

Prusse, et dans presque tous les États allemands où règne la religion protestante, les maisons d'enfants trouvés, œuvre essentiellement catholique due à la charité ardente et dévouée de saint Vincent de Paul, n'existent pas. On ne peut voir le sclérème que dans les maisons de Maternité, où les enfants ne se séparant pas de leur mère, sont beaucoup moins exposés aux influences extérieures nuisibles. On conçoit que les hospices d'enfants trouvés, plus ou moins éloignés des lieux où les mères accouchent, offrent une condition très-défavorable. Le transport des enfants s'opère souvent la nuit, sans précaution, et ensuite les formalités de l'admission et de l'enregistrement prolongent la durée des influences fâcheuses. L'enfant, à l'étroit dans son maillot, s'engourdit; l'urine qu'il a rendue et qui inonde ses langes se refroidit, en même temps l'alimentation lui manque. On juge dès lors combien sont actives, dans ces circonstances, les causes de sclérème et de mortalité.

Il y a lieu aussi de noter l'influence des maladies coïncidentes dans les maisons hospitalières. M. Elsaesser a fait à ce sujet la remarque très-digne d'attention que le sclérème aigu, comme l'érysipèle des nouveaux nés, fut très-fréquent en 1849 et 1850, alors que la fièvre puerpérale régnait à la maison d'accouchements de Stuttgart (2).

C. — Symptômes du sclérème aigu.

a. — *Prodromes; début.* — On reconnaît qu'un enfant est menacé du sclérème lorsqu'il est faible, qu'il ne crie que d'une voix presque éteinte, qu'il ne semble respirer qu'à demi, que les battements de son cœur et de son pouls se sentent à peine, qu'on parvient difficilement à réchauffer ses membres.

Si le danger devient imminent, une teinte pâle jaune et de petits mouvements d'écartement des bras se font remarquer.

Quelquefois le début a lieu sans préludes, peu d'heures après la naissance.

(1) Archives, 5e série, t. 1, p. 539.

b. — *Symptômes locaux et généraux.* — 1° L'un des phénomènes les plus frappants et les plus ordinaires est un *changement dans la coloration*. Une teinte un peu pâle jaunâtre peut précéder le développement de la maladie; mais on remarque bientôt une certaine lividité vers les extrémités, une teinte violacée qui se répand sur presque tout le corps.

Cette coloration est souvent rougeâtre et d'aspect érysipélateux. Elle peut échapper à l'observateur, parce qu'elle disparaît rapidement; mais M. Elsaesser l'a fréquemment constatée (1). Elle est ensuite remplacée par cette teinte livide pâle qui vient d'être mentionnée; de plus, la face présente une couleur analogue à celle de la cire blanche jaunie par le contact de l'air.

2° Diverses parties se *tuméfient* plus ou moins. Ce sont ordinairement les membres, et surtout les inférieurs. De là quelques déformations apparentes; les jambes semblent arquées; la plante des pieds devient convexe.

Cet engorgement se manifeste à l'hypogastre, sur les membres supérieurs, au cou, à la face; jamais, dit Auvity (2), sur les parties antérieures et postérieures du thorax. Cependant il est quelquefois général.

3° Les diverses régions présentent au toucher une résistance remarquable, une *dureté* comparable à celle du carton ou du bois. Ce phénomène est celui qui a toujours paru le plus significatif. Il a servi dès les premiers temps à désigner la maladie. A l'hospice des Enfants-Trouvés de Paris, les petits malades étaient nommés *enfants durs* (3); à Lyon, *durs* (4).

Les parties engorgées, les extrémités, quelques régions d'un ou de plusieurs membres, le dos, l'hypogastre, peuvent offrir des indurations partielles (5). Hulme avait remarqué des

(1) Archives, 5e série, t. 1, p. 546.

(2) P. 341.

(3) Andry.

(4) Richard; *Maladies des Enfants*, p. 475.

