, çà et là, des foyers de suppuration disséminés dans les lobes du foie. Baumès, Richard et Martin (de Lyon) ont, ainsi que je l'ai déjà dit, rapporté plusieurs cas de ces suppurations multiples du foie, avec ou sans abcès dans d'autres régions du corps.

Dans ce dernier cas, il est bien probable que l'hépatite est la conséquence d'une phlébite ombilicale, et que les abcès disséminés sont la manifestation anatomique d'une infection purulente.

Symptômes. — Les enfants nouveau-nés affectés d'hépatite maligne ont la fièvre. Leur visage est injecté; la peau du corps chaude, rouge, jaunâtre, puis complètement jaune; les conjonctives et le dessous de la langue jaunâtres, et les urines très colorées en jaune salissent le linge. L'ictère est toujours parfaitement caractérisé.

Le ventre est dur, tendu, douloureux à l'hypochondre droit, et le foie tuméfié 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.

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.

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 érysipélateuses 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.

Le docteur Lœschner (1) a décrit sous le nom d'*atrophie aiguë du foie des enfants* une maladie rare que nous ne connaissons en France que sous le nom d'*ictère grave* ou d'*hépatite maligne*. — Celle-ci est de la seconde enfance.

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.

Symptômes. — 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,

(1) Lœschner, *Allg. med. Central-Zeitung*, 1855, n° 68.

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. 100). 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.

FIG. 100. — Sédiments urinaires dans l'atrophie aiguë (*).

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 considérable, 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 émollientes 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.

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 gangreneux, il faut ouvrir

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

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.

§ III. — Hépatite chronique des nouveau-nés.

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 incomplets et ne peuvent servir à l'histoire de cette maladie. Je ne l'ai pas observée moi-même, car elle est très rare ; 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 congénitale, 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 considérer comme une hépatite vénérienne chronique. Je me réserve de la décrire 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 termine 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 excrétions alvines sont jaunes et de consistance normale ; aucun vomissement. Le ventre volumineux, dur, offre à l'hypochondre droit une tumeur considérable, arrondie, fluctuante, pulsative.

Le 1er 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.

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

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 réséquée 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, la foie remplit l'ouverture circulaire, à la partie supérieure de laquelle il existe une échancrure de 0m,03 de longueur sur 0m,015 de profondeur. Le pus, toujours abondant, est devenu fétide, mélangé de détritus 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 0m,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

ICTÈRE GRAVE DES NOUVEAU-NÉS

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*.

Le docteur Laroyenne a rencontré cette affection sur dix-huit nouveau-nés dans le dernier semestre de l'année 1872, et qu'il ne connaissait pas auparavant.

Symptômes. — Elle 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 assez 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 langes souillés par l'urine sont tachés d'une auréole sanglante.

Lésions anatomiques. — A l'autopsie, les viscères, foie, rate et poumon, ne présentent qu'une congestion intense, sans altération particulière ; les vaisseaux contiennent un sang noir, poisseux ; le liquide céphalo-rachi-

dien 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 ces maladie.

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

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

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,* à l'état *aigu* et à l'état *chronique.*

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 et le passage de la bile dans le sang, 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. C'est exactement comme chez l'adulte.

L'*hépatite chronique* est rare. J'en ai vu plusieurs exemples. Les causes me sont inconnues. L'enfant est maladif, digère mal, vomit quelquefois ou a de la diarrhée avec ou sans ictère. Le foie est tuméfié dans son grand lobe et dans son petit lobe, et dans tous les deux à la fois. Il dépasse les côtes de deux à trois travers de doigt. Il est lisse, dur, élastique, sans bosselure appréciable et indolent, parfois il est tellement gonflé qu'il fait relief, pousse l'épigastre en avant et donne une sensation trompeuse de flectuation. Dans ces cas, il y a ictère, les urines précipitent de la bile et les excréments sont

(1) Pincus, *Eulenberg's Vierteljahrsschr. f. gericht. Mediz.*, XXII, 1875.

blancs. La fièvre s'allume, et l'enfant succombe. A l'autopsie, j'ai trouvé trois fois une hypertrophie considérable de tout l'organe caractérisé par l'hypertrophie de la charpente fibreuse du foie et diminution de volume des grains glandulaires, sans dégénérescence du tissu.

