

CHAPITRE II

OPHTALMIES DES NOUVEAU-NÉS

« Dans les premiers jours ou les premières semaines qui suivent la naissance, dit Valude¹, le nouveau-né est encore assez fréquemment, surtout dans certains milieux, atteint d'ophtalmie. Le plus communément, la maladie revêt le type franc, très aigu, que tout le monde connaît sous le nom d'ophtalmie purulente des nouveau-nés ou *blepharorrhœa neonatorum*. D'autres fois, cependant, l'ophtalmie affecte une allure différente; elle est plus lente en son évolution ou plus atténuée dans ses symptômes; il est des cas aussi où la muqueuse malade apparaît, non plus seulement chargée d'une sécrétion purulente ou muco-purulente, mais recouverte d'une couenne grisâtre. — Enfin, à côté de ces variétés d'ophtalmies caractérisées par la présence du pus, il peut se produire, également, chez les enfants du premier âge, des atteintes de diphtérie conjonctivale vraie. Il n'existe alors que peu ou pas de sécrétion purulente. »

Résumons, d'après Valude, l'histoire clinique de ces différentes complications oculaires en commençant par la plus grave et malheureusement la plus commune, l'*ophtalmie purulente des nouveau-nés*.

A. OPHTALMIE PURULENTE DES NOUVEAU-NÉS

Symptômes. — Vers le troisième ou quatrième jour après la naissance, quelquefois plus tôt, apparaît sur un œil, rarement sur les deux à la fois, un gonflement des paupières, qui s'accuse rapidement, surtout à la paupière supérieure. Les bords palpébraux ont une coloration d'un rose vif; si l'on écarte les paupières, on voit sourdre quelques gouttes d'un liquide transparent, d'un jaune citrin; ce liquide ne se trouve que dans l'ophtalmie purulente à sa période de début.

En renversant les paupières avec les doigts, on porte la conjonctive en dehors: on constate que la muqueuse est un peu gonflée et le plus souvent d'un rouge vif; la conjonctive bulbaire est très injectée. Dans le fond des culs-de-sac palpébraux existent des filaments concrets jaunâtres, formés de muco-pus. Peu à peu le gonflement des paupières augmente: la paupière supérieure est surtout tuméfiée au point de perdre complètement sa mobilité et de maintenir l'œil dans un état d'occlusion hermétique; son bord libre dépasse et cache les cils de la paupière inférieure.

¹ E. VALUDE, *Les ophtalmies du nouveau-né*. E. Rueff, Paris, 1895.

Période d'état. — 56 ou 48 heures après le début de l'affection, le liquide citrin qui s'écoulait des paupières est remplacé par un liquide séropurulent, louche, d'aspect floconneux; ce liquide sort à flots dès que les paupières sont écartées: il peut même être projeté et atteindre la personne qui examine l'enfant, d'où certaines précautions à prendre pour éviter la projection sur la figure et la contamination possible des yeux. — La conjonctive est d'un rouge intense; elle n'a plus son aspect lisse et poli, mais elle est rugueuse et boursoufflée. Autour de la cornée existe un chémosis séreux plus ou moins marqué.

Les paupières sont œdématisées et difficiles à mobiliser; aussi faut-il procéder méthodiquement pour les écarter de manière à examiner la cornée, la muqueuse conjonctivale et ses culs-de-sac. Pour maintenir la tête de l'enfant, l'opérateur la saisit entre ses genoux garnis d'une serviette; un aide quelconque, assis en face et incliné sur l'enfant, lui tient le corps et maintient les mains. — Pour examiner la muqueuse et les culs-de-sac, on applique l'index ou le pouce de chaque côté sur les paupières gonflées, à un centimètre du bord palpébral. On voit alors la muqueuse faire de plus en plus hernie au dehors: elle finit par se présenter entière à l'exploration.

Pour découvrir la cornée, on se sert d'*écarteurs* qu'on insinue au niveau du bord libre des paupières; à leur défaut, on rapproche les deux index des bords palpébraux, on écarte doucement avec l'ongle le bord des paupières en les faisant glisser de haut en bas sans leur permettre de se retourner.

Au cours de la maladie la muqueuse présente une coloration de plus en plus foncée; elle est parfois d'un rouge bleuâtre. Sa surface est épaissie et creusée de sillons nombreux. La sécrétion purulente devient moins abondante, mais plus épaisse; elle est constituée par du pus crémeux et bien lié, qui peut offrir différentes colorations. Le pus se reproduit avec une grande rapidité malgré la fréquence des lavages.

On a signalé — Hanshalter¹ a pu en réunir vingt-sept cas — du rhumatisme blennorrhagique chez le nouveau-né; presque toujours cette complication survient chez les enfants qui ont eu de l'ophtalmie purulente.

Le grand danger de cette complication réside dans la *propagation de l'inflammation de la conjonctive à la cornée et au globe oculaire*. Si dans la pluralité des cas l'ophtalmie purulente, traitée de bonne heure, ne laisse pas de traces après elle, dans d'autres cas, au contraire, on observe des ulcérations de la cornée qui peuvent être suivies de perforations avec leurs conséquences (synéchies, leucome adhérent, staphylome partiel ou total) et même une véritable fonte purulente de l'œil.

Ces lésions ne s'observent guère que dans les cas graves et surtout dans les cas non traités. Le plus habituellement la guérison survient au bout de dix à quinze jours; la muqueuse reste encore rouge un certain temps après la disparition de la sécrétion. Quelquefois la conjonctivite passe à l'état chro-

¹ *Médecine infantile*, 15 décembre 1895.

nique; la suppuration, bien que minime, persiste et chaque matin au réveil les yeux sont collés par la sécrétion de la nuit.

La proportion considérable d'enfants qui restent aveugles à la suite de l'ophtalmie, indique assez l'importance du traitement prophylactique de cette affection; elle montre en même temps la nécessité de la diagnostiquer rapidement et de la traiter d'une manière rationnelle.

Diagnostic. — Le diagnostic de l'ophtalmie purulente est habituellement facile: le gonflement des paupières, la sérosité jaunâtre qui s'échappe des paupières lorsqu'on les écarte, la rougeur et le gonflement de la conjonctive permettent de reconnaître cette complication. Il faut cependant savoir que quelquefois à la suite d'un accouchement laborieux, il existe un gonflement des paupières assez accusé pour que l'enfant puisse à peine entr'ouvrir les yeux; en pareil cas l'absence de sérosité, la diminution progressive du gonflement font reconnaître qu'il ne s'agit pas d'une ophtalmie réelle. Il faut savoir également que l'introduction dans les yeux d'un des liquides antiseptiques (nitrate d'argent, acide citrique, sublimé, etc.) destinés à prévenir l'ophtalmie donne une certaine réaction conjonctivale avec suintement léger: la précocité de cette réaction est un bon signe de non-inoculation de la conjonctive. Cependant on observe — ce sont peut-être les plus graves — des cas d'ophtalmie purulente qui existent au moment même de la naissance et qui résultent d'une inoculation de la conjonctive au cours du travail. Dans des cas exceptionnels — à la suite d'une application de forceps par exemple — l'un des yeux peut présenter des signes extérieurs d'une ophtalmie: Dujardin¹ a rapporté l'observation d'un nouveau-né dont la cornée était nuageuse dans presque toute son étendue, immédiatement après la naissance; il s'agissait d'une sorte de kératite traumatique due à la compression exercée par le forceps. L'enfant guérit sans qu'on ait eu besoin de faire le traitement de l'ophtalmie purulente.

Étiologie. — Nombre de causes (faiblesse de l'enfant, encombrement, froid, coup d'air, etc.) ont été invoquées à tort comme produisant l'ophtalmie. Ces causes n'ont guère d'importance: il n'y a d'ophtalmie purulente qu'après infection de la conjonctive par un liquide septique. Cette inoculation peut se produire: 1° pendant le passage de la tête fœtale dans le vagin; 2° après l'expulsion du fœtus. Dans le premier cas, l'ophtalmie est primitive et débute dans les 48 heures qui suivent l'accouchement ou 4 ou 5 jours après. Dans le second cas, elle est secondaire et n'apparaît que vers le 8^e ou le 10^e jour.

L'infection produite au niveau des organes génitaux résulte le plus habituellement (Zweifel, Leopold, etc.) de l'inoculation de la conjonctive par le gonococcus de Neisser ou microbe de la blennorrhagie. On l'observe lorsque la femme n'a été soumise ni avant ni pendant l'accouchement aux injections vaginales antiseptiques.

Dans d'autres cas, l'enfant se trouve contaminé par l'eau du bain dans lequel il est plongé peu de temps après sa naissance. Les germes peuvent

¹ Journ. des Sciences méd. de Lille, 28 novembre 1896.

être portés par les mains de l'accoucheur, de la sage-femme, de la mère, par les éponges, les linges, etc. Dans ces conditions ce n'est plus le gonococcus de Neisser que l'on trouve dans les sécrétions, mais un bacille que Wecks² et Kortulis ont décrit comme spécial à la conjonctivite catarrhale et qui est figuré par un petit bâtonnet assez court.

Au point de vue anatomique, il existe dans l'ophtalmie purulente un épaissement du stroma papillaire de la conjonctive; cette hyperplasie porte surtout sur les vaisseaux; à la limite du derme papillaire et de l'épithélium les capillaires sont dilatés et augmentés de nombre. L'épithélium est épaissi et le nombre de ces couches cellulaires augmente. Toutes ces lésions de la conjonctive peuvent disparaître sans laisser de traces.