(5) Andry; 3e, 5e, 6e Obs. — Auvity, p. 342. — Blanche, p. 10.

saillies arrondies, circonscrites, quelquefois allongées (1). M. le Dr Borchard a constaté chez plusieurs sujets l'existence de ces espèces de noyaux indurés, et il en a déduit des considérations qui peuvent avoir de l'intérêt sous le rapport médico-légal (2).

Les régions dorsales des mains et des pieds étant tuméfiées, donnent sous le doigt la sensation de l'œdème, tandis que les autres parties sont très-dures (3).

L'endurcissement s'étend, dans les cas graves, à toute l'étendue du tissu cellulaire. La face, le dos, le pubis, les parties sexuelles, les membres, en sont alors affectés.

La dureté varie. Quelquefois elle n'est pas telle qu'une pression forte ou continue, comme celle des vêtements, ne laisse une empreinte assez marquée. Ordinairement les tissus semblent pris en masse et comme congelés. On ne pourrait faire exécuter aucun mouvement de glissement de la peau. Cependant, cette résistance est souvent moindre en certains endroits, à l'abdomen par exemple, qu'aux membres (4). Elle est rare aux paupières, aux bourses, là où le tissu cellulaire est lâche et dépourvu de graisse (5).

Cette dureté affecte chez quelques enfants la face et principalement les joues, où l'on sent comme une boule solide.

Du reste, l'induration est un phénomène extrêmement manifeste pendant la durée de la maladie. Elle peut diminuer vers la fin sans que l'issue de celle-ci en soit rendue plus favorable (6). Elle n'est point un résultat de l'agonie, ou de la mort et du refroidissement cadavérique, comme l'a prétendu Valleix.

4° Un phénomène presque aussi constant que l'induration est le *refroidissement* des parties affectées. C'est surtout aux membres inférieurs que ce symptôme apparaît de la manière

(1) *Mém. de la Soc. roy. de Méd.*, t. IX, p. 404.

(2) *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1858, p. 223.

(3) Elsaesser, p. 540.

(4) Léger, p. 19.

(5) Troccon; *Journ. de Méd.*, 1815, t. III, p. 283.

(6) Michaelis, p. 27.

la plus sensible. Il a lieu, sans être très-prononcé, dans les cas légers (1). Le thorax peut conserver encore une chaleur presque normale (2). Les exemples de conservation générale de la température ordinaire doivent passer pour des exceptions, tant ils sont rares (3). Il peut exister alors une complication de nature inflammatoire, comme une pneumonie.

L'enfant refroidi ne se réchauffe qu'à la manière d'un corps inerte, c'est-à-dire par la pénétration extérieure du calorique; et dès que l'on cesse d'entretenir celui-ci, le froid ne tarde pas à se reproduire.

On a cherché à déterminer exactement, par le moyen du thermomètre, les différences de températures que le toucher avait fait reconnaître.

Bednar a vu le mercure descendre de 28 à 25° et même à 21° Réaumur (4).

Les observations de M. Henry Roger portent un cachet d'exactitude qui doit les faire accueillir avec une grande confiance.

La température normale chez les enfants de un à sept jours est en moyenne de 37°08 centigrade. M. Roger l'a trouvée, chez 19 enfants atteints de sclérème, inférieure à 33 degrés, et chez 7 autres au-dessous de 26.

Ainsi, lorsque dans la plupart des maladies le thermomètre ne présente que de faibles variations, ici on a pu constater un abaissement de 10 ou 11°.

M. Roger a trouvé des différences selon les parties examinées. Aux pieds, la température a varié de 25 à 31°; aux mains, de 24 à 29°; aux aisselles, de 22 à 33°; dans la bouche, de 22 à 26° (5).

M. Elsaesser a fait aussi quelques recherches thermométriques. Il a vu le thermomètre de Réaumur ne marquer que

(1) Blanche, p. 10.

(2) Auvity, p. 342.

(3) *Ibid.*, p. 343.

(4) Goupil, p. 12.

(5) *Archives*, 1845, 4^e série, t. VIII, p. 17.

20° sous l'aissèle, et 23, 19 et 17° dans la bouche; tandis que chez des enfants sains placés dans le même milieu, le même thermomètre donnait 24° dans la bouche et 27 sous le creux axillaire (1).

