

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

Rénon<sup>1</sup> 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 variable<sup>2</sup>; 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

<sup>1</sup> *Société de Biologie*, 18 mai 1895.

<sup>2</sup> 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.



du nerf facial, après son émergence du crâne, soit au niveau du trou stylo-mastoïdien, soit plus en avant, au-dessous de l'oreille, en pleine région parotidienne. La paralysie faciale s'observe encore par suite de la compression du nerf au niveau de l'angle sacro-vertébral, des ischions, du pubis, ou par une tumeur du bassin.

Varnier a rapporté une observation dans laquelle la paralysie était due à la compression produite par l'inclinaison très accusée de la tête sur l'épaule.

La paralysie faciale peut être partielle et porter isolément sur la branche temporale ou cervicale du facial. Le pronostic de cette paralysie est généralement très favorable; elle disparaît ordinairement en quelques jours; il suffit, lorsque l'œil reste découvert, de faire des lotions boriquées fréquentes. Dans certains cas, comme l'ont montré les recherches histologiques de Parrot et Troisier, la paralysie faciale ne guérit pas, par suite des lésions de dégénérescence qui envahissent le nerf. Il faut alors recourir rapidement aux courants continus.

On peut observer, dans les mêmes conditions, la *paralysie de la 5<sup>e</sup> paire*, avec chute de la paupière.

B. La *paralysie des nerfs du membre supérieur* s'observe bien rarement dans les cas où, l'accouchement étant spontané, il existe seulement une compression par suite de l'exagération du diamètre bi-acromial. Le plus habituellement, cette paralysie est consécutive à une intervention: application de forceps, tractions exercées sur la tête fœtale pour faire engager les épaules retenues au niveau du détroit supérieur. Dans l'extraction du siège, les manœuvres destinées à baisser le ou les bras défléchis, les tractions exercées sur les épaules pour faire descendre la tête, produisent également cette paralysie. C'est grâce aux travaux de Duchenne de Boulogne (1872), d'Erb (1874), que l'on connaît bien ces paralysies qui intéressent surtout les muscles innervés par les filets des 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> paires cervicales (deltoïde, biceps, coraco-brachial, long supinateur). Il est rare qu'il y ait une paralysie intéressant tous les nerfs du membre supérieur.

Erb a montré qu'en appliquant une électrode en un point situé entre les deux chefs des scalènes correspondant à l'émergence des 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> paires cervicales, on faisait contracter simultanément le deltoïde, le biceps, le coraco-brachial et le long supinateur, c'est-à-dire les muscles qui sont habituellement intéressés dans la paralysie obstétricale. Roulland (thèse Paris, 1887) a cherché à expliquer pourquoi les deux racines supérieures du plexus brachial étaient toujours lésées. Il pense que cette paralysie résulte d'une compression exercée soit par les doigts, soit par les instruments au niveau du point de Erb. Dans une clinique de décembre 1887, Budin semble adopter cette opinion.

Dans un mémoire très documenté<sup>1</sup> G. Fieux (de Bordeaux), tout en admettant avec Erb, Ferré et Forgues que les nerfs des muscles intéressés proviennent des 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> paires cervicales, rejette le mécanisme adopté par Rou-

<sup>1</sup> De la pathogénie des paralysies brachiales chez le nouveau-né. Paralysies obstétricales. *Ann. de gynec.*, janv. 1897.

land et Budin. Il fait remarquer tout d'abord que le long supinateur n'est habituellement pas intéressé, étant d'ailleurs innervé par le nerf radial et non pas par le nerf musculo-cutané. Il montre combien il est invraisemblable que, dans les traumatismes si divers qu'on observe dans les accouchements, la compression des deux faisceaux nerveux intéressés « s'exerce toujours en ce même point de Erb si limité que l'on ne peut le déterminer électriquement qu'à l'aide de fines aiguilles ».