Traitement. — A. *Traitement prophylactique.* La prophylaxie de l'ophtalmie purulente du nouveau-né consiste d'abord à pratiquer des injections vaginales antiseptiques pendant la grossesse et au moment de l'accouchement. Ces précautions excellentes ne suffisent pas toujours à empêcher l'ophtalmie. Il faut laver les yeux de l'enfant aussitôt qu'ils sont accessibles, avant même que le cordon ne soit lié, avec un liquide antiseptique (eau phéniquée faible, solution faible de sels de mercure, etc.). Crédé a conseillé d'instiller dans l'œil de tout nouveau-né deux gouttes d'un collyre au nitrate d'argent à 2 pour 100.

Cette méthode, qui a donné de bons résultats, ne doit cependant pas être généralisée; on la réservera pour les cas dans lesquels la femme présente un écoulement de nature suspecte, surtout lorsqu'on n'a pas eu le temps de désinfecter suffisamment le vagin. Il est plus simple de recourir au lavage minutieux des paupières et à l'instillation de quelques gouttes de jus de citron ou d'une solution d'acide citrique à 5 pour 100, suivant le conseil qu'a donné Pinard.

Budin, tout en constatant que la solution de nitrate d'argent à 2 pour 100 est très efficace, lui reproche de « déterminer parfois un gonflement considérable des paupières et, dans les jours qui suivent, une suppuration si abondante que nous avons vu des confrères croire à l'existence d'une conjonctivite purulente qu'ils voulaient soigner par de nouvelles cautérisations ». Il emploie, depuis 1892¹, une solution de nitrate d'argent à 1 pour 150 grammes dont il fait pénétrer une ou deux gouttes entre les paupières immédiatement après la naissance. Sur 2004 accouchements², il n'a observé que deux ophtalmies primitives (dans un cas le traitement prophylactique avait été omis) et sept conjonctivites secondaires survenant 6, 7, 8 jours après l'accouchement.

Une bonne méthode prophylactique consiste à laver largement les yeux de l'enfant avec une solution de sublimé à 1 pour 2000. A. Trousseau a montré que cette solution n'est ni dangereuse ni irritante, à la condition de n'y point incorporer d'alcool. Ce lavage peut être renouvelé tous les matins pendant 5 ou 4 jours. On peut encore, d'après la méthode

¹ Bull. et mém. de la Soc. de Gyn. de Bordeaux, octobre 1892, p. 257.

² Progrès médical, 19 janvier 1895.

de Valude, faire pénétrer au niveau de la conjonctive un peu d'iodoforme porphyrisé.

Le traitement prophylactique ne consiste pas seulement à empêcher l'ophtalmie purulente, il doit encore *lutter contre la propagation de l'infection*. Le nouveau-né atteint d'ophtalmie unilatérale est en effet un danger pour lui-même, la contamination de l'autre œil se produit facilement dans ces conditions, alors même qu'on a la précaution de tenir l'enfant couché sur le côté malade. Il faut pour l'éviter faire un pansement occlusif de l'œil sain ou de l'œil malade. En outre, dans les Maternités, l'enfant atteint d'ophtalmie purulente doit être rigoureusement isolé et soigné par un personnel spécial.

B. *Traitement curatif*. Lorsque l'ophtalmie existe, le traitement consiste à faire des irrigations répétées avec une solution antiseptique chaude : solution phéniquée à 5 pour 1000, par exemple. Lorsque l'ophtalmie est légère, ou en voie de guérison, on peut se contenter de lavages répétés avec une solution saturée d'acide borique.

Nombre d'accoucheurs ont recours aux cautérisations de la conjonctive faites 2 fois par jour, avec un pinceau imbibé de solution de nitrate d'argent à 1 ou 2 pour 100. Aussitôt après cette application, on touche les surfaces cautérisées avec un autre pinceau imbibé d'eau salée saturée. Ce second badigeonnage neutralise en partie l'action trop irritante du nitrate d'argent.

Toute personne, qui soigne un enfant atteint d'ophtalmie ne doit écarter les paupières qu'avec précaution pour éviter la projection du pus qui peut jaillir jusque sur la figure de l'opérateur. Il faut en outre procéder, après chaque pansement, à une désinfection minutieuse des mains.

A la période de début, tant que la sécrétion est transparente, Valude conseille avec Homer d'éviter les cautérisations : on se borne aux irrigations antiseptiques avec une solution d'acide borique ou de naphthol α à 1/5000 qui diminue le gonflement.

Dans la période de suppuration, les cautérisations sont nécessaires et doivent être prescrites rigoureusement : deux fois dans les vingt-quatre heures, les paupières sont retournées et la muqueuse touchée avec un pinceau volumineux trempé dans une solution de nitrate d'argent à 5 pour 100 ; au lieu de cette solution, on peut employer le crayon solide mitigé, par parties égales, de nitrate d'argent et de nitrate de potasse. Pour faire les cautérisations on enlève soigneusement tout le pus épanché dans la profondeur des culs-de-sac ; puis on retourne les deux paupières à fond ensemble ou l'une après l'autre. Dans l'intervalle des cautérisations, on pratique des irrigations assez fréquentes pour empêcher la stagnation du pus ; ces irrigations sont faites avec le naphthol ou avec l'acide borique, ou mieux encore avec le liquide suivant conseillé par Tarnier :

Eau distillée stérilisée 1000 grammes.
Extrait thébaïque dix centigrammes.

On prépare soi-même ce liquide en mettant dans un litre d'eau

bouillie chaude dix gouttes d'une solution concentrée dont voici la formule :

Eau stérilisée } à 2 grammes.
Glycérine }
Extrait thébaïque un gramme.

Ces irrigations doivent être faites avec de l'eau à une température de 40° à 45° centigrades. Sicherer (de Munich) préfère au nitrate d'argent la solution d'oxycyanure de mercure (à 1 pour 500) : suivant l'intensité des lésions, on fait avec cette solution un, deux ou trois lavages abondants des yeux : la conjonctive étant ainsi bien nettoyée, on met en permanence sur les yeux de petits sachets de glace. D'après Sicherer on est sûr de préserver la cornée en faisant les lavages tout à fait au début de la maladie. Au fur et à mesure que l'inflammation conjonctivale devient moins intense, on diminue le titre de la solution et on espace davantage les irrigations. Nous laissons de côté le traitement des complications, ulcérations de la cornée, etc., qui relève du domaine de l'ophtalmologie.

Le traitement à l'aide des cautérisations par le nitrate d'argent est efficace et conseillé par tous les oculistes avec quelques variantes, mais il n'est pas toujours facile ; ainsi on éprouve quelquefois une réelle difficulté à retourner les paupières, à cautériser et même simplement à laver les culs-de-sac conjonctivaux. Aussi plusieurs chirurgiens (Lagrange, Brun, Terson, etc.), ont-ils imaginé des instruments (écarteurs ou éleveurs des paupières), creux à l'intérieur et permettant, une fois placés, de laver la conjonctive.

C'est dans ce but que Kalt a cherché et trouvé un moyen sûr et facile de mettre les solutions médicamenteuses au contact de toute la surface conjonctivale, de balayer toutes les sécrétions contenues dans le cul-de-sac supérieur, et d'assurer la pénétration de l'agent actif dans les couches superficielles de la muqueuse par une pression modérée, mais prolongée : il a imaginé un petit entonnoir-laveur qu'il a présenté à l'Académie de médecine (séance du 7 août 1894).

Cet entonnoir-laveur (fig. 566) consiste en un tube d'ébonite de la grosseur d'un porte-plume, terminé d'un côté par un pavillon à angle droit de 14 millimètres de diamètre. L'autre bout du laveur est relié par un tube de caoutchouc à un bock à irrigation de la capacité de 2 litres. Ce bock ayant été préalablement rempli de liquide, le niveau de ce liquide devra dépasser de 50 centimètres le niveau de l'œil de l'enfant. Avant de placer le laveur on laisse s'en écouler un peu de liquide pour remplir le tube.

L'enfant est tenu sur les genoux d'un aide, la tête soutenue avec la main gauche, au-dessus d'un vase à bord large. La face est tournée en haut, la tête légèrement plus basse que les pieds.

Pour introduire l'entonnoir, on le tient de la main droite comme une plume à écrire. Le pavillon est introduit d'abord dans le cul-de-sac inférieur, qu'il déprime ; avec le pouce ou l'index de la main gauche, l'opérateur relève légèrement la paupière supérieure et la laisse retomber au-devant du pavillon. L'instrument est placé et tient par la simple contraction des

paupières. L'opérateur soutient le tube de caoutchouc, et masque de la main gauche le nez et la bouche de l'enfant.



Fig. 566. — Entonnoir-laveur de Kalt.

Un énergique courant d'eau se précipite contre les paupières, déplisse et distend en forme de boudin le cul-de-sac supérieur en entraînant toutes les sécrétions; il s'échappe enfin par la fente palpébrale sur les côtés du laveur. On constate en même temps que le pavillon et le voile des paupières sont refoulés à 5 millimètres en avant du globe de l'œil.

A cette pression de 50 centimètres qu'il ne faut pas dépasser, l'écoulement des deux litres de liquides se fait en 7 à 8 minutes. La même opération s'exécute ensuite sur l'autre œil.

Pour empêcher l'entrée du liquide dans le nez et la bouche, l'enfant est tenu sur les genoux d'un aide, les pieds un peu plus élevés que la tête, et la face tournée vers le haut. Sur le parquet on dispose un vase à bords larges, un baquet, une cuvette de *tub*.

