tion débute par les membres inférieurs, s'étend à la face, se généralise ensuite en quelques jours.

La dessiccation et l'induration transforment la peau en carapace. L'enfant est rigide, et placé transversalement sur un bras s'y tient comme une barre (PARROT). Les mouvements des jointures sont abolis, mais de plus, les lèvres sont immobiles, la succion devient impossible, les traits sont figés, la face ressemble à celle du tétanique.

La respiration, la circulation sont entravées, l'hypothermie s'accuse, l'enfant meurt au bout de quatre à cinq jours.

Souvent, on constate en même temps que le sclerème, quelques troubles digestifs, du muguet, de la somnolence, des spasmes convulsifs.

4° Pronostic. — Le pronostic est plus grave que celui de l'œdème : la mort est habituelle dans les formes étendues.

5° Diagnostic. — Le sclérème diffère de l'*œdème* par l'atrophie, l'induration cutanées, la rigidité absolue des parties atteintes.

La *sclérodermie* peut être congénitale. CRUZE et NEUMANN en ont rapporté des exemples. La sclérodermie se distribue par flots distincts, l'état général reste bon, la guérison est la règle.

6° Pathogénie. — La fréquence des troubles digestifs dans le sclérème, la rigidité des téguments et des muscles observés dans le choléra nostras des nourrissons, ont permis de rapprocher ces deux affections. On ne peut guère attribuer le durcissement et la rétraction des téguments à la soustraction des liquides et à la déshydratation qui ne sont pas constantes. Il est plus vraisemblable d'admettre que l'infection première fournit un poison hypothermisant, qui, en même temps qu'il entrave la circulation périphérique amène la *coagulation du tissu adipeux*. LANGER et plus tard KNOPFELMACHER ont montré que le tissu adipeux du nouveau-né renferme plus d'acide stéarique et palmitique que celui des enfants plus âgés, moins d'acide oléique, 43 p. 100 au lieu de 65 p. 100. Or, c'est l'oléine qui se coagule le plus difficilement. A deux mois il est très difficile d'obtenir à 25° la coagulation du tissu adipeux d'un cadavre ; à six mois, cela est impossible.

7° Traitement. — Le traitement est analogue à celui de l'œdème. BOLOGUINI a obtenu une guérison en quatorze jours en donnant en tout 1 gramme d'extrait de glande thyroïde fraîche.

ARTICLE VII

DERMATITE EXFOLIATRICE

Nous avons déjà décrit le *pemphigus du nouveau-né*, à l'article pemphigus ; nous n'y reviendrons pas.

La dermatite exfoliatrice est une affection septique de la peau qui a été décrite par RITTER [1], de Prague, et qui ne paraît être qu'une variété des érythèmes septiques, observés à tout âge, mais présentant un développement anormal, en raison des conditions physiologiques de la peau du nouveau-né, minceur de l'épiderme, desquamation.

1° Étiologie. — L'affection se montre dans les premiers jours, parfois au bout de quelques semaines. Elle se propage parfois par contagion. FISCHL a fait cesser une épidémie de dermatite exfoliatrice en supprimant une baignoire commune à plusieurs nouveau-nés d'une maternité.

2° Symptômes. — La dermatite exfoliatrice est constituée par un érythème avec coloration vive de la peau, gonflement, sensation de cuisson, de prurit, que traduit l'agitation de l'enfant. Au bout de quelques jours, la rougeur diminue et l'épiderme desquame.

La desquamation est sèche, ou bien elle est précédée de la formation de vésicules ou même de bulles qui rappellent le pemphigus.

Les lamelles épidermiques ont des dimensions variables. Dans les points où l'épiderme est fin, (cou, flancs) elle se fait par squames assez petites ou sous forme de furfur. Ailleurs, elle se compose de lambeaux plus ou moins larges, qui se plissent et rappellent l'aspect des brûlures ou du pemphigus foliacé.

[1] RITTER, *Central ztg. f. Kindheilk.*, 1878-1879.

La desquamation se reproduit quelques jours sur une même région.

L'évolution de la lésion se fait en huit à dix jours, parfois deux à trois semaines.

