

ne donner aux enfants du lait que le troisième jour; les deux premiers jours, on se contentera d'un peu d'eau sucrée. Le méconium doit être évacué complètement le troisième jour. S'il tarde, on administre un léger *laxatif* ou un petit *lavement*.

2° Frerichs parle d'*obstruction des canaux biliaires par des concrétions*. Lieutaud, Portal, Cruveilhier, Bouisson, Fauconneau-Dufresne, ont rapporté des cas de ce genre qui sont des trouvailles d'autopsie.

3° L'*oblitération congénitale de voies biliaires* par vice de conformation portant sur les gros canaux, décrite par différents auteurs (Donop, Campbell, Harley, Binz, Virchow, Hensch, Freund, Cnopf), mérite à peine une mention au point de vue thérapeutique. L'ictère se développe rapidement, acquiert en peu de temps une intensité considérable, l'urine est fortement colorée par le pigment biliaire, les selles au contraire sont décolorées. — L'enfant est dans un état grave. Il maigrit, tombe dans la somnolence, et meurt au bout de quelques jours en collapsus, au milieu de convulsions, ou emporté par une hémorragie intestinale ou ombilicale. On comprend que toute tentative thérapeutique serait vaine.

B. — AFFECTIONS DU FOIE

Gubler a décrit depuis longtemps la *cirrhose congénitale* du foie d'origine syphilitique, étudiée depuis par Weber, Bamberger, Hutinel et Hudelo. L'existence d'une cirrhose du foie ne modifie pas sensiblement le tableau de l'hérédosyphilis. Le foie est gros. Parfois, mais non constamment, il y a de l'ascite et de l'ictère.

Il y a dans cette forme d'ictère un traitement préventif qui consiste à traiter la mère pendant la grossesse. Quant au traitement proprement dit, il n'est autre que celui de l'hérédosyphilis : *frictions mercurielles* à la dose de 1 à 2 grammes par jour, *iodure de potassium* à la nourrice, ménager le tube digestif de l'enfant.

Bien que dans un certain nombre de cirrhoses du nouveau-

né (d'Espine et Picot¹, Neumann²), la nature syphilitique de celle-ci ne soit pas démontrée, elle est cependant vraisemblable et d'ailleurs, c'est la seule que l'on puisse essayer de traiter.

C. — ICTÈRE DANS LES INFECTIONS GÉNÉRALES

1° Considérations générales.

Les ictères qui ressortissent à cette catégorie de causes sont ceux dans lesquels il existe généralement une lésion hépatique plus ou moins grave, due à l'infection, et en même temps une altération profonde du sang qui se traduit le plus souvent par des hémorragies. Les ictères infectieux du nouveau-né ont reçu des descriptions et des désignations assez variées.

A. — En général, il s'agit d'enfants qui jusque-là bien portants sont pris deux ou trois jours après l'accouchement d'agitation avec élévation de température. Mais la fièvre dure peu et c'est surtout un collapsus rapide que l'on observe, en même temps que l'on constate un ictère plus ou moins foncé, biliphéique, parfois un ballonnement avec sensibilité extrême du ventre et vomissements bilieux (péritonite). La mort survient rapidement et l'autopsie révèle une artérite avec péri-artérite ombilicale, plus rarement d'après Runge, une phlébite ombilicale, des lésions broncho-pneumoniques, des altérations dégénératives des viscères. Baginsky³ a trouvé dans un cas de ce genre le streptocoque infectant les organes. Babes⁴ a vu, à côté du streptocoque, dans le sang et les organes un bacille court, rigide, pointu de 0,3 μ . Bar et Rénon⁵ ont observé une phlébite ombilicale et une septicémie produites

1. DESPINE et PICOT. — Traité pratique des maladies de l'enfance; 5^e édition.

2. NEUMANN. — *Berl. klin. Woch.*, 1893.

3. BAGINSKY. — *Arch. de Virchow*, 1889.

4. BABES. — Bacteriologische Untersuchungen uber septische Prozesse im Kindesalter. Leipzig, 1889.

5. BAR et RÉNON. — *Soc. de biol.*, 1895.

par le *proteus vulgaris* chez un nouveau-né syphilitique mort avec des symptômes d'ictère grave; la syphilis n'avait été qu'une cause occasionnelle.