Comme liquide médicamenteux, Kalt a d'abord conseillé le permanganate de potasse qui est inoffensif pour la cornée dans les cas fréquents où elle est ulcérée. On se sert d'une solution à 1/5000, en formulant :

Permanganate de potasse	20 grammes.
Eau distillée	250 —

On ajoute aux deux litres d'eau (50°-55°) du bock, 6 centimètres cubes de cette solution, soit une forte cuillerée à café (débordant). Après mélange, ces deux litres serviront pour un seul œil. Kalt¹ a substitué au permanganate de potasse le permanganate de chaux, qui est moins irritant et qui s'emploie à la même dose.

Quand l'ophtalmie est légère, c'est-à-dire quand elle s'accompagne de sécrétion peu abondante et de gonflement médiocre, une irrigation *matin et soir* dans chaque œil est suffisante. — Si la sécrétion est moyenne ou forte, et le gonflement marqué, il faudra faire trois irrigations dans chaque œil. Dans l'intervalle, on laissera couler entre les paupières, toutes les deux heures, un peu de solution forte à une cuillerée à café par litre.

Enfin, dans les ophtalmies particulièrement graves, avec infiltration grisâtre des targes, forte purulence dès le début, ulcérations cornéennes précoces, Kalt fait 4 irrigations par jour pendant 5 ou 4 jours pour descendre ensuite à 5.

Dès le lendemain de l'application de ce traitement, on note une diminution du gonflement et de l'écoulement. Après trois jours de traitement, un écoulement intense doit être devenu séro-

¹ Bulletin de l'Académie de médecine, octobre 1895.

muqueux et faible, sinon le traitement n'a pas été employé avec une énergie suffisante.

Vers le 4^e, 5^e jour, l'amélioration a toujours été très manifeste dans tous les cas graves. Le traitement maximum (2-3-4 irrigations par jour) doit être continué jusqu'à cessation presque complète de l'écoulement et disparition du gonflement. Quand il ne reste plus qu'un peu de sécrétion le matin, une seule irrigation est suffisante; mais elle doit être continuée, par crainte de rechutes, jusqu'à disparition de toute sécrétion.

Les irrigations sont par elles-mêmes peu irritantes, et leur emploi est sans inconvénient, soit pour l'œil, soit pour la santé générale de l'enfant.

Le traitement de Kalt donne des résultats satisfaisants dans la pluralité des cas; cependant les ophtalmologistes lui reprochent d'être insuffisant et de ne pas donner la même sécurité que les cautérisations au nitrate d'argent.

B. CONJONCTIVITE CATARRHALE (CATARRHE CONJONCTIVAL)

Voici, d'après Valude¹, les principaux caractères de la conjonctivite catarrhale, que l'on peut considérer comme une forme très atténuée de l'ophtalmie purulente, mais qui en diffère tellement par sa marche et par sa gravité qu'elle mérite une description séparée.

Il existe au niveau de la conjonctive palpébrale une rougeur uniforme sans gonflement et une sécrétion muco-purulente peu abondante. Pas d'œdème des paupières; peu ou pas de catarrhe de la conjonctive bulbaire, pas de chémosis.

L'enfant ne tient pas les yeux fermés; il les ouvre assez facilement, n'étant pas gêné par le très léger gonflement palpébral. Le bord des paupières est un peu rouge et humide; la conjonctive bulbaire est seulement rosée. Des mucosités jaunâtres se voient généralement aux angles de l'œil, surtout à l'angle interne.

En déprimant la paupière inférieure, on constate que la conjonctive est d'un rouge foncé, mais unie, sans villosités; la rougeur va jusqu'au fond du cul-de-sac au niveau duquel existe un filament de muco-pus concret: c'est le signe caractéristique de la maladie.

En retournant la paupière supérieure, la conjonctive présente la même coloration foncée, mais pas de sécrétion.

Pendant la nuit, la matière sécrétée se dessèche sur les bords palpébraux et les agglutine.

Ces symptômes durent habituellement une ou deux semaines, puis diminuent et disparaissent sans amener aucune formation papillaire de la conjonctive; les complications cornéennes (ulcérations, etc.) sont tout à fait exceptionnelles.

Lorsque le catarrhe conjonctival, non consécutif à une ophtalmie grave ou ne coïncidant pas avec un mauvais état général de l'enfant, se prolonge au

¹ Les ophtalmies du nouveau-né. Paris, Rueff et Cie, 1895.

delà de quinze jours, il doit être considéré comme symptomatique et on en trouve assez souvent la cause dans une *obstruction des voies lacrymales* qui n'est pas très rare chez le nouveau-né. Elle est habituellement unilatérale et s'accompagne de catarrhe conjonctival et d'un larmolement très marqué; la conjonctive est villeuse et présente une coloration rouge uniforme. En pressant sur la région du sac lacrymal, on fait sourdre hors des points lacrymaux un liquide plus ou moins épais.

En dehors de cette cause mécanique, la *conjonctivite catarrhale* du nouveau-né peut être due au froid, mais le plus souvent elle résulte d'une infection qui ne se produit pas pendant l'accouchement, mais pendant les jours qui suivent la naissance. Cette infection peut résulter du transport de divers micro-organismes; d'après Kartulis, Weeks et Morax¹, il existe un *microbe spécifique* de la conjonctivite catarrhale: c'est un bacille très fin, immobile, rappelant celui de la septicémie des souris et difficile à cultiver.

Le pronostic de la conjonctivite catarrhale est bénin; mais elle est contagieuse et par suite sa virulence peut être plus grande à la suite du transport sur un autre terrain.

Le traitement consistera à faire des lavages répétés avec la solution boriquée ou thébaïcée et des instillations bi-quotidiennes avec quelques gouttes de la solution suivante qui doit être filtrée:

Eau distillée	10 grammes.
Nitrate d'argent	dix centigrammes.
Landanum de Rousseau	dix gouttes.

Lorsque ces moyens ne suffisent pas à guérir la conjonctivite catarrhale, il faut rechercher si elle n'est point due à l'obstruction des voies lacrymales: on obtient alors la guérison par un léger débridement et par le cathétérisme répété des voies lacrymales.

C. CATARRHE CONJONCTIVAL DES PRÉMATURÉS

Il existe chez les *prématurés* un état-catarrhal qui diffère à la fois de l'ophtalmie purulente vraie et de la conjonctivite catarrhale: il est caractérisé par un écoulement purulent d'une abondance extrême. Le pus s'échappe à flots hors des paupières dès qu'on les entr'ouvre: c'est un pus jaune pâle, presque blanc, très crémeux et épais; il apparaît sans qu'il y ait eu auparavant écoulement de liquide citrin ou de sécrétion jaune foncé. Peu ou pas de gonflement des paupières, peu de lésions de la conjonctive bulbaire, pas de chémosis; la conjonctive palpébrale est d'un rouge pâle, elle est recouverte, surtout l'inférieure, de villosités épaisses qui constituent presque des végétations.

Cet état peut durer pendant un temps quelquefois assez long, plusieurs semaines, un ou deux mois, sans atténuation, ni aggravation des symptômes, sans être influencé par le traitement: pendant tout ce temps la sécrétion est abondante et épaisse, la conjonctive reste villeuse et rouge pâle. Il est sin-

¹ *Étiologie des conjonctivites*. Thèse de Paris, 1895.

gulier de constater que les cornées, baignées constamment par des flots de pus épais, ne s'altèrent que très rarement: ce qui semble indiquer une virulence faible de cette sécrétion. Ce n'est qu'exceptionnellement que, dès le début de la maladie, la cornée est prise en même temps que la conjonctive, elle devient rapidement et uniformément grise, se ternit, se ramollit et s'ulcère. Ces complications ne s'observent guère que chez des prématurés dont l'état général est grave. C'est d'ailleurs ce mauvais état général des prématurés qui favorise le développement de cet abondant catarrhe en même temps qu'il en constitue la véritable gravité.

Les caustiques, les astringents ne donnent pas de bons résultats dans le traitement du catarrhe conjonctival des prématurés. Valude conseille en pareil cas les irrigations fréquentes avec la solution thébaïcée, puis deux fois par jour on passe à la surface de la conjonctive des deux paupières un gros pinceau de blaireau, largement imbibé du mélange suivant:

Terpinol	} à parties égales.
Huile de vaseline ou huile d'amandes douces	

S'il existe des lésions cornéennes, on incorpore à ces mixtures de l'iodoforme qui s'y dissout assez facilement.

Valude a également employé les instillations bi-quotidiennes avec une solution d'aldéhyde formique (formol) à 1/100 ou à 1/200.

D. CONJONCTIVITES A FAUSSES MEMBRANES ET DIPHTÉRIE OCULAIRE

Ces conjonctivites sont encore à l'étude aussi bien au point de vue clinique qu'au point de vue bactériologique; malgré tout l'intérêt qu'elles présentent pour l'accoucheur, nous ne pouvons que résumer les données actuelles sur cette question. Il existe deux grandes variétés de conjonctivites:

a. La *conjonctivite pseudo-membraneuse*, décrite par Bouisson (1846), Chassaignac, et qui ressemble à une conjonctivite catarrhale peu intense; elle en diffère en ce que la muqueuse palpébrale est doublée, au niveau des culs-de-sac d'une membrane mince, non adhérente, semblable à du blanc d'œuf cuit. C'est un épiphénomène de la maladie, dont les suites sont habituellement bénignes.

b. L'ophtalmie *diphthérique proprement dite*, qui est caractérisée par une infiltration profonde de la muqueuse conjonctivale; elle est épaisse, lardacée, elle a perdu toute vitalité, elle a une couleur jaunâtre d'eschare. Il n'y a pas de pseudo-membrane à la surface.

Il survient bientôt une période d'élimination pendant laquelle disparaissent toutes les parties mortifiées. Cette destruction des tissus produit des brides cicatricielles qui amènent un symblépharon étendu et de l'entropion. La destruction de la cornée est souvent rapide et complète.