Le refroidissement réel est donc un phénomène des mieux constatés. Il a lieu dans toutes les saisons.

5° Le petit malade est ordinairement dans une *immobilité* complète; ses yeux, sa bouche, sont inanimés; il semble assoupi. Cependant, quand on l'observe quelques instants, on le voit soulever légèrement les paupières, comme pour annoncer qu'il ne dort pas ou qu'il n'est pas encore mort.

L'immobilité est d'autant plus grande que l'induration est plus générale; mais quelquefois, malgré cette rigidité, il se produit de petits mouvements spasmodiques, soit de la mâchoire inférieure, soit des lèvres, soit des membres (2).

6° Lorsque la maladie commence, l'enfant pousse de temps à autre quelques *cris plaintifs*. Mais quand le mal a fait des progrès, on n'entend qu'un *son faible, grêle*, peu distinct (3).

7° La *respiration* est ordinairement courte, gênée; elle s'opère plus par les mouvements du diaphragme que par ceux du thorax, qui semble immobile. La position horizontale, une pression quelconque, paraissent augmenter la gêne de la respiration. Dugès a remarqué quelquefois une espèce de léger hoquet (4); mais on ne distingue ni bâillements ni efforts d'inspiration (5).

La respiration est un peu accélérée. M. Blanche a compté de 25 à 30 inspirations par minute. Deux fois il y en avait 45 (6). M. Roger les a vu varier de 14 à 59 (7).

(1) *Archives*, 5^e série, t. I, p. 541.

(2) Andry. — Dugès.

(3) Je crois que l'expression de *stridulum*, employée par Hulme (p. 404), n'est pas exacte. L'enfant ne pousse pas un son bruyant; celui que j'ai entendu était plutôt étouffé.

(4) Thèse, p. 85.

(5) Michaelis, p. 36.

(6) P. 14.

(7) *Archives*, 4^e série, t. VIII, p. 19.

La percussion donne parfois plus de sonorité d'un côté que de l'autre. Il y a souvent de la matité en arrière.

On a observé un léger bruit de souffle expansif, quelquefois suivi d'un temps d'arrêt, auquel l'expiration succédait (1). On n'a pas remarqué de râle crépitant (2).

8° Le *pouls* est en général très-petit, difficile à compter, et souvent l'engorgement du tissu cellulaire de l'avant-bras ajoute à cette difficulté. Lorsqu'on peut le compter, on trouve d'assez grandes différences. M. Roger l'a vu varier de 60 à 140 (3). M. Elsaesser a plusieurs fois trouvé 80 pulsations (4).

Les *battements du cœur* sont également peu appréciables. M. Blanche a trouvé qu'ils se répétaient de 70 à 90 fois par minute (5).

9° La *langue* est souvent rouge dans toute son étendue ou sur ses bords, ou couverte d'un enduit muqueux. Elle est sèche. L'enfant ne prend le sein qu'avec peine. La *déglutition* est difficile. Le lait est parfois rejeté par les narines (6). Les boissons sont vomies peu de temps après leur ingestion. Il y a souvent de la *diarrhée*, surtout vers la fin. M. Elsaesser a observé une abondante émission d'urine, qui était très-albumineuse (7).

10° La *nutrition* est non-seulement enrayée, mais diminuée notablement. L'enfant perd rapidement de son poids. Cette perte peut être, en peu de jours, selon Elsaesser, de 200 à 300 grammes. Un enfant né avant terme, qui pesait à sa naissance 4 livres 3 onces, ne pesait plus après la mort que 2 livres 2 onces et demie (8).

11° Divers symptômes peuvent apparaître encore vers la fin de la maladie. On a vu des bulles se former sur les extré-

(1) Blanche, p. 13.

(2) *Ibid.*, p. 14.

(3) *Archives*, 4^e série, t. VIII, p. 19.

(4) *Archives*, 5^e série, t. I, p. 541.

(5) Thèse, p. 11 et 14.

(6) Troccon, p. 61.

(7) *Archives*, 5^e série, t. I, p. 541.