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 (1).

CHAPITRE V

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 autre formés de poches à *hydatides* avec *échinocoque.* 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.

(1) Voyez ICTÈRE GRAVE, p. 639.

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'appetti, 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 de 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 renfermait 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 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 apas 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 ne 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. Cest un fait qu'on a vu déjà bien des fois. 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.

Quant aux kystes hydatiques du foie dans la seconde enfance, il faut les opérer comme on le fait chez les adultes.

CHAPITRE VI

DÉGÉNÉRESCENCE GRAISSEUSE DU FOIE

Dans le cours de maladies aiguës ou chroniques de l'enfance, le foie peut subir la *dégénérescence graisseuse*, mais ce n'est jamais une maladie primitive. J'en ai vu de nombreux exemples.

Sur 222 autopsies faites sur des enfants dont 131 avaient de un à quatre ans, Steiner et Neurenter ont rencontré 188 fois l'infiltration graisseuse du foie et 34 fois une véritable dégénérescence graisseuse. Parmi les altérations anatomo-pathologiques 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 chronique* considérée comme cause; puis les exanthèmes paraissant sous l'influence de l'état général du sang. La stéatose du foie s'observe aussi dans les maladies des os, comme la carie tuberculeuse, 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 graisseuse. Enfin, on la rencontre avec la bronchite, la pneumonie, la pleuro-pneumonie chronique et les maladies du cœur (2).

CHAPITRE VII

CANCER DU FOIE.

Le cancer du foie est très rare dans la seconde enfance. J'en ai vu trois exemples chez des filles de douze, de treize et de quatorze 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 cancéreuses et renfermait en outre trois kystes dont la nature n'a pas été indiquée.

Sur l'une de mes malades, le foie débordait les côtes de cinq travers de doigt et le petit lobe descendant jusqu'à l'ombilic était saillant, bosselé, mou, fluctuant. Je crus à un abcès et j'ouvris.— J'entrai dans une masse charnue, molle, sanguinolente, ne renfermant ni sérosité ni pus, et les débris, examinés au microscope, furent considérés comme étant constitués par les éléments

(1) Frerichs, *Traité pratique des maladies du foie*, 3e édition. Paris, 1877.
(2) *Wiener medic. Wochenschr.*, décembre 1865.

du cancer. — L'enfant vécut plusieurs jours dans les salles, sans autre accident, et fut emmenée dans sa famille, où elle mourut.

CHAPITRE VIII

CIRRHOSE DU FOIE

La cirrhose du foie n'existe pas chez les nouveau-nés, et le fait cité par Despine est une erreur (1).

OBSERVATION. — Un nouveau-né ayant de l'ictère, un peu d'hémorrhagie ombilicale, quelques ecchymoses sous-cutanées, des selles sanglantes, et qui mourut au 23e jour. Le foie vert olive est très gros et la vésicule remplie de bile verte boueuse.

La veine ombilicale renferme près du nombril une caillot en voie d'organisation. Il y a des ecchymoses dans les reins, dans le cœur et dans l'estomac. Dans le foie, on constate une prolifération conjonctive de cellules de tissu embryonnaire placées dans les espaces interlobulaires. Les cellules hépatiques ont conservé leur forme, renferment çà et là des granulations moléculaires, mais pas de graisse.

Est-ce bien là de la cirrhose, comme l'affirme un peu légèrement M. Despine? Il est permis d'en douter.

Elle s'observe rarement chez les enfants à la mamelle, et en voici un exemple.

Thomas Oliver (2) a vu un enfant de trois mois qui avait le ventre gros et qui saignait souvent au nez, chez lequel il crut reconnaître une cirrhose du foie. L'autopsie révéla la présence de cette lésion, qui fut attribuée à la syphilis, bien qu'il n'y ait eu aucune manifestation cutanée.