A côté de ces deux formes bien définies de la *conjonctivite diphthérique*, dont l'une est bénigne et l'autre grave, il en existe d'autres parmi lesquelles

Valude décrit la *conjonctivite pseudo-membraneuse chronique*, déjà vue par Hulme et Hart, et la *conjonctivite pseudo-membraneuse suraiguë*.

Quelle est la nature de ces différentes conjonctivites? Des recherches de Moritz, de Sourdille, de Morax, etc., il résulte que ces conjonctivites pseudo-membraneuses ne sont pas des conjonctivites pures à streptocoques ou à staphylocoques; toujours ou presque toujours, le bacille de Löffler y entre pour une certaine part. Il semble que les formes légères de la conjonctivite pseudo-membraneuse sont dues à l'association du staphylocoque et du bacille de Löffler. L'union de ce bacille avec le streptocoque donnerait lieu aux formes les plus graves de l'affection et même à la conjonctivite diphtérique vraie ou interstitielle, lorsque celle-ci n'est pas produite par le microbe de la diphtérie à l'état de pureté. En un mot le bacille de Löffler joue un rôle dans la production de la maladie, mais les staphylocoques et les streptocoques interviennent pour en déterminer les différentes formes.

Quant au traitement, il faut éviter le nitrate d'argent, les applications froides ou glacées, les scarifications et l'emploi du sublimé. Valude conseille les irrigations chaudes de solution boriquée ou thébaïcée faites avec un laveur, l'entonnoir de Kalt, par exemple. En outre, on introduit deux fois par jour dans la cavité conjonctivale un peu de pommade iodoformée à 1/50. Si la sécrétion purulente est trop abondante, on la modère en mettant de l'huile de vaseline mélangée à parties égales avec le terpinol.

Sourdille a conseillé de faire deux fois par jour sur les points envahis par la fausse membrane des attouchements avec le mélange suivant :

Glycérine. 20 grammes.
Acide phénique. 2 —

Il n'est point possible de dire à l'heure actuelle dans quels cas il faut recourir aux injections du sérum de Roux, qui doit certainement rendre ici, comme dans la diphtérie des voies respiratoires, d'inappréciables services.

E. PHLEGMONS DU SAC LACRYMAL. DACRYOCYSTITES CHEZ LES NOUVEAU-NÉS. OBSTRUCTION DU CANAL LACRYMAL

On observe quelquefois chez les nouveau-nés des phlegmons du sac lacrymal que l'on distingue facilement de l'ophtalmie purulente par un examen méthodique. Despagnet, qui en a observé trois cas, pense que cette affection est due à une obstruction du canal nasal par un bouchon muqueux; cette obstruction se fait pendant la vie intra-utérine, puis survient une infection microbienne. Le traitement consiste dans des lavages boriqués et le cathétérisme du sac lacrymal. Trousseau n'a pas observé ces phlegmons du sac lacrymal, mais a vu de fréquentes dacryocystites chez les nouveau-nés; elles sont dues à une imperforation congénitale du canal lacrymal: il suffit de pratiquer une fois le cathétérisme du canal pour faire cesser l'imperforation et guérir la dacryocystite.

E. Landolt¹ a insisté sur la fréquence relative de l'obstruction du canal

¹ *Annales de gynécologie*, janv. 1897.

lacrymal chez les nouveau-nés. On l'observe chez des enfants qui, peu de temps après la naissance, sont atteints d'une conjonctivite légère qui cède assez rapidement aux lavages habituels, mais la guérison n'est pas complète: « l'un des yeux ne cesse de pleurer, de sécréter, de se coller la nuit, de montrer une gouttelette de matière jaune et épaisse dans l'angle interne des paupières, parfois aussi il n'y a jamais eu de conjonctivite proprement dite, mais l'un des yeux se trouve néanmoins dans l'état décrit qui résiste à toute médication. Ce larmolement unilatéral est toujours suspect d'obstruction des voies lacrymales ».

On fait le diagnostic en exerçant une légère pression de bas en haut et de dedans en dehors sur le sac lacrymal, une goutte de muco-pus ou même de pus sort des points lacrymaux. Dans certains cas même où ce signe fait défaut, en présence d'une sécrétion persistante de l'œil, il est utile de faire, au moyen d'une sonde, l'exploration des voies lacrymales. Cette opération peut se faire sans la section du canal lacrymal. Landolt conseille de se servir pour cette petite opération de deux sondes: l'une, dont l'extrémité est conique, sert à dilater légèrement l'orifice du canal; l'autre, boutonnée en olive, pénètre dans le canal sans traumatisme jusqu'au plancher du nez. Lorsqu'on la retire, il sort presque toujours du pus ou du muco-pus du nez ou du canalicule, même dans les cas où la pression sur le canal lacrymal ne faisait rien sourdre. Après ce sondage, on fait, avec la seringue d'Anel, une injection avec un antiseptique léger (acide borique à 4/100 ou sublimé à 1/5000). Il suffit, le plus habituellement, de pratiquer un seul cathétérisme et deux ou trois injections, sans sondage préalable, pour amener la guérison.

II. INFECTIONS OMBILICALES CHEZ LE NOUVEAU-NÉ.

Nous laissons de côté les infections qui se produisent pendant la vie intra-utérine par les veines ombilicales; presque toujours, en effet, dans les rares observations où l'on a constaté une phlébite de cette région, l'infection s'était produite avant la naissance.

Les accidents que l'on observe au niveau de la plaie ombilicale résultent d'une infection qui a pris naissance au niveau du sillon d'élimination avant ou après la chute du cordon.

Ces accidents, qui étaient autrefois beaucoup plus fréquents que maintenant, ont été étudiés par Martin (de Lyon), Billard, Underwood, Dubois, Hueter, etc. Ces derniers auteurs ont entrevu la coïncidence des accidents ombilicaux avec la fièvre puerpérale de la mère. Trousseau, Bouchut, Lorain ont fait ressortir la contagiosité de ces accidents. Quant aux lésions, elles ont été décrites par Thore qui a démontré l'existence des phlébites ombilicales, par Notta (1855) qui a fait connaître les artérites ombilicales, étudiées depuis par Fualdès, Baginsky, Runge (de Dorpat). Signalons enfin les recherches bactériologiques, entreprises sur ce sujet, par Cholomogoroff, Eross (de Budapest), Aehalme, Cobilovici¹.

¹ *Contribution à l'étude des affections ombilicales chez le nouveau-né*. Thèse de Paris, 1895.

Nombreuses sont les causes d'infection de la plaie ombilicale chez le nouveau-né; sans parler de l'infection existant chez la mère, les pansements négligés du cordon, les bains malpropres, tous les objets septiques qui peuvent être mis en contact avec l'ombilic fœtal pendant le change de l'enfant, etc., sont autant de causes qui peuvent produire de l'infection à ce niveau. Lorsqu'on songe aux difficultés d'assurer une antiseptie même relative de cette région, on est étonné que les accidents n'aient pas été plus fréquents autrefois et qu'ils s'observent même aussi rarement maintenant.

On tend, à l'heure actuelle, à abandonner de plus en plus l'usage des bains chez les nouveau-nés jusqu'à cicatrisation complète de la plaie ombilicale. Dans une thèse¹, faite sous l'inspiration de Pinard, G. Bastard a montré que les bains, donnés journellement au nouveau-né, retardent notablement le moment de la chute du cordon: elle a lieu le 5^e jour chez les enfants qui n'ont pas été baignés et seulement le 7^e jour chez ceux qui ont été baignés chaque matin. La proportion des petites complications du côté de l'ombilic est plus grande (19 pour 100) chez cette seconde catégorie d'enfants que chez la première (6,5 pour 100).

Cholomogoroff a constaté l'existence de divers microbes pathogènes (*staphylocoques*, *streptocoques*, etc.) et saprogènes (*bacillus subtilis*); Cobilovici a trouvé le staphylocoque pyogène blanc et le *bacterium coli* commune dans des cas où le sillon d'élimination était en apparence normal et où il existait seulement une légère suppuration à ce niveau. En faisant, au contraire, un véritable pansement aseptique avec des compresses stérilisées, le liquide recueilli au niveau du sillon est resté stérile, la momification était seulement retardée: la chute du cordon n'avait lieu que le 8^e ou le 9^e jour.

La pénétration microbienne se fait par les lymphatiques qui avoisinent le sillon d'élimination (Runge, Baginsky, Achalme); plus rarement les lymphatiques sont envahis secondairement à une inflammation des canaux excréteurs des glandes sébacées et sudoripares de la région péri-ombilicale (Escherich). Dans les cas où il existe des lésions des vaisseaux sanguins (le plus habituellement lésions artérielles), elles sont consécutives à une propagation par les lymphatiques. Les lésions se succèdent dans l'ordre suivant: lymphangites, cellulites, péri-artérites, péri-phlébites, artérites et phlébites.

Les infections ombilicales présentent différentes formes dont quelques-unes sont devenues bien rares.

A. *Érysipèle péri-ombilical*. — L'érysipèle péri-ombilical débute par une zone rougeâtre qui envahit peu à peu la paroi abdominale; la teinte rouge de la peau est moins accusée que dans l'érysipèle de l'adulte, il en est de même du bourrelet qui se trouve à la périphérie de la plaque érysipélateuse. Dans certains cas, le tissu cellulaire sous-cutané s'enflamme et l'érysipèle devient phlegmoneux. Cette forme est plutôt favorable pour le pronostic. Trousseau, Bouchut, etc., avaient constaté la guérison d'érysipèles par formation d'abcès. La bactériologie nous explique ce qu'a constaté depuis longtemps la clinique, car, lorsqu'il y a suppuration, il y a réaction phagocytaire.