Dans l'infection septicémique du nouveau-né, on peut trouver parfois une lésion ombilicale, ulcération sécrétante, phlegmon, qui facilite le diagnostic. Mais la septicémie peut se produire en dehors de toute altération de l'ombilic et même en l'absence d'artérite ou de phlébite ombilicale. C'est ainsi que nous interpréterons ces syndromes décrits par Bühl et Winkel et qui nous paraissent, comme à d'Espine et Picot, de simples cas de septicémie puerpérale.

B. — Bükl a décrit en 1861 une affection caractérisée par les symptômes suivants: Les enfants naissent asphyxiques sans raison apparente. Ils meurent de suite: s'ils survivent, la teinte cyanique fait place à une teinte jaune. Il y a de la diarrhée, du melæna, des hémorragies ombilicales, des suffusions sanguines sous la peau et dans les parties profondes. L'enfant meurt en collapsus au bout de huit à dix jours.

Il n'y a pas de modifications apparentes de l'ombilic, pas d'artérite ni de phlébite ombilicale; mais on trouve une dégénérescence graisseuse de tous les viscères, associée à une inflammation parenchymateuse et à des ecchymoses multiples.

C. — Une autre forme d'ictère infectieux sur le nouveau-né est celle qui répond à la *maladie bronzée hématique* de Laroyenne et Charrin¹, que Parrot a désignée sous le nom de *tubulhémie rénale* et que Winkel² décrivit comme une maladie nouvelle en 1879, après en avoir observé en l'espace d'un mois 23 cas. C'est une affection le plus souvent épidémique, mais qui présente aussi des cas sporadiques, observés par Sandner, Strelitz, Baginsky, etc. Wolcywski³ a pu dans une endémie de cyanose ictérique découvrir la cause de l'in-

1. LAROYENNE et CHARRIN. — *Maladie bronzée hématique des nouveau-nés. Associat. française p. l'avanc. des sc.*, 1873; *Th. de Paris*, 1873.

2. WINKEL. — *Deut. med. Wochs.*, 1879.

3. WOLCYWSKI. — *Anal. in Revue des mal. de l'enf.*, 1894, p. 89.

fection et la combattre. L'affection se caractérise par la dissolution des globules rouges du sang et une hémoglobinurie intense. La peau a une teinte brunâtre tirant sur le jaune (ictère noir). Il n'y a pas d'élévation de la température. L'enfant a des vomissements, de la diarrhée et meurt rapidement dans le collapsus ou au milieu de convulsions. La durée est de un jour à une semaine.

L'autopsie révèle une altération du sang qui présente les caractères du sang dissous, des foyers hémorragiques multiples, une infiltration brun foncé des reins, de la rate et du foie, une dégénérescence graisseuse du foie et du cœur, du gonflement des follicules clos de l'intestin, des plaques de Peyer et des ganglions mésentériques.

D. — On pourrait multiplier les formes de ces affections infectieuses du nouveau-né dans lesquelles l'ictère joue un rôle plus ou moins accessoire à côté des symptômes provenant de l'altération du sang. C'est ainsi que Baginsky¹ a rapporté un cas où l'enfant fut pris d'un syndrome analogue à celui décrit par Winkel le lendemain d'une circoncision et mourut dix jours après. Baumel et Boiadjeff² ont observé un enfant né avant terme qui eut aussi une coloration bronzée et ictérique de la peau, avec urines riches en indican, et qui guérit.