(8) *Ibid.*, 5^e série, t. I, p. 540.

mités (1), ainsi que des taches gangréneuses. On a observé la gangrène des lèvres (2).

D. — Variétés du sclérème aigu.

Il est des symptômes constants; ce sont l'induration, le refroidissement et la torpeur. Les autres phénomènes présentent des différences selon les sujets, et surtout selon les degrés d'intensité et selon les localisations spéciales du sclérème.

M. Blanche a pu distinguer un sclérème léger et un sclérème grave. Le premier affecte les extrémités, n'empêche pas la nutrition, permet à l'enfant de crier, d'exécuter quelques mouvements; le second anéantit les forces en s'étendant à presque toute la surface, qui est comme congelée; il s'accompagne de spasmes et cause rapidement la mort.

Une autre distinction, qui s'appuie principalement sur les recherches nécroscopiques, fut signalée en premier lieu par Dugès. Elle a été confirmée par M. Dehis, par Billard, par Valleix, par M. Pastorella et par d'autres observateurs. Elle résulte de la différence des éléments organiques principalement affectés, le siège spécial de la maladie étant soit dans le tissu cellulaire proprement dit, soit dans le tissu adipeux. Ces deux systèmes, juxta-posés sous le derme, peuvent être affectés isolément par le sclérème. Lorsque c'est le tissu cellulaire, la maladie commence par un engorgement œdémateux. Quand c'est le tissu adipeux, l'induration parvient de suite au plus haut degré.

Cette distinction est importante. Le sclérème œdémateux dépend assez souvent de l'impression du froid humide. Il affecte d'abord les extrémités inférieures, qui se refroidissent et prennent une teinte violacée. Le gonflement est assez considérable, et la distension des téguments sur le dos du pied leur donne comme une demi-transparence. La dureté n'est pas très-grande. La pression du doigt laisse une empreinte

(1) Blanche, p. 13.

(2) Troccon, p. 46.

dans les commencements. L'enfant peut exécuter quelques légers mouvements et crier, quoique faiblement.

La seconde variété, qu'on a nommée *endurcissement adipeux*, ou *concret*, ou *compacte*, se distingue par une grande dureté dès le début; on dirait du suif figé. Il n'y a ni empatement ni élasticité. Le froid des parties affectées est très-grand, la roideur très-marquée; la couleur en est blanche, terne, comme celle de la vieille cire. Aux membres, cette teinte est plutôt violacée. Cette variété du sclérème affecte surtout les parties où le tissu adipeux est le plus abondant, comme les joues, les fesses, le dos, le côté externe des membres. Elle s'accompagne souvent des indices d'une congestion pulmonaire.

La variété œdémateuse est fréquente en France et en Italie. La variété adipeuse paraît être plus commune en Angleterre. C'est celle-ci qui a servi de type aux descriptions de Hulme et d'Underwood.

Lorsque les deux variétés coïncident, il en résulte un sclérème séro-adipeux, comme l'appelle M. Denis.

Valleix, après avoir adopté les idées de Dugès et de Billard sur la division du sclérème en œdémateux et adipeux, est allé plus loin. Il a voulu faire de ces deux variétés deux espèces, ou plutôt deux maladies très-différentes. Il a considéré la première comme un simple œdème constituant l'une des manifestations de l'asphyxie lente à laquelle le nouveau né est sujet; la seconde, comme un phénomène plutôt cadavérique que morbide, n'ayant rien de commun avec l'autre (1). D'après Valleix, ce sclérème adipeux devrait donc être rayé du cadre nosologique.

Cette opinion a été examinée et discutée par M. Thirial (2). Elle pèche en ce qu'elle est trop absolue. D'une part, l'œdème n'est point précédé d'une véritable asphyxie. La respiration est faible, mais elle s'opère. Le sclérème est quelquefois partiel, tandis que l'asphyxie devrait exercer une influence gé-

(1) *Maladies des Enfants*, p. 641.