¹ *Traitement du cordon ombilical après la naissance. Action des bains.* Thèse Paris, 1897.

D'autres fois, la peau est frappée de sphacèle, elle prend une teinte livide, elle se couvre de phlyctènes bientôt suivies d'eschares, qui se détachent par lambeaux, lorsque la vie du petit malade se prolonge (Picot et d'Espine). La température est généralement très élevée, sans rémission notable. Achalme donne le nom de sous-cutané à cet érysipèle péri-ombilical et l'assimile à l'érysipèle chirurgical.

B. *Lymphangite*. — Dans certains cas, il existe seulement une lymphangite superficielle qui se traduit par une rougeur limitée sans retentissement sur l'état général. La rougeur diminue et disparaît en quelques jours, et la cicatrisation de la plaie ombilicale se fait d'une façon normale.

C. *L'omphalite* est caractérisée par une inflammation de l'ombilic qui s'accompagne de phlegmon des régions voisines. Tantôt ce phlegmon est peu étendu, tantôt il peut envahir en superficie et en profondeur toute la paroi abdominale et déterminer même de la péritonite. Dans certains cas, les vaisseaux ombilicaux s'enflamment et une infection générale se produit. Le pronostic dépend de l'étendue des lésions et du retentissement de cette variété d'infection sur l'état général.

D. La *gangrène* et *l'ulcère* de l'ombilic s'observaient assez souvent jadis dans les Maternités: le cordon se sphacéait d'abord (gangrène humide), puis il se produisait consécutivement de la *gangrène* de la peau avoisinante par suite de thromboses qui survenaient dans les capillaires nourrissant les téguments. Dans certains cas, c'est à la suite d'une inflammation de la région péri-ombilicale que la peau se nécrosait; la gangrène existait alors sans sphacèle primitif du cordon. Les parties mortifiées qui s'éliminaient laissaient à leur place des pertes de substance plus ou moins considérables qui mettaient un long temps à se cicatrifier et exposaient le nouveau-né aux infections générales.

Des *lésions variées des vaisseaux ombilicaux* peuvent s'observer dans ces diverses variétés d'infection; l'artérite est beaucoup plus fréquente que la phlébite; elle atteint habituellement les deux artères qui se présentent sous forme de cordons durs, de coloration brunâtre; elle présente cet aspect jusqu'au niveau de la vessie. Le tissu conjonctif péri-vasculaire est très enflammé. Dans les vaisseaux on trouve une thrombose adhérente, rougeâtre à la périphérie, puriforme au centre.

Les lésions de la veine sont de même nature que celles des artères, elles ne dépassent pas la veine porte.

Lorsqu'il existe des lésions des vaisseaux, on peut observer des foyers infectieux au niveau des différents viscères de l'économie (foie, poumons, rate, reins, etc.).

Aussi, le *pronostic* des infections ombilicales, relativement bénin tant qu'elles restent limitées à la région ombilicale, devient-il grave quand il existe des lésions importantes des vaisseaux.

Le véritable traitement des infections ombilicales est prophylactique; c'est en favorisant la momification rapide du cordon par le pansement sec et par la suppression des bains, c'est en pansant avec soin la plaie qui persiste après sa chute qu'on évite les infections graves qu'on observait autrefois.

Les pansements humides, ou avec les corps gras, sont complètement abandonnés; le pansement sec, avec de l'ouate aseptique, est de beaucoup préférable.

Si les sécrétions de la plaie ombilicale deviennent abondantes, Ehrendoffer (Soc. des natur. et médecins allemands, sept. 1894) conseille de mettre sur la plaie 2 ou 3 gouttes d'une solution de nitrate d'argent à 1 ou 2 pour 100 et de panser ensuite la plaie à sec.

Il y aurait lieu de rechercher si la cicatrisation aseptique de la plaie ombilicale n'est pas réalisée d'une manière plus sûre avec de l'ouate imbibée de glycérine et maintenue par plusieurs tours de bandes de tarlatane.

III. ÉRYSIPELE DES NOUVEAU-NÉS

Cette maladie a beaucoup diminué de fréquence; elle a même pour ainsi dire disparu, grâce à l'antisepsie. Souvent, en effet, le nouveau-né était contaminé par sa mère en puissance d'infection. En outre, les pansements plus rationnels du cordon et de la plaie ombilicale ont contribué à mettre les nouveau-nés à l'abri de cette affection.

C'est en effet, le plus habituellement, au niveau de l'ulcération ombilicale que se produisait l'inflammation érysipélateuse. On observait jadis de véritables épidémies d'érysipèle ombilical, en même temps qu'existaient des épidémies de fièvre puerpérale chez les mères.

Ce n'est pas seulement au niveau de l'ombilic que l'on peut observer l'érysipèle du nouveau-né. Toute plaie produite pendant l'extraction du fœtus, par le forceps, par exemple, peut être le point de départ d'une infection érysipélateuse, si elle n'est pas pansée d'une manière antiseptique.

Le pronostic de l'érysipèle chez le nouveau-né est un peu moins sombre qu'il ne l'était il y a quelques années; il est probable qu'ici encore il y a atténuation de la virulence microbienne. Cependant le pronostic reste toujours grave, parce qu'il survient surtout chez des nouveau-nés débiles dont l'état général est plus ou moins mauvais. Ces circonstances qui prédisposent à cette complication la rendent en même temps assez grave.

Le traitement consiste dans l'application de topiques antiseptiques (vaseline boriquée, hydrargyrique), au niveau des régions envahies. Le meilleur médicament est constitué par le lait de la mère; on peut en outre faire prendre au nouveau-né 10 à 15 grammes d'alcool dans les vingt-quatre heures. On a tenté depuis 1894 le traitement de l'érysipèle des nouveau-nés par les injections de sérum antistreptococcique; il est encore difficile de se prononcer sur la valeur de cette méthode thérapeutique¹.

¹ Voy. E.-A.-T. STEELE. Un cas d'érysipèle du nouveau-né traité par le sérum antistreptococcique *Brit. med. Journ.*, 7 déc. 1895, p. 1418.

IV. HÉMORRAGIES DES NOUVEAU-NÉS²

Ces hémorragies sont *spontanées* ou *traumatiques*.

A. *Hémorragies spontanées*. — Celles-ci ont une physionomie, et comportent un pronostic tout à fait différent selon qu'elles sont ou non indépendantes d'un *état général grave* de l'organisme; mais il n'est point toujours facile, en présence d'un nouveau-né perdant du sang, de déterminer si cette hémorragie est liée ou non à un état général.

1° LES HÉMORRAGIES INDÉPENDANTES D'UN ÉTAT GÉNÉRAL GRAVE surviennent toutes peu de temps après la naissance et d'ordinaire sous l'influence de causes passagères, accidentelles en quelque sorte.

Elles peuvent se produire par plusieurs voies : *a.* par l'ombilic, *b.* par le tube digestif, *c.* par la vulve.

a. Hémorragies ombilicales. — Elles sont rares.

La première pensée qui se présente à l'esprit en face d'une hémorragie ombilicale est de l'attribuer à une ligature insuffisante du cordon.

Là n'est point la véritable cause de l'écoulement du sang. Si celui-ci après la naissance reprend le chemin qu'il suivait pendant la vie intra-utérine, c'est que la troisième circulation, dont l'établissement avait été le point de départ de la cessation de la circulation funiculaire, est pour une raison quelconque entravée au niveau des poumons.

Dès lors la pression sanguine s'élève, et le sang ne tarde pas à vaincre la barrière naturelle formée par la rétraction des vaisseaux ombilicaux et la barrière artificielle que forme la ligature.

L'irrégularité dans les mouvements respiratoires, les cris incessants, une respiration incomplète par suite de la faiblesse congénitale de l'enfant, ou entravée par un maillot trop serré ou par une main criminelle, tendant à élever la pression du sang par une surcharge sanguine relative et passagère : un reflux du sang se fait à travers la veine ombilicale par une sorte de regorgement.

Il peut même arriver que le sang acquière une tension suffisante pour forcer la barrière opposée par les artères ombilicales.

Ajoutons à ces causes certaines anomalies qui agissent en augmentant aussi la tension sanguine dans l'arbre circulatoire (malformation du cœur gauche (A. Herrgott), ou qui diminuent la rétraction des artères ombilicales (réunion des deux artères en un seul tronc, anomalie d'origine de l'artère ombilicale qui vient de l'aorte, etc.).

Enfin signalons l'arrachement accidentel du cordon au niveau de l'ombilic.

L'hémorragie ombilicale se fait parfois avant que le nouveau-né soit vêtu : elle est facile à reconnaître. Quand l'enfant est déjà habillé, on peut, si l'on ne l'observe pas avec soin, ne s'apercevoir que trop tard de l'accident dont il est victime.

² Consulter la thèse d'agrégation de Ribemont-Dessaignes : *Des hémorragies chez le nouveau-né*, Paris, 1880.

L'enfant, naguère frais et coloré, pâlit brusquement, ses lèvres se décolorent, la respiration devient anxieuse, et bientôt, si l'on n'intervient pas, apparaissent les mouvements convulsifs et la mort. Si l'on déshabille l'enfant, on trouve ses langes plus ou moins imbibés de sang.

On voit assez rarement sortir le sang des vaisseaux ombilicaux, car le fait même d'avoir déshabillé l'enfant, en permettant à la respiration de se faire plus aisément, met un terme à l'hémorragie.

D'elle-même l'hémorragie n'a pas de tendance à s'arrêter, elle n'en a pas non plus à récidiver. Le diagnostic est facile. Il n'y a qu'à regarder la région ombilicale pour être fixé.