Mais il me paraît inutile d'insister sur les détails symptomatiques de toutes ces infections. De même, la question de pathogénie de l'ictère paraît peu importante à trancher. Dans toutes ces infections qui ont pour caractère commun de modifier la composition du sang, de provoquer des hémorragies ou des suffusions sanguines, il est rare que le foie ne soit pas intéressé, soit qu'il présente une inflammation parenchymateuse, soit une dégénérescence graisseuse. Il est probable que l'ictère dépend de ces deux ordres de causes; la recherche du pigment biliaire dans l'urine ou le plasma sanguin montrera la part prédominante ou exclusive de l'un ou l'autre de ces

1. BAGINSKY. — *Soc. de méd. de Berlin*, 1889. *Anal. in Sem. méd.*, 1889, p. 30.

2. BAUMEL et BOIADJEFF. — *Cong. de Bordeaux*, 1895.

éléments. Ce qui est surtout intéressant dans la question, c'est de reconnaître la source de l'infection et de trouver les moyens propres à la prévenir.

2° Traitement.

A. — Il est rare que l'infection se fasse de la mère au fœtus pendant la vie intra-utérine, au moins pour ce qui concerne la plupart des cas que nous avons à considérer. Il est bien connu qu'une femme atteinte de septicémie peut mettre au monde un enfant septicémique, qu'une femme atteinte d'ictère grave expulse un produit coloré en jaune, que sans être elle-même malade elle peut transmettre une infection au fœtus (variolo). — Ce sont là des cas dont la prophylaxie ressortit à celle même de l'infection chez la mère. Pour les infections acquises du nouveau-né, qui sont de beaucoup les plus nombreuses, l'effort de l'hygiène doit tendre à leur fermer les portes d'entrée que le nouveau-né offre même à l'état normal.

B. — C'est surtout l'ombilic qui paraît constituer le lieu d'introduction des germes pathogènes. Ceux-ci sont constitués par le streptocoque, les staphylocoques, le bacillus coli communis, le proteus vulgaris (Bar et Rénon), quelques micro-organismes particuliers comme celui décrit par Babes. — La prophylaxie de l'ictère infectieux est la même que celle de toutes les septicémies chez le nouveau-né : Il faut éviter le contact du cordon ou de la plaie ombilicale avec toute substance capable d'être septique.

C'est ainsi que les doigts qui pansent doivent être soigneusement lavés. La garde qui fait la toilette de la mère, doit commencer par le pansement de l'enfant avant de s'occuper de l'accouchée, les lochies, même chez une femme non infectée, pouvant être infectantes. — Les instruments utilisés, les ciseaux qui coupent le cordon, les bandes qui servent à le couvrir, doivent être aseptisés. Dans les maternités, le bain qui a servi à un enfant infecté ne doit pas servir à un autre. On proscriera les éponges.

Le pansement du cordon sera fait soigneusement. Tous les

accoucheurs combattent le pansement humide du cordon avec de l'huile ou de la vaseline. Ces substances empêchent en effet l'évaporation de l'eau du cordon et sa momification. Le cordon gras est une mauvaise chose. On enveloppe le cordon dans de la toile aseptique, de la gaze, on le relève sur l'abdomen et on le maintient par une bande moyennement serrée. La position déclive du cordon est fâcheuse, car elle risque de le laisser souiller par l'urine. Lorsqu'on panse le cordon, il faut le déplacer avec douceur, ne pas exercer de tiraillements, qui peuvent provoquer de petites ruptures vasculaires et favoriser l'infection. C'est pour cette raison que quelques auteurs renoncent au coton qui colle souvent et nécessite quelques tractions pour le détachement du cordon. Quelques médecins conseillent l'usage de poudres : talc, acide borique, etc. Les formules varient : il importe surtout d'user de poudres inertes, certaines substances, comme le phénol, étant très toxiques pour le nouveau-né. Tant que le cordon n'est pas tombé, l'absorption des substances médicamenteuses et parallèlement des germes pathogènes est plus notable qu'après sa chute. Cela résulte des analyses d'urine faites à ces deux époques différentes. Lorsque le cordon est tombé, on pansera la plaie ombilicale avec de la vaseline boriquée et on vérifiera tous les jours l'état de l'ombilic pour combattre rapidement toute anomalie dans l'évolution de la plaie.