La dermite commence autour des orifices muqueux, à la face, aux fesses, elle se généralise rapidement et peut s'étendre à une grande étendue du tégument, face, tête, tronc, racine des membres. Elle occupe rarement les extrémités des membres. Elle envahit parfois les muqueuses, et détermine de la conjonctivite, du coryza, de la stomatite érosive, des aphtes de Bednar.

3° Complications. — Elle se complique souvent, dans les points où la peau est sujette à se mouvoir, d'érosions, de fissures, aux lèvres, à la commissure des paupières, aux plis articulaires. Parfois, elle ouvre la porte à des infections pyogènes, abcès, eczémas, furoncles. Enfin la septicémie dont elle est parfois le point de départ peut porter ses effets sur les viscères et produire des gastro-entérites, des broncho-pneumonies.

4° Marche et pronostic. — Suivant l'étendue de la dermatite, la présence ou l'absence de complications, l'affection évoluera sans troubles de la santé ou s'accompagnera de fièvre, d'amaigrissement, de symptômes associés. La mort a été observée assez souvent, Ritter a perdu la moitié de ses malades, Escherich les cinq cas qu'il a observés.

Cependant, la guérison n'est pas rare pour d'autres auteurs. Le pronostic dépend vraisemblablement de la nature de l'infection dont l'érythème est une des expressions, et de sa généralisation aux parties profondes. Il est difficile de dire si elle est d'origine endogène ou exogène.

5° Diagnostic. — Le diagnostic doit être fait avec la *desquamation physiologique* du nouveau-né, l'*érysipèle* qui s'accompagne d'emblée de fièvre et de phénomènes généraux graves, le *pemphigus* qui est beaucoup moins diffus et dans lequel l'élément vésiculeux l'emporte de beaucoup sur l'élément érythémateux et desquamatif.

6° Traitement. — Le traitement comprend, dans la période érythémateuse, des applications de corps gras, vaseline et l'enveloppement dans des linges stérilisés; au moment de la desquamation, on favorise celle-ci par des bains et des soins de propreté. Dans un cas personnel, l'érythème augmentait à chaque tentative d'alimentation lactée. On fut obligé de soumettre l'enfant à la diète hydrique pendant 3 ou 4 jours. Les cas observés par Fischl (transmission par une baignoire) militent en faveur de l'origine externe de la dermatite et commandent des mesures prophylactiques : isolement, linges stérilisés.

ARTICLE VIII

TÉTANOS DU NOUVEAU-NÉ

Le tétanos du nouveau-né n'est autre chose que le tétanos classique, survenant les premiers jours de la naissance, grâce à l'infection de la plaie ombilicale.

1° Étiologie. — L'étiologie comprend des causes déterminantes et des causes prédisposantes.

a. *Causes déterminantes.* — Le tétanos du nouveau-né, comme celui de l'adulte est dû au bacille de Nicolaïer. Il s'inocule à l'enfant par le cordon, la plaie ombilicale, une plaie accidentelle telle que la circoncision.

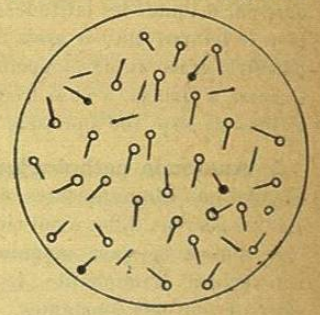

Fig. 81.
Bacille de Nicolaïer (d'après Collet).

Le bacille tétanigène provient du sol, des poussières d'une salle, d'où il est mis en contact avec l'ombilic par la main d'une sage-femme, par une pièce de pansement souillée. Parfois il se transmet par l'intermédiaire de la garde d'un tétanique à un nouveau-né bien portant. Il se développe d'autant

mieux que l'enfant est déjà infecté par d'autres germes (suppurations de l'ombilic, artérites et phlébites ombilicales).

Il n'est pas nécessaire que le cordon soit tombé, il peut en effet agir dans le cordon lui-même.

L'identité du tétanos du nouveau-né et de l'adulte a été prouvée par BEUMER, PEIPER[1] qui ont inoculé avec succès des animaux avec du pus provenant de nouveau-nés tétaniques.