Fieux a fait des expériences à l'aide de fœtus à terme sur lesquels il avait disséqué la région du cou, de manière à mettre en évidence les branches du plexus brachial. En extrayant le fœtus tête première ou tête dernière il a montré que, loin d'être la règle, la compression du point de Erb ne pouvait être que très exceptionnelle. Ce qui est constant au contraire, dans ses expériences comme dans la réalité, c'est la traction du cou. L'examen anatomique de la région montre que le plexus brachial a la forme d'un cône dont la base répond à la colonne cervicale et le sommet file vers le creux de l'aisselle. Les deux racines supérieures montent plus haut sur la tige cervicale que les trois racines inférieures. Si, fixant l'une des épaules, on tire la tête en inclinant du côté opposé, on voit que non seulement la tige cervicale oscille comme un balancier, mais encore qu'elle s'incurve, *tirillant d'autant plus les nerfs du plexus brachial que ceux-ci émanent de plus haut*. Il se produit une véritable élongation des deux racines supérieures du plexus.

Cette traction latérale du cou, amenant une élongation des filets nerveux d'autant plus accusée qu'ils émanent de plus haut, explique :

1<sup>o</sup> Les cas dans lesquels on a remarqué que le deltoïde est le seul muscle paralysé (Jacquemier).

Ceux dans lesquels le deltoïde paralysé en même temps que les muscles de la loge antérieure du bras est beaucoup plus long que ces derniers à récupérer ses mouvements.

2<sup>o</sup> Pourquoi c'est tel ou tel bras qui est atteint de paralysie. Ainsi lorsque la tête première est dégagée et que les épaules sont encore retenues dans le bassin, si l'on exerce des tractions vigoureuses en bas afin d'abaisser l'épaule antérieure, c'est le bras antérieur qui est paralysé.

Ce qui prouve bien que les manœuvres de traction exercent une influence sur la paralysie obstétricale, c'est la fréquence de cette paralysie dans la pratique de certains accoucheurs. Prouff (de Morlaix) et Guillemot<sup>1</sup> ont rapporté une série de cas de paralysies radiculaires du membre supérieur survenues chez des nouveau-nés qui avaient été tous extraits par les pieds par la même sage-femme.

2<sup>o</sup> Les *paralysies d'origine centrale* sont beaucoup plus graves, en raison même de leur cause; ce qui caractérise l'hémiplégie faciale de cette origine, c'est l'intégrité de l'orbiculaire palpébral.

Les paralysies du membre supérieur, d'origine centrale, n'existent guère. Dans certains cas, on a constaté une hémiplégie complète, répondant à une

<sup>1</sup> *Annales de gynécologie*, janvier 1897.



hémorragie cérébrale produite au moment de l'accouchement et résultant de la compression du cordon. Ces paralysies, d'origine centrale, sont importantes à reconnaître, car le plus souvent les lésions qui les ont causées sont mortelles.

Le traitement des paralysies obstétricales comporte l'emploi de l'électricité et des moyens ordinaires (frictions stimulantes, massage, etc.).

2° *Hématome du sterno-mastoïdien.* — Au cours de l'extraction du fœtus, il peut se produire des lésions périostiques ou musculaires qui donnent lieu à des épanchements sanguins. Lorsque l'extraction a été pénible il est commun de voir des hémorragies viscérales qui, si elles sont abondantes, peuvent déterminer la mort. Nous voulons simplement signaler l'un des hématomes qui embarrassent souvent le médecin à cause même de sa rareté, c'est l'hématome du sterno-cléido-mastoïdien. Il survient généralement à la suite de l'extraction du fœtus par le siège lorsque l'on exerce des tractions assez fortes sur l'une des épaules. Il est probable que cet hématome se produit par le même mécanisme que celui indiqué par Fieux pour les paralysies des muscles du bras. Charpentier, Kustner l'attribuent à la torsion exagérée du cou. Sur 5 cas qu'il a observés, Charpentier l'a vu 4 fois à la suite d'application de forceps dont 5 pour des ODP. Le volume de la tumeur siégeant sur le trajet du muscle varie suivant l'étendue de la rupture musculaire. Le plus habituellement il est unilatéral et peut siéger seulement au niveau de la partie sternale du muscle. Il peut en résulter du torticolis congénital; dans certains cas on observe en même temps que l'hématome une paralysie des muscles du bras du même côté. Il est probable que cette paralysie n'est pas due à la compression exercée par l'épanchement sanguin, mais provient plutôt du même traumatisme. Le traitement consiste dans l'immobilisation relative, le massage et l'électrisation.