C. — L'ombilic, bien que constituant le point de départ le plus fréquent des infections du nouveau-né, n'est pas leur seule voie d'introduction. Toute plaie chez le nouveau-né peut jouer le même rôle. Aussi faut-il panser avec soin les érosions faites dans l'application du forceps. Rappelons le cas de Baginsky dans lequel une circoncision fut l'occasion d'un ictère hémoglobinurique mortel.

D. — Le tube digestif a pu être parfois incriminé. C'est ainsi que Winkel a pu attribuer en partie l'épidémie qu'il observa à Dresde, à l'usage d'une eau, administrée sous forme de bains, mais aussi en boisson chez quelques nourrissons, eau riche en matières organiques et en ammoniaque.

Dans l'épidémie décrite par Wolczywski, cet auteur reconnut qu'on faisait usage d'une eau provenant de puits alimentés par filtration. Elle était chargée de matières organiques et donnait lieu dans la ville voisine à de fréquentes endémies. On y décéla la présence du coli-bacille, qui fut trouvé également dans le sang et les viscères des enfants morts d'ictère avec hémoglobinurie.

Cette eau était employée soit en bains, soit pour laver la bouche des enfants. On continua les bains avec la même eau, mais les lavages de la bouche furent pratiqués dès ce moment avec une eau de source pure, stérilisée et additionnée de 1 p. 100 d'acide borique.

Dès lors l'épidémie s'arrêta. C'était bien l'eau de lavage de la bouche qui avait infecté les enfants. Comme cette eau n'était pas déglutie, Wolczywski admit que les frictions faites dans la bouche avec le linge mouillé avaient implanté le coli-bacille dans l'épithélium buccal d'où il avait pénétré dans l'organisme.

Il ressort de là que la bouche du nouveau-né doit être lavée sans violence et avec un liquide aseptique.

Les infections provenant de l'absorption, au moment du passage de l'enfant, de liquide amniotique putréfié, ou de sécrétions vaginales, celles qui sont engendrées par du lait d'une femme malade sont susceptibles aussi de certaines mesures prophylactiques, mais elles ne rentrent pas dans notre sujet, l'ictère n'ayant pas été observé dans de pareilles conditions.

E. — Le *traitement proprement dit de l'ictère infectieux* se borne à peu de chose. Il faut soutenir les forces de l'enfant en lui donnant une nourrice, s'il prend la bouteille, lui donner quelques gouttes de *cognac* dans de l'eau sucrée, plusieurs fois par jour, faire de l'enveloppement chaud si l'enfant est dans le collapsus, désinfecter la plaie ombilicale, si elle paraît sup-purer activement ou s'ulcérer, par des lavages et l'application de poudre d'*iodoforme*.

CHAPITRE XXI

TRAITEMENT DES DÉGÉNÉRESCENCES HÉPATIQUES

PAR

CH. ACHARD

Agrégé, médecin des hôpitaux.

I

Des diverses dégénérescences hépatiques.

Les dégénérescences de la cellule hépatique sont nombreuses, diverses, et d'importance très inégale. Il en est que nous ne ferons que signaler. La cellule hépatique peut être frappée d'*atrophie simple*, notamment par compression ou rétraction; les processus inflammatoires en provoquent fréquemment la *tuméfaction trouble*; la *nécrose de coagulation* est engendrée surtout par les processus infectieux et toxiques. La *tuméfaction transparente*, altération moins banale, a été décrite dans le choléra (Hanot et Gilbert) et se retrouve aussi dans quelques états infectieux. Toutes ces lésions cellulaires, intéressantes sous le rapport de l'anatomie pathologique générale, n'ont qu'une médiocre importance pour le clinicien, surtout lorsqu'il envisage le côté thérapeutique: en effet, ces altérations n'existent pas ordinairement à l'état isolé, mais se trouvent en quelque sorte perdues dans un ensemble anatomique et symptomatique qui absorbe toute l'attention du clinicien.