BAGINSKY et KITASATO[2] ont trouvé le bacille de Nicolaïer sur l'ombilic d'un nouveau-né et en ont fait des cultures qui ont reproduit la maladie expérimentale.

b. *Causes prédisposantes*. — L'infection tétanique est favorisée par les infections banales, les changements brusques de température, le froid, la chaleur extrême. La race, le climat, semblent jouer un rôle insignifiant dans son développement, car le tétanos est endémique chez les nègres et les Lapons, dans les climats les plus extrêmes, à Cuba et en Islande. C'est l'encombrement, le défaut de propreté, ce sont les pansements sales qui agissent à toutes les latitudes et sur les diverses espèces. Aussi bien le tétanos était-il assez fréquent autrefois et tend-il à disparaître, grâce au développement de l'hygiène. C'est ainsi que CLARKE, à DUBLIN, a vu la fréquence du tétanos tomber dans les crèches de 16 p. 100 à presque rien.

2° Anatomie pathologique. — Les lésions consistent en exsudations sanguinolentes des méninges, en congestions des centres nerveux. Elles n'ont rien de caractéristique et sont peut-être dues à la stase sanguine qui accompagne les accès de contracture. L'omphalite, les altérations de vaisseaux ombilicaux ne sont pas constantes.

3° Symptômes. — La maladie commence du cinquième au douzième jour de la naissance, parfois avant ou après ce délai. L'enfant est agité, inquiet, se plaint pendant le sommeil. Il saisit avidement le sein, puis l'abandonne brusquement en gémissant.

[1] PEIPER, *D. Arch. f. Klin. méd.*, 1890.

[2] BAGINSKY et KITASATO, *Berl. Klin. Wochs.*. 1891.

Enfin la maladie éclate et débute toujours par le *trismus*. Les masséters contracturés et durs maintiennent la bouche resserrée. Les commissures labiales s'écartent l'une de l'autre, l'orifice palpébral se réduit, le front est plissé. Peu à peu la contracture s'étend aux muscles de la nuque, du tronc, l'enfant est en opisthotonos, l'abdomen s'aplatit, les membres supérieurs se mettent en flexion, les membres inférieurs en extension, les doigts se fléchissent et forment le poing.

L'affection procède par *crises* qui exagèrent les phénomènes précédents et sont séparées par des intervalles de repos relatif. Les crises se rapprochent et les contractures, surtout celle des mâchoires, deviennent continues.

A chaque crise, l'enfant, en proie à des douleurs intenses, exprime sa souffrance par de l'agitation, des plaintes de moins en moins vives, car le spasme atteint les muscles de la respiration et du larynx. Aussi y a-t-il dyspnée intense et cyanose. Le pouls est petit, misérable, accéléré jusqu'à 200 pulsations à la minute.

L'alimentation devient impossible, en raison du pharyngisme qui accompagne les accès et persiste plus ou moins.

Comme chez l'adulte, la température monte à 40, 41° et s'élève encore après la mort.

La mort arrive en quelques jours. Dans les rares cas de guérison, les accès s'espacent, la température baisse, l'alimentation redevient possible.

La violence des accès provoque parfois des fractures osseuses ou des déchirures musculaires (RUNGE).

4° Diagnostic. — On a signalé chez l'enfant des *tétanies* symptomatiques de lésions du système nerveux, dues au traumatisme obstétrical, aux tiraillements de la moelle, à l'enfoncement de l'occipital. HOCHSINGER a décrit chez le nouveau-né des états *myotoniques* qui se traduisent à un faible degré par le phénomène du poing, et dans les cas accusés par une contracture diffuse des muscles. Ils ne présentent ni trismus, ni élévation de température. Les *convulsions* à la naissance prennent volontiers la forme tétanique (SOLTMANN, PARROT, WESTPHAL).

Dans ces faits, il y a souvent association de paralysies à la contracture, et la température ne s'élève pas. C'est à ce groupe de faux tétanos qu'on peut rapporter certaines *épidémies* comme celle observée par KEBER, où des bains trop chauds provoquèrent des contractures chez 99 enfants sur 380 observés, et les guérisons nombreuses obtenues par WILHITE qui se contentait de repousser l'os occipital en arrière. Il est facile de distinguer le tétanos du *sclérème*.