Pronostic. — Le pronostic de l'hémorragie ne tire sa gravité (à part certains cas rares d'anomalie cardiaque) que du temps qui s'écoule entre le moment où l'hémorragie commence et celui où l'on s'en aperçoit.

Traitement. — Il est préventif, curatif, consécutif.

1° Le traitement *préventif* consiste dans une ligature très soigneusement faite du cordon, et suffisante pour seconder la rétraction des vaisseaux ombilicaux; on fait un pansement légèrement compressif de l'ombilic si le cordon a été arraché au ras de la peau.

Il importe de veiller à ce que, dans tous les cas, les vêtements des enfants ne soient pas trop serrés.

2° **Traitement curatif.** — On se hâte de déshabiller l'enfant, puis, la source du sang reconnue, on jette sur le cordon une ligature très serrée ou mieux une ligature élastique.

Si le cordon a été arraché au ras de l'ombilic, on place sur la région une petite pyramide de morceaux d'agaric aseptique saupoudré de poudre astringente ou imbibée d'eau de Pagliari, ou au besoin de perchlorure de fer étendu d'eau.

3° **Traitement de l'anémie consécutive.** — L'enfant sera le plus vite possible mis au sein d'une bonne nourrice. S'il est trop faible pour téter, on lui fera couler toutes les deux heures dans la bouche une quantité suffisante de lait. Il sera gavé au besoin et placé dans une couveuse ou tout au moins entouré de linges chauds ou enveloppé entièrement d'une épaisse couche d'ouate et entouré de boules d'eau chaude. On peut recourir aux injections hypodermiques de sérum artificiel.

b. Hémorragies du tube digestif. — C'est un accident très rare. Les garçons y sont plus exposés que les filles.

Étiologie. — Comme les hémorragies ombilicales, celles du tube digestif reconnaissent la plupart comme cause une gêne de la respiration qui détermine une congestion locale du côté du système de la veine porte et finalement l'extravasation du sang.

Les contractions péristaltiques de l'intestin qu'exigent l'expulsion du méconium et les actes mécaniques de la digestion joueraient également, d'après Rindfleisch, un rôle important dans les congestions gastro-intestinales: d'où résulte cette indication de ne pas gorger les enfants de lait sitôt qu'ils sont nés.

Quelquefois on a trouvé à l'autopsie de petites ulcérations sur la muqueuse

digestive (Billard, Buhl, Cruveilhier, Spiegelberg, Landau): sur 58 autopsies réunies par Dusser¹ et dans lesquelles la recherche des ulcérations a été notée on a trouvé 9 fois des ulcérations de l'estomac et 4 fois des ulcérations du duodénum; ces ulcérations ont été attribuées à des folliculites (Billard), à la dégénérescence aiguë des vaisseaux (Sternier et Buhl), à des embolies (Landau).

Ces ulcérations, elles aussi, sont une conséquence d'un trouble dans l'acte respiratoire, soit qu'elles résultent d'une embolie provenant d'une thrombose de la veine ombilicale, dont le contenu liquide n'a pas été suffisamment aspiré lors des premières inspirations, soit qu'elles se produisent directement à la suite d'extravasation sanguine tenant à l'exagération de la tension du sang, ainsi que l'a démontré expérimentalement Ebstein.

Il y a d'ailleurs lieu de se demander si, dans un certain nombre d'observations où l'on a constaté la présence d'une ulcération du tube digestif, la cause réelle, la syphilis, n'a pas échappé. Une observation, publiée par J. Jolly (*Bullet. de la Soc. anat.*, mars 1896), est instructive à cet égard: il s'agit d'un enfant né à huit mois d'une mère syphilitique et qui meurt vingt-sept jours après la naissance, ayant présenté des hémorragies multiples (hémorragies ombilicales, purpura hémorragique): et en particulier des hémorragies du tube digestif que semble expliquer à l'autopsie l'existence d'une ulcération isolée de l'intestin grêle. L'examen histologique ne permet pas de reconnaître la nature de cette lésion; il est cependant bien vraisemblable qu'ici encore la syphilis a exercé son action nocive.

Symptômes. — Peu abondante, l'hémorragie peut passer inaperçue.

Lorsqu'elle est copieuse, ce qui est la règle, elle se traduit immédiatement par les signes généraux: pâleur brusque, décoloration des muqueuses, faiblesse, abattement, accidents nerveux tels que: somnolence ou agitation, tremblement, mouvements convulsifs, respiration spasmodique, etc.

En outre, on constate un abaissement de la température; le pouls est imperceptible, l'enfant n'a plus la force de crier ni de téter.

Localement, rien ou un peu de ballonnement du ventre, qui est parfois douloureux, mat et donne au palper une sensation d'empâtement.

Puis, après un séjour plus ou moins prolongé dans le tube digestif, le sang est rejeté soit par la bouche, soit par l'anus.

L'hématémèse est rarement isolée. Le sang est ou noir ou rouge, et expulsé en quantité plus ou moins grande.

D'ordinaire, une partie seulement du sang est rejetée par hémématémèse, et bientôt le reste est rejeté par mékna, coagulé ou liquide, noirâtre ou rouge, pur ou mélangé au méconium.

Marche, durée, terminaison. — L'hémorragie débute quelques heures, ou deux ou trois jours après la naissance. Elle se fait en une ou plusieurs fois. Les évacuations se succèdent à intervalles plus ou moins rapprochés. D'ordinaire la première est la plus abondante.

Tantôt lente, elle est parfois rapidement abondante et mortelle

¹ Desser. *Des hémorragies gastro-intestinales chez les nouveau-nés.* Thèse de Paris, 1890.

Moins foudroyante, elle permet à l'enfant de résister.

La convalescence est quelquefois longue.

Diagnostic. — Il ne suffit pas qu'un enfant rejette du sang par la bouche ou l'anus, pour dire qu'il a une hémorragie du tube digestif.

Il existe en effet certaines causes d'erreur; car le sang peut venir de la mère, soit qu'épanché dans les organes génitaux il ait été avalé par le fœtus, au moment de son passage à travers ces organes, soit qu'il ait été fourni par une crevasse des mamelons et qu'il ait été aspiré en même temps que le lait.

Il faut bien savoir aussi que le mélena et l'hématémèse peuvent se montrer chez un enfant qui a subi une petite opération dans la bouche (section du frein de la langue, avulsion d'une dent, opération du bec-de-lièvre, etc.). Dans un certain nombre de cas, le diagnostic d'hémorragie du tube digestif s'impose d'autant plus que l'état général est grave et révèle une anémie intense.

A. Herrgott¹, après avoir rappelé les différentes causes des hémorragies gastro-intestinales chez le nouveau-né, insiste sur la division établie par Hesse (1825), Rilliet (1848) des hémorragies en deux variétés, l'une fausse et secondaire, l'autre vraie et primitive.

La première résulte de l'accumulation secondaire de sang dans l'estomac et l'intestin par suite d'une hémorragie qui suit une opération chirurgicale ou qui provient du nez, de la bouche, etc. La seconde, plus grave, a une étiologie encore assez obscure (ulcérations de l'intestin, syphilis, etc.). A. Herrgott rapporte l'observation d'un enfant mort dix heures après la naissance et chez lequel existait un arrêt dans le développement du cœur gauche dont les parois ainsi que les cavités étaient considérablement réduites. Il y eut donc au moment de la naissance stase sanguine dans le poumon, l'artère pulmonaire, le cœur droit et les vaisseaux qui s'y rendent: d'où la congestion du foie qui était gorgé de sang et la stase sanguine du côté du tube gastro-intestinal.

Lepage a observé en 1895 une variété particulière d'hémorragie du tube digestif, chez un nouveau-né, pendant les deux semaines qui ont suivi l'accouchement: l'enfant rejetait une ou deux fois par jour environ une cuillerée à café de sang plus ou moins altéré dix minutes après la tétée, sans mélange de lait. Ce sang ne provenait ni du sein de la mère ni de la bouche du fœtus. Y avait-il ulcération de l'œsophage? Ce qui est certain, c'est que le père et la mère étaient syphilitiques, et que les frictions hydrargyriques ont été suivies de la disparition des accidents.

Pronostic. — En général, les hémorragies du tube digestif sont plus graves que les hémorragies ombilicales. Il n'y aurait que 50 guérisons sur 100, d'après Silárman.

Traitement. — Le traitement préventif consiste à surveiller l'alimentation des premiers jours, et à éviter au tube digestif un travail trop actif.

Les traitements curatifs les plus divers ont été employés.

Il faut assurer d'abord le libre exercice de la respiration; on essaye de

¹ Ann. de la Soc. obst. de France, 1895, p. 121.

calmer les cris si ceux-ci sont incessants, on place l'enfant dans un milieu (conveuse) dont la température soit élevée à 37 ou 38 degrés. Les tétées ne devront pas être trop abondantes. — Quelques gouttes d'eau-de-vie pourront être mélangées au lait.

Dans les cas désespérés, on pratique une injection hypodermique d'éther.

c. Hémorragies des organes génitaux chez les nouveau-nés du sexe féminin. — Elles ne sont pas très rares, apparaissent en général dans la première semaine, et surtout dans les cinq premiers jours de la vie.

Elles doivent être considérées comme des écoulements menstruels précoces; c'est à tort que quelques auteurs pensent que la cause est la même que celle invoquée déjà, à propos des hémorragies ombilicales et gastro-intestinales: les troubles respiratoires.

Ribemont-Dessaignes a vu les trois fillettes de la même femme avoir, pendant une semaine, un écoulement assez abondant par la vulve.

Le sang provient de la muqueuse utérine, peut-être de la muqueuse vaginale. Dans trois cas, Pinard a fait l'autopsie de petites filles ayant présenté cet écoulement sanguin précoce par la vulve, et il a trouvé au niveau d'un ovaire un follicule de de Graaf volumineux venant de se rompre.