(2) *Journ. de Méd.* de Trousseau, 1845, p. 137.

nérale. D'autre part, l'endurcissement adipeux n'est point un effet de l'extinction de la vie, ce n'est point un phénomène cadavérique. On l'a vu se produire très-distinctement plusieurs jours avant la mort. D'ailleurs il s'est aussi montré comme phénomène initial de la maladie. En définitive, la coexistence fréquente des deux sclérèmes les rapproche très-réellement et n'en forme alors qu'une seule et même maladie, offrant aux joues, aux fesses, l'endurcissement adipeux; aux pieds et aux jambes, l'induration séreuse ou œdémateuse.

E. — *Durée, terminaison du sclérème aigu.*

Le sclérème est une maladie essentiellement aiguë. Elle ne dure ordinairement qu'un septenaire. Elle peut persister pendant le deuxième. Liberali l'a vue exister jusqu'au dix-huitième, au vingtième jour, et, dans un cas exceptionnel, jusqu'au cinquantième (1).

Lorsque l'enfant doit guérir, les parties affectées perdent de leur dureté, les articulations s'assouplissent, le froid devient moins intense, la coloration plus vermeille, la respiration plus complète et le pouls plus distinct.

Le sclérème ne produit jamais de suppuration.

La mort s'annonce par l'augmentation de la torpeur, par l'impossibilité d'avaler, par les mouvements spasmodiques de la mâchoire, par la diarrhée. Cette terminaison funeste a lieu du deuxième au quatrième jour, et quelquefois les jours suivants jusqu'au douzième (2).

F. — *Complications du sclérème aigu.*

1° Une complication très-fréquente du sclérème est l'ictère, lequel se manifeste à des degrés divers (3);

2° L'érysipèle se montre quelquefois à la partie supérieure

(1) *Journ. universel*, t. XXX, p. 262.

(2) Blanche, p. 16.

(3) Dugès, Billard, Blanche, Elsaesser.

des cuisses, aux parties sexuelles, à l'ombilic; il forme une complication grave et assez fréquente (1);

3° M. Elsaesser a vu cinq fois le pemphigus coïncider avec le sclérème aigu (2);

4° L'ophtalmie purulente a été observée par Andry (3);

5° Le muguet est encore une maladie du nouveau né qui peut s'allier au sclérème (4);

6° La gastro-entérite a été constatée par M. Denis, et par Billard, un grand nombre de fois (5);

7° La pleuro-pneumonie, ou plus fréquemment la congestion pulmonaire, se montre dès le principe ou dans le cours du sclérème. La matité à la percussion en donne l'indice le plus positif;

8° La syphilis peut aussi compliquer le sclérème sous la forme de pustules et de divers autres symptômes caractéristiques.

G. — *Anatomie pathologique du sclérème aigu.*

Le cadavre est encore roide (6); sa surface semble quelquefois comme ecchymosée (7), rougeâtre ou bleuâtre (8); les vaisseaux contiennent en abondance un sang noir et fluide (9).

La peau offre en certains endroits une teinte jaunâtre; elle peut être marbrée de plaques rougeâtres, livides, violacées et irrégulières. Souvent la pression exercée sur ces plaques en diminue la rougeur (10).

Le tissu du derme divisé paraît plus dense que dans l'état normal; il fournit de la sérosité à la pression (11).

(1) Blanche, p. 15. — Pastorella, Elsaesser, Hervieux.

(2) *Archives*, p. 542.

(3) 3^e et 8^e Observations.

(4) Dugès, p. 86. — Blanche, p. 15.

(5) Cinquante fois sur soixante-dix-sept. (Billard; *Maladies des Enfants*, p. 204.)

(6) Excepté aux articulations du pied et du poignet, dit Troccon, p. 23.

(7) Auvity, p. 346.

(8) Elsaesser, p. 542.

(9) Michaelis, p. 19. — Billard, p. 205.

(10) Troccon, p. 23.

(11) Cueppers, p. 13.

Le tissu cellulaire est épaissi et résistant. Ses aréoles sont distendues par une sérosité transparente, visqueuse, comme albumineuse, rosée ou jaunâtre, qu'on voit ruisseler du tissu intermédiaire aux aponévroses et à la couche adipeuse sous-cutanée. Elle se coagule spontanément à l'air, d'après M. Chevreul (1). M. Elsaesser n'a pas confirmé cette observation (2). Ce fluide paraît avoir beaucoup d'analogie avec le sérum du sang (3).

