

fonctionnelle plus grande. L'hypersecretion de bile est du reste favorisée d'abord par la congestion du foie survenant après l'interruption de la circulation placentaire, ensuite par le péristaltisme intestinal amenant un afflux plus grand de sang vers le système porte, enfin par la résorption des acides biliaires à la surface de l'intestin. Il se peut cependant que cette hypersecretion n'arrive pas à élever la pression au point de faire avancer dans les canaux biliaires la bile visqueuse. La bile passe alors de la cellule même dans la voie lymphatique et sanguine, et ce passage se manifeste cliniquement par l'ictère. De cette façon, l'ictère des nouveau-nés serait en dernière analyse une anomalie de sécrétion des cellules hépatiques.

* * *

DIAGNOSTIC DE LA PNEUMONIE CHEZ LES JEUNES ENFANTS.

Dans une récente clinique à l'Hôpital des Enfants-Assistés, Variot étudie les moyens cliniques de préciser ce diagnostic.

Deux enfants âgés l'un de quatre-ans, l'autre de trois ans, ont été pris soudainement de fièvre forte, avec de grandes oscillations thermiques, de 40° à 37°5 le matin : c'est ce que M. Variot appelle les pneumonies à température oscillante.

Chez des sujets aussi jeunes, le diagnostic de la pneumonie est difficile, parce qu'il peut n'y avoir aucun signe autre que la brusquerie de la fièvre. Une manœuvre qui réussit quelquefois consiste à pratiquer une percussion minutieuse sous les clavicules en plaçant le cou de l'enfant sur un petit billot formé d'un coussin ou de compresses, de façon à renverser la tête et à faire saillir les creux sous-claviculaires. On trouve ainsi une légère diminution de sonorité et souvent d'élasticité, bien avant d'entendre aucun signe à l'oreille et de voir aucun trouble fonctionnel. Il n'y a pas de dyspnée, ni de point de côté, pas même de toux.

Chez l'un de ces petits malades, il y avait quelques râles sous-crépitaux à la base.

On a signalé l'immobilisation de la paroi thoracique du côté de la pneumonie. C'est un signe inconstant. On peut être trompé par une lésion préexistante du sommet.

Parfois, au lieu de matité, on trouve du tympanisme, tenant à l'emphysème vicariant.

Dans certains cas, la maladie se traduit uniquement par la fièvre. Cela dure quelques jours. La fièvre tombe sans qu'aucun signe révélateur ait éclairé le diagnostic. Ce sont des infections pneumococciques.

Très grave chez le vieillard, très grave aussi chez les nourrissons (à cette époque n'importe quelle maladie est grave), la pneumonie est au contraire très susceptible de guérison chez les enfants de deux à six ans (5 p.c. de mortalité). M. Variot cite le fait suivant : deux enfants sont atteints de pneumonie ; dans la même maison habite le grand-père, visitant les malades de temps à autre ; il est atteint de pneumonie et succombe en six jours ; les deux enfants guérissent.

FIÈVRE TYPHOÏDE CHEZ LE BÉBÉ

On sait la rareté de cette affection chez le nourrisson. Crozer Giffith en rapporte trois cas dans les *Archives of Pediatrics*, que nous croyons intéressant de résumer.

10. Garçon de cinq mois, reçu au *Philadelphia Hospital* le 12 mai 1902, avec sa mère, qui avait une fièvre typhoïde. L'enfant est bien jusqu'au 25 mai ; il a alors de la fièvre, des selles diarrhéiques et vertes, un ventre ballonné, de l'agitation. Le 28, état plus grave ; le 30, taches rosées sur le ventre et les bras ; rate grosse. Le 3 juin, séro-réaction positive ; défervescence le 5 (douzième jour). Dans la nuit du 8 au 9, deux hémorragies intestinales, vomissements, vives douleurs abdominales, cris, refroidissement des extrémités. Le 10, amélioration. Mort le lendemain. A l'autopsie, gonflement des plaques de Peyer, des follicules, de la rate, pas d'ulcération.

20. Fille de neuf mois, vue en consultation avec le Dr Asher le 1er janvier 1907. Fièvre attribuée à la dentition depuis quatre ou cinq jours. Constipation, un vomissement, fièvre vive (40 degrés). Pâleur, ventre distendu, taches rosées. Contagion probable par l'eau du bain. Le 30-décembre, toux plus accusée, râles de bronchite. Le 1er janvier, séro-réaction positive. Pas de fièvre après le 17 janvier ; anorexie jusqu'au 25 ; la fièvre reparait, la rate redevient palpable, nouvelles taches rosées (rechute). Le 10 février, taches disparues, rate normale. Eruption de furoncles, fièvre rémittente. Guérison.

30. Fille de neuf mois. Il y a un an, le père a eu la fièvre typhoïde ; à cette époque, un autre enfant fut atteint, puis une fillette de six ans. En janvier 1907, l'enfant a de la fièvre, qu'on attribue à la dentition. Vomissement, anorexie, diarrhée, affaiblissement, etc. Le 7 février, on l'apporte à l'hôpital. Rate grosse, taches rosées sur le ventre. Séro-réaction positive. Guérison malgré un gros abcès de la région sacrée, une otite, une vulvo-vaginite, etc.

* * *

HEMOTHORAX CHEZ UN NOURRISSON.

L'hémothorax n'est pas nécessairement mortel, ainsi qu'en témoigne ce cas de Northrupp (*Arch. of Ped.*) :

Enfant de cinq mois, chétif, pâle, dyspnéique (80 respirations). Poumon gauche moins expansif que le droit, mat du haut en bas, cœur déplacé : pas de fièvre.

La radioscopie montre l'opacité totale du poumon gauche. Ponction avec l'appareil Potain, dans le sixième espace, sur la ligne axillaire, l'enfant reposant sur le dos. On retire 60 grammes de sang, sans incident : pas de pus ni de caillots. L'enfant guérit rapidement, sans nouvelle ponction. L'examen du sang montre des hématies normales, avec peu de leucocytes.

Un an après, l'enfant est bien, tout en conservant une respiration précipitée. D'où venait l'hémothorax ? La recherche des bacilles de Koch a été négative.