5° Traitement.. — Le traitement comprend la prophylaxie, le traitement spécifique et le traitement symptomatique.

a. *Prophylaxie*. — La *prophylaxie* doit assurer l'asepsie du cordon, des mains de la garde, l'isolement du tétanique, et dans les milieux contaminés, l'injection préventive du sérum antitétanique (COURMONT).

b. *Traitement spécifique*. — Lorsque le tétanos a éclaté, les injections de sérum paraissent sans action. Cependant ESCHERICH a eu un succès. On n'a pas encore essayé chez le nouveau-né l'injection cérébrale (ROUX et BOREL).

Le bacille de Nicolaïer agit par l'intermédiaire de toxines (tétanine de Brieger), il n'est pas directement infectant : d'où l'indication de supprimer le foyer ombilical au moyen de cautérisations au fer rouge. On diminue ainsi l'apport de nouvelles provisions de toxine.

c. *Traitement symptomatique*. — Le traitement symptomatique a pour but de diminuer la contracture et de permettre l'alimentation. Le médicament de choix est le chloral qu'on donne à la dose de 10 centigrammes par heure, jusqu'à 1 et 2 grammes par jour (RUNGE) ou en lavement par 25 centigrammes par dose. On a aussi utilisé les inhalations de chloroforme, l'opium, les bains tièdes renouvelés plusieurs fois par jour.

D'autres médicaments ont été utilisés chez l'enfant comme chez l'adulte : MONTI a donné 6 milligrammes d'extrait de fève de Calabar en injections sous-cutanées répétées jusqu'à dix fois par jour. On a employé le bromure de potassium à la dose de 3 grammes, le sulfonal, les inhalations de nitrite d'amyle, la teinture de musc, d'ambre et de musc (SOLTMANN).

On doit se préoccuper de l'alimentation. Dans l'intervalle des accès, on essaie de faire avaler quelques gouttes de lait par la bouche ou par une sonde introduite dans le nez ; souvent on est obligé de faire pénétrer le lait ou les médicaments dans le rectum. Les tentatives d'alimentation ont l'inconvénient de provoquer des accès ; ceux-ci se montrent parfois à l'occasion d'un simple mouvement du corps.

ARTICLE IX

MAMMITE

Le nouveau-né présente vers le troisième ou le quatrième jour de la naissance un léger gonflement avec sécrétion lactée qui atteint son maximum au dixième jour et disparaît au bout du premier mois.

Parfois, sous l'influence d'infections favorisées par le traumatisme local (langes serrés, manipulations intempestives pour vider le sein et diminuer la tension), il se produit une véritable inflammation, avec gonflement, rougeur, douleur, fièvre. La résolution est possible, mais parfois il se forme des abcès, voire même une périmastite.

Le traitement est le même que dans la mastite de l'adulte : asepsie, incision précoce. L'inconvénient de la mastite du nouveau-né réside moins dans les dangers presque nuls qu'elle fait courir à l'enfant que dans l'atrophie définitive de la glande et la rétraction possible du mamelon (RUNGE).

ARTICLE X

CÉPHALHÉMATOME

Le céphalhématome est une tumeur constituée par un épanchement de sang entre le périoste et les os du crâne, située habituellement au niveau de la partie postéro-inférieure du

pariétal, de la grosseur d'une noix à un œuf de poule, arrondie ou ovalaire, aplatie, sans réaction inflammatoire, sans changement de coloration à la peau et dont la pression ne provoque ni douleur, ni symptômes cérébraux. Elle ne s'accompagne pas de phénomènes généraux et n'a aucune tendance à suppurer ou à s'ulcérer.

On l'observe du deuxième au troisième jour de la naissance, elle atteint son maximum de développement à la fin de la première semaine, commence à diminuer dans la seconde semaine, pour disparaître au bout de deux à trois mois.

Elle s'entoure rapidement d'un bourrelet consistant dû à la sécrétion du périoste à la limite de l'épanchement sanguin. Ce bourrelet donne l'impression d'un trou creusé dans le crâne, dont il constituerait le bord.

Le céphalhématome ne dépasse jamais les limites d'un os cranien, il ne chevauche pas au-dessus des sutures ou des fontanelles.

Il est dû au traumatisme cranien effectué pendant l'accouchement (bassin étroit, présentation de la face, forceps, etc.), et à la fragilité des vaisseaux craniens mal soutenus par la table externe de l'os.

Le pronostic est bénin, à moins que le céphalhématome ne soit associé à une hémorragie entre le crâne et la dure-mère.

Tout traitement est inutile.