Dans les interstices des fibres du tissu lamineux se trouve une matière composée de granules fins et de formes variées.

L'altération du tissu cellulaire ne se borne pas à celui qui correspond à la face interne du derme; elle pénètre aussi dans les intervalles intermusculaires, et quelquefois jusque dans les muscles eux-mêmes (4). Mais souvent le tissu cellulaire épaissi, induré, se sépare très-nettement des aponévroses et des muscles (5).

Le tissu adipeux a un aspect tout particulier. Ses grappes de vésicules sont remplies d'un fluide jaunâtre, dense, qui a été comparé par Andry à la graisse des cochons lardés (6). Il contient beaucoup de stéarine (7).

Tantôt cette matière est solide et presque sèche, tantôt elle plonge au milieu du fluide séreux qui vient d'être indiqué. Cette différence s'explique par la prédominance relative des variétés purement adipeuse ou séro-adipeuse.

Là où le tissu adipeux forme une agglomération, comme à la joue, dans l'orbite, à la fesse, au pudendum, cette matière est solide, semblable à du suif. A la joue surtout, elle re-

(1) Chevreul; *Considérations générales sur l'analyse organique*. Paris, 1824, p. 218. — Billard, p. 194.

(2) *Archives*, 5^e série, t. I, p. 542.

(3) Léger, p. 27.

(4) Auvity, p. 347. — Breschet; *Bullet. de la Soc. d'émulation*, p. 176. — Denis, p. 37. — Michaelis, p. 32.

(5) Troccon, p. 24.

(6) *Mém. de la Soc. royale de Méd.*, t. VII, p. 211.

(7) Denis, p. 38.

présente une sorte de boule pyriforme très-distincte. Elsaesser a vu au-dessous une matière gélatiniforme (1).

Quelquefois les ganglions lymphatiques des aines, des ais-sèles, ont été trouvés engorgés (2).

Les vaisseaux de la tête se sont montrés pleins de sang, même ceux des os du crâne (3), ainsi que les sinus de la dure-mère (4). On a trouvé du sang extravasé à la base du crâne et dans le canal rachidien (5). Le cerveau était mou, jaunâtre, imbibé de sérosité.

Il y avait quelquefois des adhérences entre les plèvres. Le thymus a paru volumineux. J'ai vu les poumons gorgés de sang et comme ecchymosés. Ils étaient d'un noir foncé. On a pu croire quelquefois qu'ils étaient gangrenés; mais la division de leur tissu ayant fait écouler le sang qu'ils contenaient, leur parenchyme exprimé a paru presque normal.

Hulme avait cru à un état réel de pleuro-pneumonie; mais il y a une grande différence entre l'hépatisation et les effets de la congestion, bien que celle-ci puisse rendre le tissu pulmonaire compacte et plus pesant que l'eau.

On a observé que les deux poumons étaient rarement affectés au même degré; le plus souvent c'était le gauche suivant Palletta, et le droit d'après Breschet et Billard.

Enfin, les deux poumons ont été trouvés sains un grand nombre de fois par Dugès, Billard, Blanche, Liberali, etc.

Le cœur s'est montré volumineux, ayant ses cavités, surtout l'oreillette droite, distendues par un sang noir, et plus souvent fluide que coagulé.

Le trou de Botal était largement ouvert d'après Heyfelder (6), Breschet (7), Léger (8) et Michaelis (9). J'ai observé la

(1) *Archives*, 5^e série, t. I, p. 542.

(2) Troccon, p. 24. — Denis, p. 38.

(3) Palletta, p. 295.

(4) Troccon, p. 26.

(5) Michaelis, p. 40.

(6) Coepfers, p. 14.

(7) *Bullet. de la Soc. méd. d'émul.*, 1822, p. 176. — *Journ. général*, t. XIX, p. 245.

(8) Thèse, p. 16.