Cet écoulement est sans gravité; c'est un incident qui se termine toujours d'une façon heureuse.

2° HÉMORRAGIES DÉPENDANT D'UN ÉTAT GÉNÉRAL GRAVE DE L'ORGANISME. — Celles-ci sont caractérisées par la multiplicité des portes de sortie du sang, par l'impuissance habituelle où l'on est d'y mettre un terme, et par leur tendance à la récurrence après un temps assez court.

Ce qui domine ici, c'est l'état général. Sous des influences diverses congénitales ou acquises, le sang ou les vaisseaux sont profondément altérés; des hémorragies en sont la conséquence. Elles peuvent se faire par nombre de voies.

Les hémorragies les plus fréquentes sont ombilicales; mais elles peuvent se produire par la peau, le tube digestif, par la bouche, les gencives, les lèvres, la langue, le nez, les doigts, l'oreille, la vessie, les reins, le scrotum, etc.

Causes. — L'hémophilie héréditaire, une diathèse hémorragique temporaire (Minot, Grandidier, Wachsmuth) due à la syphilis, à la misère physiologique maternelle, à la dégénérescence graisseuse aiguë du nouveau-né, préexiste à la naissance.

Les maladies infectieuses: pyohémie, septicémie, qui se développent après la naissance, peuvent produire également cette diathèse hémorragique temporaire. Notons encore les maladies et les anomalies de l'appareil hépatique, l'athropsie.

Les accidents infectieux semblent jouer un certain rôle dans la production de la diathèse hémorragique des nouveau-nés, alors même que d'autres causes, telles que la syphilis, sont en jeu; ainsi Finkelstein¹ a observé un nouveau-né qui succomba à des accidents hémorragiques onze jours après sa naissance; la mère était syphilitique et présentait une phlegmatia alba dolens.

¹ Berl. klin. Wochenschr., 10 juin 1895.

A l'autopsie on trouva des hémorragies punctiformes des poumons et des reins, un épanchement de sang liquide dans le colon, des gommés du foie et de la rate, etc. De plus il existait dans les divers viscères un diplobacille dont l'inoculation produisit chez les souris une septicémie mortelle et chez les lapins, une diathèse hémorragique typique. Finkelstein pense que l'hérédosyphilis a joué un rôle dans le développement des accidents hémorragiques en créant un terrain favorable à l'infection bacillaire.

De même P. Bar et Renon¹ ont trouvé, dans le sang de nouveau-nés ayant succombé à des hémorragies graves, des colonies de staphylocoques blancs et dorés, et quelques colonies de streptocoques. Il faut donc, dans la pathogénie des hémorragies des nouveau-nés, faire une certaine part à l'infection.

HÉMORRAGIES OMBILICALES. — Signes. — Les hémorragies qui se font par l'ombilic sont caractérisées par la couleur de plus en plus claire du sang. Celui-ci est parfois verdâtre.

L'hémorragie débute soit avant la chute du cordon, soit après, et sort du bourgeon charnu qui se trouve au fond de la dépression ombilicale. Rarement, le sang s'écoule sous forme d'un jet fin, le plus souvent c'est un suintement continu qui se fait goutte à goutte pendant plusieurs jours ou plusieurs semaines. La mort survient plus ou moins vite suivant l'abondance et la continuité de l'hémorragie. Il n'est pas rare de voir, soit sous l'influence du traitement, soit spontanément, l'écoulement s'arrêter, mais il ne tarde pas à se reproduire.

Des pétéchies, des ecchymoses, l'ictère, des écoulements sanguins se faisant par d'autres voies démontrent la gravité de l'état général.

Il est rare que les enfants survivent plus de deux semaines. La mort est la terminaison la plus habituelle (85 pour 100).

Le *diagnostic* est ici un diagnostic étiologique.

Les signes d'état général grave que nous avons indiqués serviront à l'établir.

Traitement. — Il est *curatif* et *prophylactique*.

Traitement curatif. — Le traitement *curatif* est (a) *local* ou (b) *général*.

a. Il ne faut guère compter sur les topiques simples : poudres astringentes, liquides hémostatiques, à moins qu'on ne leur associe la *compression* faite soit à l'aide d'un petit tampon d'agaric, soit à l'aide d'un cône de liège maintenu par un bandage approprié, soit avec le doigt.

Le collodion a été employé, et a quelquefois réussi.

Mais souvent on devra recourir à des moyens plus énergiques : cautérisation au fer rouge, ligature immédiate des vaisseaux ombilicaux difficile à pratiquer, ligature du tubercule ombilical et, en dernière ressource, ligature en masse (P. Dubois), ou mieux pincement de la région avec une pince à forcipressure.

On pourrait pratiquer également la suture des bords de l'hiatus ombilical (Allaire).

b. Le traitement curatif général est médical.

Les astringents, les toniques et surtout les anti-syphilitiques seront administrés.

¹ *Revue gén. de clin. et de thérapeutique*, 29 nov. 1895.

Traitement prophylactique. — Surveiller la chute du cordon d'une façon toute spéciale chez les enfants à la moindre menace d'hémorragie, et au besoin, faire, comme Radford, la compression préventive.

Les HÉMORRAGIES INTESTINALES, les plus fréquentes après celles qui se font par l'ombilic, réclament l'usage du tannin, du perchlorure de fer, du nitrate d'argent administré par la bouche ou en lavement.

L'alcool est employé avec avantage.

Pour les hémorragies qui se font par un point quelconque des téguments, il faut s'opposer, autant que possible, par des moyens locaux, à l'écoulement du sang.

B. Hémorragies traumatiques. — Chez certains enfants prédisposés, des opérations en apparence insignifiantes telles que : vaccination, section du frein de la langue, circoncision, avulsion de dents incisives, etc., donnent lieu à des hémorragies incoercibles. Ce qui domine ici la scène, c'est l'état général qui prédispose l'enfant aux pertes de sang.

Il importe de rechercher s'il n'y a pas d'antécédents héréditaires hémophiliques, et de constater que l'état général est bon avant de procéder à la petite opération.

V. MUGUET

Le *muguet* s'observe chez les nouveau-nés débiles et allaités artificiellement avec des biberons malpropres. On l'observe encore lorsqu'on emploie des bouts de seins, des tételles, pour aider l'allaitement au sein. Nous renvoyons aux traités de pathologie infantile pour tout ce qui concerne la symptomatologie, l'anatomie pathologique et le diagnostic de cette affection. Rappelons seulement que c'est une affection contagieuse due à un parasite appelé *oidium albicans*, qui se développe de préférence dans les milieux acides.

Les petites plaques blanchâtres dues au muguet apparaissent sur la face dorsale de la langue; d'abord isolées les unes des autres, elles se confondent, puis atteignent successivement les bords de la langue, la face interne des joues, les lèvres, le voile du palais, et peuvent envahir tout le tube digestif.

Le muguet est généralement facile à reconnaître; il ne faut pas le confondre avec les petits grumeaux de lait qui séjournent après les tétées en différents points de la bouche. En cas de doute, il suffit de frotter légèrement pour enlever ces grumeaux; la muqueuse est au-dessous normale, tandis que si l'on enlève avec difficulté la plaque du muguet, elle est d'un rouge vif. Il est encore plus facile de différencier du muguet les petits kystes qui forment des points blancs sur la voûte palatine, près du raphé médian.

Le véritable traitement prophylactique du muguet consiste dans l'allaitement au sein, avec les précautions antiseptiques prises avant et après chaque tétée. Pinard insiste avec raison sur ce fait que, dans ces conditions normales, le muguet ne se développe pas, et qu'au contraire on peut toujours

l'observer, non seulement quand l'enfant est élevé au biberon, mais lorsqu'on a recours aux bouts de seins artificiels pour faciliter l'allaitement. Il suffit d'une faute contre la propreté pour que ces instruments favorisent l'éclosion du muguet.

Lepage a observé un cas de muguet chez un enfant allaité par une nourrice mercenaire; l'enquête apprit que l'enfant de cette femme présentait du muguet au moment où elle l'avait quitté. Malgré les recommandations faites à la garde, la désinfection du mamelon, à l'arrivée de la nourrice, n'avait pas été pratiquée.

Lorsque le muguet existe, on enlève les taches blanchâtres en frottant les parties malades avec un linge fin imbibé de solution alcaline, d'eau de Vichy, par exemple. On badigeonne la bouche de l'enfant, après chaque tétée, avec un pinceau imbibé d'un collutoire formé de miel et de borax à parties égales. Lorsque le muguet s'est propagé dans le tube digestif, il est bon de donner à l'enfant, avant la tétée, une ou deux cuillerées à café d'eau de chaux ou d'eau de Vichy.

VI. SCLÉRÈME

Définition. — Le sclérème des nouveau-nés est caractérisé par une induration des téguments et de la couche cellulo-graisseuse sous-cutanée, qui peut être généralisée, mais qui est habituellement localisée aux extrémités des membres.

Étiologie. — Le sclérème atteint presque exclusivement les prématurés et les enfants qui naissent en état de faiblesse congénitale. L'influence du froid est très manifeste; c'est en effet pendant l'hiver que l'on observe, ou plutôt que l'on observait, le plus grand nombre de cas de sclérème. Il est probable que cette complication est produite par un trouble de la circulation générale; il en résulte une diminution de la chaleur animale, qui se traduit par des épanchements séreux et une coagulation partielle de la graisse à la face interne de la peau.