ARTICLE XI

OPHTALMIE DES NOUVEAU-NÉS

L'ophtalmie des nouveau-nés est une inflammation de nature spéciale, de la conjonctive oculaire, survenant dans les premiers jours de la naissance.

1° Étiologie. — Dans la plupart des cas, l'ophtalmie des nouveau-nés est de nature blennorragique et due au gonocoque de Neisser. Parfois celui-ci n'a pu être décelé, ce qui a

fait admettre par quelques auteurs (Schmidt, Rimpler) une forme non blennorragique de l'affection. Cette distinction est discutable et ne doit pas être maintenue ni au point de vue de la prophylaxie, ni au point de vue du traitement.

L'infection de l'œil se fait pendant l'accouchement, au contact des sécrétions gonorrhéiques de la mère. Généralement, l'ophtalmie débute du troisième au cinquième jour, et dans ce cas Runge admet que le contage, déposé sur les paupières ou le front, n'a pénétré dans la conjonctive qu'après la naissance, lorsque l'enfant ouvre les yeux.

L'ophtalmie est quelquefois congénitale ou paraît dans les premières heures qui suivent la naissance : l'infection de la conjonctive a eu le temps de se faire pendant l'accouchement, par suite de la rupture prématurée de l'amnios, de la longueur du travail.

Enfin toute ophtalmie qui survient après le cinquième ou le sixième jour est accidentelle et due à une inoculation par les doigts des gardes, par un linge, par une eau contaminée par les sécrétions gonorrhéiques de la mère ou par celles d'un autre enfant atteint d'ophtalmie.

L'ophtalmie des nouveau-nés se présentait autrefois dans les maternités sous forme d'épidémies très chargées, près de 6 p. 100 en moyenne de la natalité (Haussmann). Elle contribuait à élever, dans une proportion sérieuse, le chiffre des aveugles. La prophylaxie est parvenue à arrêter complètement ces épidémies qui frappaient parfois jusqu'à 20 p. 100 et 50 p. 100 (Kilian) des nouveau-nés.

2° Symptômes. — Vers le troisième ou quatrième jour, on observe au niveau du bord palpébral d'un côté d'abord, puis de l'autre, de la rougeur, qui s'étend sur toute la conjonctive. Celle-ci sécrète un liquide d'abord clair, citrin, jaunâtre, qui renferme bientôt quelques flocons muqueux ou fibrineux. Au bout de deux à trois jours, la sécrétion est franchement purulente, épaisse, crémeuse, se reproduisant avec grande rapidité après qu'on l'a enlevée. Elle est fournie par une poche, constituée par la conjonctive qui est tuméfiée, grisâtre, granuleuse,

parsemée d'érosions, d'ulcérations linéaires en forme de sillons. Les paupières énormes, infiltrées, rigides, bombent au-devant de l'œil et ne peuvent le découvrir.

Les phénomènes généraux et la marche varient suivant la forme et le traitement.

Dans les cas bien traités dès le début, la sécrétion purulente diminue rapidement, la tuméfaction des paupières cède, et l'affection guérit après quelques jours; il persiste souvent pendant quelques semaines une sécrétion fluide, trouble et un peu d'accollement des paupières le matin : c'est l'analogue de la goutte militaire.

Dans les cas très intenses ou négligés, il survient des complications du côté de la cornée qui s'infiltre, s'ulcère, se perfore. Plus tard il subsiste des leucomes, des synéchies, des staphylomes et parfois la vision est complètement perdue. C'est dans les formes sérieuses qu'on observe de la fièvre et de l'agitation.

Exceptionnellement, l'ophtalmie se complique de rhumatisme blennorragique. J'en ai observé un cas très net[1].

3° Diagnostic. — Le diagnostic doit toujours être confirmé par la recherche du gonocoque. Il faut parfois plusieurs explorations pour le trouver.

4° Pronostic. — Le pronostic dépend du traitement, de l'intensité de la maladie et surtout de l'atteinte de la cornée.