(9) *De induratione tela cellul.* Kil. Hols., 1825, p. 39.

conservation du trou de Botal ainsi que celle du canal artériel (1). Mais cette disposition n'est pas constante. Au rapport de Léger, le trou de Botal n'est quelquefois qu'à demi-ouvert (II^e Obs.) ou à peine entr'ouvert (III^e Obs.). Billard a trouvé cette ouverture fermée chez 40 individus sur 77. Blanche en a constaté la conservation deux fois, un commencement d'occlusion six fois, et une complète oblitération seize fois (2). Le canal artériel était très-large, selon Breschet. Mais Dugès, Billard, Blanche l'ont trouvé fréquemment rétréci ou oblitéré.

Palletta a rencontré dans le péritoine une sérosité roussâtre (3). M. Denis, M. Blanche, ont observé des indices de gastro-entérite. M. Elsaesser a vu les intestins hyperémisés (4).

M. Léger avait cru remarquer que chez un assez grand nombre d'enfants morts du sclérème, le tube intestinal était plus court que dans l'état normal. Cette particularité n'a point été constatée par Billard, Valleix, Liberali.

Dans divers cas on a trouvé le foie rouge ou ardoisé, volumineux (5), gorgé de sang; la rate petite; les reins volumineux et rouges (6).

II. — *Physiologie pathologique du sclérème aigu.*

On s'est efforcé de trouver la cause intime et le mécanisme en vertu desquels se produit le sclérème aigu. Les détails dans lesquels je viens d'entrer serviront à réduire les diverses hypothèses émises à leur juste valeur.

1^o Cette maladie n'est point un effet de la syphilis, comme le pensait Doublet;

2^o Elle n'est pas la conséquence d'une pneumonie, comme le voulait Hulme;

3^o Elle n'est pas le résultat d'une gastro-entérite;

(1) Voyez aussi dans *la Clinique*, t. III, p. 247, une coïncidence de sclérème et de cyanose.

(2) P. 24.

(3) P. 295.

(4) P. 543.

(5) Elsaesser, p. 543.

(6) Troccon, p. 27.

4^o Elle n'est pas la suite d'une lésion du foie et de la sécrétion de la bile augmentant la plasticité des fluides (1);

5^o Elle ne résulte pas de la non-occlusion du trou de Botal et du canal pulmo-aortique (2);

6^o Elle ne dépend pas d'une asphyxie lente du nouveau né;

Puisque :

1^o La syphilis n'est qu'une coïncidence assez rare;

2^o Les poumons sont souvent sains, et plutôt congestionnés qu'enflammés;

3^o L'estomac et les intestins sont fréquemment dans un état normal;

4^o L'ictère est une simple complication, et les lésions du foie sont rares ou peu importantes;

5^o On a trouvé souvent le trou de Botal et le canal artériel plus ou moins complètement oblitérés;

6^o Enfin, les enfants ont réellement respiré, leurs poumons se sont dilatés dès l'instant de la naissance, et si l'asphyxie a eu lieu, elle était plutôt l'effet que la cause de la maladie.

Considérons les circonstances dans lesquelles le sclérème aigu se produit. Un être qui avait vécu d'une vie d'emprunt, et qui avait été protégé de toutes parts contre les influences extérieures, est subitement abandonné à lui-même et entouré d'agents nouveaux qui impressionnent péniblement ses organes. Est-il faible ou ces impressions sont-elles intenses et prolongées, il en éprouve de funestes effets. Il ne résiste qu'avec peine aux différences si considérables des milieux qu'il traverse. M. Hervieux a parfaitement étudié cette influence directe amenant l'*algidité progressive* des nouveaux nés (3). Le ralentissement graduel de la circulation et de la respiration, l'abaissement de plus en plus sensible de la chaleur animale, la consommation, l'extinction successive de la vie, forment les caractères distinctifs de cet état, qui n'est pas le sclérème, mais qui est fréquemment l'un de ses éléments.

(1) Henke. — Bérrens. — Caeppers, p. 21.

(2) Breschet. — Heyfelder.

(3) *Archives*, 5^e série, t. VI, p. 559.