5° *Fractures des membres.* — C'est généralement à la suite de la version ou de l'extraction du siège qu'on observe ces lésions. Il est utile de les diagnostiquer aussitôt que possible après la naissance, afin d'en prévenir la famille. Ces fractures peuvent siéger :

A. *Au niveau de la clavicule.* — Cette fracture est assez difficile à reconnaître en raison du peu de déplacement. Les signes les meilleurs sont, outre les commémoratifs, la douleur spontanée et surtout provoquée par la pression. La crépitation est rare. Cette fracture se consolide facilement. Il suffit d'immobiliser légèrement le bras le long du corps en maintenant le membre supérieur contre le thorax avec des épingles attachées aux vêtements ou au moyen de quelques tours de bande.

B. *Au niveau du membre supérieur.* — C'est l'humérus qui est habituellement cassé au niveau de sa partie moyenne. C'est en voulant dégager le bras défléchi que cet accident se produit. L'opérateur perçoit, en même temps qu'un bruit sec, la résistance vaincue. Après la naissance l'enfant est impotent du bras, il remue seulement les doigts. La crépitation peut être perçue. On réduit le mieux possible la fracture et on maintient le bras fixé le long du thorax.

C. *Au niveau des membres inférieurs.* — Il est exceptionnel que

les os de la jambe soient intéressés. On observait autrefois des fractures de la partie supérieure du fémur lorsqu'on employait les crochets, les lacets, etc. Ces lésions deviennent tout à fait exceptionnelles au cours de la version ou de l'extraction du siège. Il suffit généralement de procéder avec douceur pour les éviter. Le diagnostic est très facile en raison de la déformation du membre, de la douleur et de la crépitation. Il n'est pas possible d'appliquer des appareils à extension continue. Il suffit d'ailleurs le plus habituellement d'immobiliser le membre à l'aide d'attelles de carton et d'un pansement ouaté. Crédé a conseillé de fixer pendant 15 jours le fémur en flexion sur le bassin au moyen d'une bande passant au-dessous du creux poplité. D'une manière générale les fractures du nouveau-né s'accompagnent de peu de déplacement. Elles sont parfois assez difficiles, surtout les fractures de l'humérus, à distinguer du décollement des épiphyses. Ce diagnostic n'a d'ailleurs pas grand intérêt puisque le traitement est le même et consiste dans l'immobilisation. La consolidation se fait beaucoup plus rapidement que chez l'adulte, ces fractures étant presque toujours sous-périostées.

4° *Fractures du crâne.* — Elles peuvent se produire spontanément sous la seule influence de la contraction utérine faisant franchir à la tête fœtale un rétrécissement du bassin; mais généralement elles sont produites par l'intervention obstétricale à l'aide du forceps ou par des tractions exercées sur la tête dernière passant à travers un bassin rétréci.

Les fractures du crâne sont très variées. Elles siègent le plus habituellement sur le pariétal postérieur au niveau de son angle antéro-inférieur ou au niveau de la bosse pariétale. On peut observer des dépressions considérables sans que la mort s'ensuive. Inversement des fissures peu étendues peuvent amener la mort à cause des hémorragies méningées qu'elles déterminent. Tous les os du crâne, frontal, occipital, etc., peuvent être le siège de fractures si la cuiller du forceps a exercé à ce niveau une pression localisée. Les lésions de l'occipital peuvent porter sur la portion écailleuse ou plus près de la portion condyloïdienne. Le diagnostic des fractures du crâne se fait surtout d'après les symptômes d'hémorragie méningée qui accompagnent ces lésions et le pronostic varie suivant l'intensité ou le siège de ces hémorragies. D'une manière générale, plus la lésion se rapproche de la base du crâne et plus elle est grave. Le traitement consiste à laisser le plus possible les enfants dans l'immobilité. Ce n'est que dans des cas exceptionnels qu'on est autorisé à redresser à l'aide d'instruments les os qui présentent des enfoncements marqués.