Symptômes. — Cette complication survient habituellement dans les premiers jours qui suivent la naissance; on l'observe rarement après le dixième ou quinzième jour. Lorsque le sclérème débute plus tardivement, c'est qu'aux deux grandes causes que nous avons indiquées, faiblesse congénitale et température ambiante trop faible, il s'en ajoute une troisième, l'alimentation insuffisante.

C'est le plus habituellement au niveau des membres inférieurs, au niveau des mollets, que l'on constate une induration de la peau qui s'étend peu à peu aux pieds, aux cuisses, etc. En même temps les mêmes signes apparaissent au niveau de la face dorsale des mains et de la partie inférieure des avant-bras. Plus rarement la face est primitivement envahie.

Au niveau des régions atteintes, la peau ne présente plus de plis; elle est tendue, lisse et unie; elle a perdu sa souplesse et son élasticité, de telle sorte qu'il est impossible de la faire glisser sur les parties sous-jacentes et d'y

faire un pli. Sa coloration est tantôt d'un blanc jaunâtre, tantôt elle a la teinte de la cire vierge, tantôt elle est bleuâtre et presque livide. La température locale est abaissée; il en est de même de la température générale qui descend à mesure que la maladie progresse. Parrot a vu dans un cas la température rectale descendre à 21°8. Le pouls diminue de fréquence; les mouvements respiratoires se ralentissent en raison directe de l'abaissement de la température.

Le cri est plaintif, faible, comme étouffé. Lorsque la face est envahie, l'induration des lèvres gêne les mouvements de succion; la déglutition peut même être entravée. — Quand le sclérème s'accuse et résiste au traitement, la mort survient au bout de quelques jours. Lorsque, au contraire, il se produit une amélioration, au fur et à mesure que l'induration des tissus diminue, le corps se réchauffe et peu à peu la circulation et la respiration se rapprochent de la normale. Dans certains cas, l'amélioration n'est que passagère et l'enfant succombe par suite de l'envahissement total du sclérème ou par suite d'une complication.

Diagnostic. — Il ne faut pas confondre le sclérème avec l'œdème des nouveau-nés qui survient sous l'influence de diverses causes, en particulier de la compression exercée par un maillot trop serré ou trop remonté sous les aisselles. Dans ce dernier cas, on peut observer de l'œdème des deux mains qui simule, jusqu'à un certain point, le sclérème. Si l'on a quelques doutes sur le diagnostic, il suffit de laisser l'enfant avec un maillot très lâche pendant quelques heures pour voir disparaître l'œdème dû à cette cause.

Quant à l'induration due à l'érysipèle, son siège le plus habituel au niveau de la plaie ombilicale, l'existence de fièvre au lieu de l'hypothermie qu'on constate dans le sclérème, en rendent le diagnostic facile.

Pronostic. Traitement. — Le pronostic du sclérème est moins grave depuis l'emploi de la couveuse qui empêche d'abord nombre d'enfants d'en être atteints; en outre, lorsqu'il existe, la couveuse fait se rétablir peu à peu la circulation, en combattant le refroidissement du nouveau-né. La guérison sera d'autant plus vite obtenue qu'en même temps on s'occupera de régler l'alimentation de l'enfant, soit par des tétées répétées, soit par le gavage. Les frictions stimulantes, le massage des parties envahies hâtent la guérison.

VII. ICTÈRE DES NOUVEAU-NÉS

On observe quelquefois chez les nouveau-nés, pendant les jours qui suivent la naissance, un ictère plus ou moins marqué avec les symptômes classiques de ce syndrome. (Consulter le rapport de Charpentier, *Bull. de l'Acad. de médecine*, 7 nov. 1895.) Il faut distinguer trois variétés principales d'ictère :

1° *L'ictère simple du nouveau-né*; 2° *les ictères biliaires* qui reconnaissent nombre de causes dont les principales sont la *polycholie* et la rétention de la bile par anomalie de perméabilité des voies biliaires ou par maladie du foie (cirrhose syphilitique, etc.); 3° *les ictères infectieux*

1° *Ictère simple du nouveau-né.* — Cet ictère, qui est le plus fréquent, a été étudié par de nombreux auteurs : Baumès, Breschet, Andral, Hervieux, Porchat, Trousseau, West, Frerichs, Gubler et, plus récemment, par Hayem, Parrot, Charrin, Porak, Budin, Depaul, etc.

Cet ictère est caractérisé par la coloration jaune des téguments, la perte de poids des enfants et la coloration des matières qui persiste normale.

L'urine renferme des masses jaunes, considérées comme formées par des cristaux d'hémaphéine; elle contient en outre des cristaux d'hématoidine et d'urate de soude: elle ne renferme pas d'acides biliaires, contrairement à ce qu'on observe dans l'ictère d'origine biliaire.

Cet ictère s'observe surtout chez les enfants débiles, nés prématurément ou qui ont souffert au cours du travail. Il semble que la ligature hâtive du cordon en favorise la production.

Il est vraisemblable que cet ictère provient de la destruction trop considérable des globules rouges du fœtus et de l'élimination insuffisante, par les urines et par la bile, du pigment sanguin qui est ainsi mis en liberté. Cet ictère est généralement bénin; cependant, dans certains cas, il est grave en raison même des conditions de débilité des enfants qui en sont atteints, et parce que probablement, dans un certain nombre de cas, l'élément infectieux joue un certain rôle dans la production de cette complication.

2° L'ictère peut être d'origine biliaire sans lésions notables du foie; il est caractérisé par la présence de matières colorantes de la bile et par l'absence de coloration des matières fécales.

Les causes en sont multiples. Ce sont : des obstructions congénitales des voies biliaires par oblitération du canal cystique, du canal cholédoque ou même par absence des voies biliaires; parfois l'obstruction des voies biliaires est tardive et secondaire. Il va de soi que le pronostic de ces ictères est grave.

Une dernière cause est la *polycholie* qu'on observe chez les enfants volumineux, qui têtent en trop grande quantité, d'où exagération des fonctions biliaires. Cet ictère peut persister pendant un certain temps, l'enfant continuant à augmenter de poids. Il suffit de modérer l'alimentation pour que cet ictère disparaisse à la longue (Pinard).

5° Les *ictères infectieux* ont leur point de départ dans l'intestin du fœtus ou bien au niveau de la plaie ombilicale. La première variété peut revêtir le caractère épidémique et s'accompagne de diarrhée verdâtre plus ou moins abondante. Dans certains cas, on constate de l'hématurie et une teinte bronzée de la peau, produite par de la stase veineuse et de la cyanose. L'ictère infectieux à point de départ ombilical est habituellement causé par le streptocoque. Les ictères peuvent également être sous la dépendance d'un état général grave.

Il va de soi que le pronostic de ces deux dernières variétés d'ictère est grave et qu'il faut isoler rigoureusement tout enfant présentant ces accidents; c'est la meilleure manière d'éviter ces épidémies dont Charrin a rapporté plusieurs observations. Cette question des ictères infectieux chez le nouveau-né est encore à l'étude au point de vue bactériologique. Bar et

Rénon¹ ont observé un enfant né à terme d'une mère syphilitique: il présenta deux jours après la naissance un ictère fébrile qui augmenta et amena la mort le cinquième jour. A l'autopsie, le foie volumineux est sillonné de vaisseaux sanguins dilatés et obstrués par des caillots: l'un d'eux remplissait la veine ombilicale, atteinte de phlébite. Les cultures faites avec du sang provenant de la veine ombilicale, du lobe gauche du foie, de la rate, du cœur droit, contenaient toutes le *proteus vulgaris* d'Hauser à l'état de pureté. Au microscope, Bar et Rénon trouvèrent sur le foie des lésions de syphilis et de dégénérescence infectieuse profonde. Les microbes siégeaient en grand nombre dans les espaces interlobulaires. En résumé la syphilis avait été une cause prédisposante à l'infection.

CHAPITRE III

LÉSIONS DU NOUVEAU-NÉ CONSÉCUTIVES A L'ACCOUCHEMENT

Nous avons déjà vu la plupart de ces lésions: déformations de la partie fœtale qui se présente, céphalématome, etc. Nous allons compléter cette étude par celle: 1° des paralysies qui surviennent quelques jours après la naissance; 2° de l'hématome du sterno-mastoïdien; 3° des fractures des membres; 4° des fractures du crâne.

I. PARALYSIES CHEZ LES NOUVEAU-NÉS

Elles sont nombreuses et de pronostic très variable²; elles peuvent être: 1° d'origine périphérique; 2° d'origine centrale ou cérébrale. La paralysie spinale a pu être observée dans des cas extrêmement rares, où des tractions très énergiques, exercées sur les membres inférieurs du fœtus, avaient produit une déchirure transversale de la moelle.

1° *Paralysies périphériques.* — Ce sont celles qu'on observe le plus habituellement. Les nerfs les plus fréquemment atteints sont: le facial et les nerfs des membres supérieurs.

A. La *paralysie faciale* s'observe principalement à la suite d'une application de forceps; ce n'est point, comme l'a prétendu Kilian, par compression du cerveau, mais, comme l'a bien démontré Dubois, par compression

¹ *Société de Biologie*, 18 mai 1895.

² Consulter sur ce sujet: DUCHENNE (de Boulogne). *Traité de Félectrisation localisée*, 1872. — ERM. Verhandl. des Heidelberg Nat. med. Verein, 1875. — GU. FÉLIX. *Étude anatomique et critique sur les plexus des nerfs spinaux*, in *Arch. de neurologie*, 1885, t. V, p. 552-545. — FORACIS. Th. Montpellier, 1885. — KLUMPKER. *Paralysies radiculaires du plexus brachial*, *Revue de médecine*, 1885. — ROULLAND. Thèse Paris, 1887. — P. BUDIN. *Leçons de clinique obstétricale*, Paris, 1889.