5° Traitement. — Le traitement comprend la prophylaxie et le traitement proprement dit :

a. *Prophylaxie.* — La méthode de Credé s'est montrée toute puissante; vérifiée par de nombreux auteurs, elle a fait disparaître à peu près complètement l'ophtalmie des nouveau-nés dans les maternités. Voici comment cet auteur procède :

Dès que le cordon a été coupé, on baigne l'enfant et on essuie les yeux avec un linge fin trempé dans de l'eau stérilisée pour enlever toutes les mucosités. Avant de le langer, on fait tomber

[1] Voy. Yantchulew, *Rhumatisme blennorragique chez les nourrissons*, Th. de Lyon, 1898.

dans chaque œil, en écartant les paupières, une goutte d'une solution de nitrate d'argent à 2 p. 100. Cette manœuvre ne doit pas être répétée.

Avant l'expulsion de l'enfant, on doit désinfecter par des lavages au sublimé les voies génitales de la parturiente.

On a substitué au nitrate d'argent, le jus de citron (Pinard), l'iodoforme (Valude).

Quelques autres précautions sont de rigueur. L'enfant ne doit être porté dans le lit de la mère que pendant la tétée. Les soins de toilette donnés à l'enfant doivent précéder ceux de la mère. La garde doit toujours se désinfecter les mains avant de toucher l'enfant. Un nouveau-né atteint d'ophtalmie ne doit pas rester dans la salle commune.

b. *Traitement proprement dit.* — Une ou deux fois par jour, suivant les cas, renverser une des paupières en protégeant le globe de l'œil avec l'autre paupière, passer sur la conjonctive un pinceau trempé dans une solution de nitrate d'argent à 3 p. 100 et de suite après neutraliser avec de l'eau salée; dans l'intervalle faire des irrigations toutes les deux ou trois heures avec de l'eau boriquée tiède à 2 p. 100. Le sublimé doit être *proscrit* d'après Valude; j'ai eu l'occasion d'en vérifier les mauvais effets sur des enfants traités par des sages-femmes. Il faut soigneusement protéger la cornée contre le contact de la solution de nitrate d'argent. Dès qu'il y a une amélioration, on peut substituer au nitrate d'argent une solution à 3 p. 100 de sulfate de zinc. Le nitrate d'argent a été remplacé depuis quelques années par le *protargol* ou *albuminate d'argent* qu'on emploie en solution à un taux variant de 5 à 20 p. 100. On en instille quelques gouttes dans l'œil après lavage préalable. Il n'est pas besoin de faire suivre d'une application d'eau salée. Le protargol ne provoque pas de douleurs et est aussi efficace que le nitrate d'argent.

Pendant le traitement de l'ophtalmie au nitrate d'argent ou au protargol, on doit surveiller l'état de la conjonctive et de la cornée. Si la susceptibilité de la conjonctive est très grande ou si l'effet caustique est trop accusé, ce qui est à craindre avec les solutions de nitrate d'argent, on reconnaîtra le fait à la pré-

sence sur la conjonctive de petites eschares blanches ou grises, et dans ce cas on diminuera le taux de la solution caustique, le nombre des cautérisations, le nombre des lavages pratiqués dans l'intervalle des cautérisations (VALUDE). L'ophtalmie blennorragique laisse parfois comme suite de la conjonctivite granuleuse, des ulcères et des taies de la cornée, qu'on soumettra au traitement classique.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS DE LA DEUXIÈME ÉDITION 1

LIVRE PREMIER

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

SUR LA PHYSIOLOGIE, L'HYGIÈNE ET LA THÉRAPEUTIQUE INFANTILES

CHAPITRE I. — **PHYSIOLOGIE ET HYGIÈNE DE L'ENFANT. — TRANSFORMATIONS SUBIES PAR L'ENFANT** . 2

§ 1. Respiration et circulation 2
§ 2. Peau et muqueuses 2
§ 3. Chute du cordon 3
§ 4. Expulsion du méconium, urine 3
§ 5. Poussée mammaire 3
§ 6. Salivation 3
§ 7. Dentition 4
§ 8. Fontanelle 5
§ 9. Alimentation 5
§ 10. Nutrition et désassimilation 11
§ 11. Température 11
§ 12. Pertes de calorique 11
§ 13. Rapidité de la circulation et de la respiration 12
§ 14. Croissance 12
§ 15. Poids 12
§ 16. Taille 12
§ 17. Diverses périodes de l'enfance 13

CHAPITRE II. — **THÉRAPEUTIQUE INFANTILE** 13

§ 1. Moyens physiques 14
§ 2. Moyens médicamenteux 18