La cirrhose est très commune dans la seconde enfance, et elle s'y développe sous l'influence des maladies du cœur, comme chez l'adulte.

Dans un cas publié par Archambault chez un enfant de 6 ans affecté d'ascite, il n'y avait aucune cause appréciable à la cirrhose qui fût constatée à l'autopsie.

L'examen histologique, fait au laboratoire de M. Vulpian par MM. Déjerine et Cossy, montre que les lésions ressemblent assez à celles que l'on trouve dans le foie cardiaque. Les cellules hépatiques sont déformées, aplaties, et presque complètement atrophiées par le développement énorme et la distension des canalicules veineux et des capillaires; elles sont légèrement pigmentées. Les dilatations vasculaires forment la plus grande partie de la masse du foie ; elles sont remplies par les globules sanguins, dont les contours sont très nets.

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 com-

(1) Despine, *Manuel pratique des maladies de l'enfance*, 3e édition. Paris, 1884, p. 758.
(2) *The British med.* 5 juin 1880.

position 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 (1) tirent les conclusions suivantes : 1° 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° la quantité moyenne de la première miction est de 8 centimètres cubes ; 3° pendant les dix premiers jours, la quantité d'urine n'est pas constante, elle varie de 12 à 61 centimètres cubes ; 4° 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° 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° la densité de la première urine est en moyenne de 1010,5 ; 7° pendant les autres jours, elle varie de 1002,7 à 1010 ; 8° dans l'urine de chaque enfant on note de l'albumine pendant un ou plusieurs jours ; 9° on trouve des chlorures dans toutes les excrétions ; 10° la quantité moyenne d'urée est de 0,321 pour 100 ; 11° on trouve toujours de l'acide urique dans la première urine ; sa quantité augmente jusqu'au troisième jour, puis elle diminue ; 12° 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 urinifères, et des cristaux d'acide urique.

Ces observations ont été refaites par Parrot et A. Robin (2), mais les travaux antérieurs ne sont pas mentionnés dans leur travail. D'après eux :

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

« Dans des circonstances tout à fait exceptionnelles, l'urine peut donner un très léger dépôt, formé de cristaux d'acide urique, ou d'oxalate de chaux, ou d'urate de soude (urine du premier jour, alimentation insuffisante ou vicieuse, etc.). Les ferments végétaux paraissent s'y développer plus rapidement que dans l'urine des adultes.

« Elle a une réaction neutre au papier de tournesol. L'acidité de l'urine indique le plus souvent un intervalle trop long entre les tetées, et, dans un certain nombre de cas, peut mettre sur la voie d'un état pathologique.

« L'urine des nouveau-nés contient, en moyenne, par litre, 3gr,03 d'urée, soit 0gr,80 par kilogramme chez un enfant de 3,850 grammes ; mais dans les vingt-quatre heures, un nouveau-né de onze à trente jours rend environ 0gr,90 d'urée, soit 0gr,23 par kilogramme de son poids. »

Nous reproduisons ces chiffres d'après le texte des auteurs, mais sans les comprendre suffisamment. Si l'urine des nouveau-nés contient 3gr,03 d'urée par litre, et si le nouveau-né ne rend que 0gr,90 d'urée par vingt-quatre heures, il en résulterait que la quantité totale d'urine rendue en vingt-quatre heures ne serait guère que d'un quart de litre. Est-ce ainsi qu'il faut l'entendre ? Parrot et A. Robin auraient bien fait de déterminer la quantité moyenne de l'urine excrétée.

L'âge, le poids et la température influencent notablement la quantité d'urée. Lorsque les urines de deux enfants dont l'âge, le poids et la température diffèrent, présentent des quantités inégales d'urée, avant d'expliquer cette différence par un état pathologique, on devra s'assurer que l'excédent d'urée

(1) *Centralblatt für med. Wissenschaften*, n° 24, 1875.
(2) A. Robin, *Essai d'Urologie clinique, la fièvre typhoïde*, Paris, 1877.