

DEUXIÈME PARTIE

PATHOLOGIE SPÉCIALE DE LA PREMIÈRE ENFANCE

LIVRE PREMIER

PHÉNOMÈNES PHYSIOLOGIQUES ET PATHOLOGIQUES CONSÉCUTIFS A LA NAISSANCE

CHAPITRE PREMIER

CHUTE DU CORDON OMBILICAL

La chute du cordon sépare complètement le nouveau-né de ce qui l'attachait à la vie fœtale. Elle s'opère plus ou moins rapidement, suivant les sujets, d'après la texture même du cordon, et aussi d'après la constitution particulière des enfants. Ainsi les cordons volumineux, mous et gras, se dessèchent lentement et suppurent souvent à leur base avant de tomber; il y a, au contraire, des cordons minces, petits, qui sèchent de bonne heure, deviennent transparents comme du parchemin, laissent voir les vaisseaux desséchés qu'ils renferment et tombent assez promptement sans suppuration.

§ I. — Dessiccation du cordon ombilical.

Le cordon se flétrit du premier au troisième jour, et la dessiccation qui suit rapidement s'accomplit en vingt-quatre heures, trois, quatre et cinq jours. Celle-ci porte uniquement sur la matière gélatineuse du cordon et s'arrête au niveau du bourrelet cutané. C'est alors que le cordon se sépare avec ou sans suppuration, laissant une cicatrice complète au-dessous de lui.

Ce qu'il y a de plus curieux dans ce phénomène de dessiccation, c'est de le voir si évidemment placé sous la dépendance des phénomènes de la vie. On ne l'observe pas chez les enfants qui meurent en naissant: le cordon, loin de se dessécher et de tomber, se décompose au bout de quelques jours, les vaisseaux restent perméables et peuvent recevoir une injection pénétrante, ainsi que Billard l'a fait connaître. Ce fait est important au point de vue médico-légal, lorsqu'il s'agit de reconnaître si un enfant a vécu un, deux ou trois jours.

Haller et Monro attribuaient la chute du cordon à une sorte de gangrène; Gardien la considérait comme due à la constriction de l'épiderme; Chaussier, à un travail inflammatoire, et Billard au tiraillement des muscles abdominaux qui séparent le collet ombilical de la portion desséchée du cordon. Il est évident qu'il se fait ici un travail complexe, en tout semblable à celui qui résulte de la torsion des artères, une certaine partie du vaisseau se flétrit, meurt et se sépare des parties vivantes au moyen d'un travail inflammatoire plus ou moins évident, pour tomber sous l'influence de la moindre traction extérieure.

Ce travail d'élimination se fait ordinairement sans encombre, et donne lieu à un petit suintement, c'est-à-dire à une faible suppuration qui se voit sur les cordons

petits et peu gélatineux; mais dans quelques cas il est accompagné d'une suppuration plus abondante, si le cordon est volumineux. Quelquefois il est traversé par des accidents graves, hémorragiques ou inflammatoires.

§ II. — Hémorrhagie ombilicale, ou omphalorrhagie.

Underwood, Villeneuve, Richard (de Nancy), Burns, P. Dubois, Gould, Grandidier (de Cassel), Thore et Mansley, ont vu l'hémorrhagie se produire par le tubercule ombilical, et la mort en être la conséquence. Ce sont des cas assez rares et qui méritent de fixer l'attention des médecins. En voici un exemple dû à Mansley :

OBSERVATION I. — Un enfant mâle, né à terme, après un travail naturel, bien portant, et offrant tous les signes de la plus belle santé, fut d'abord atteint, quelques jours après sa naissance, de l'icterus neonatorum, pour lequel on administra de légers purgatifs. Un matin, la mère s'aperçut que les langes de l'enfant étaient tachés de sang; le cordon était tombé spontanément, sans violence, le cinquième jour. Appelé immédiatement, M. Mansley trouva la circonférence de l'ombilic dans des conditions normales, mais le fond de l'hiatus était occupé par une substance putrilagineuse ressemblant à des débris de tissu cellulaire mélangés avec du sang; la partie ayant été lavée avec soin, on s'aperçut que des gouttelettes de sang suintaient par une petite ouverture. Celle-ci fut touchée plusieurs fois avec le nitrate d'argent; mais ce fut en vain, l'hémorrhagie n'en continua pas moins; la réapplication de la pierre infernale, la compression exercée par le pouce des heures entières, le cautère actuel, l'usage des poudres styptiques, rien ne put arrêter l'écoulement. La ligature, à laquelle on songea aussi, devenait impossible par suite de la profondeur de l'hiatus. L'enfant, épuisé, succomba au bout de quarante-huit heures.

Dans un cas très-curieux suivi de mort, rapporté par le docteur Allaire, l'hémorrhagie a eu lieu, non pas par le tubercule ombilical, mais par une ouverture située au-dessous et communiquant avec l'artère.

OBSERVATION II. — L'enfant, âgé de neuf jours, était d'une bonne santé. Le cordon ombilical tomba spontanément quatre jours après la naissance, et l'on eut soin de continuer l'emploi du petit bandage de corps. Appelé au moment de l'hémorrhagie, je crus un instant avoir triomphé de cette hémorrhagie en employant tour à tour charpie, amadou, couverts de compresses graduées, le tout soutenu par un bandage de corps. La suspension de l'écoulement sanguin n'étant toujours que momentanée, je dus essayer la compression latérale avec les doigts, que je continuai pendant une heure, à deux reprises; mais j'avais le chagrin de voir l'hémorrhagie revenir aussitôt que la compression était suspendue.

Le sang ne venait pas du tubercule ombilical; il sortait en nappe et sans saccades du fond d'un hiatus existant au-dessous et un peu à gauche de ce tubercule. Cet hiatus était visiblement contractile; il se fermait et se dilatait alternativement: d'où suspension et réapparition de l'hémorrhagie.

La figure et les lèvres étaient d'une pâleur extrême, et je croyais à chaque instant voir mon petit garçon périr. En désespoir de cause, je dus me déterminer à maintenir rapprochés deux plis de la peau, l'un inférieur, bien contigu à l'hiatus, l'autre supérieur, au moyen de deux aiguilles à coudre (n'en ayant pas d'autre sous la main), et je fis la suture entortillée. A l'instant même, l'écoulement de sang cessa, mais l'enfant succomba une heure et demie après l'application de la suture et cinq heures après l'accident. Il refusa d'abord faiblement le sein de la nourrice, qui bientôt ne put que lui instiller de son lait dans la bouche; poussa de temps en temps des cris, des gémissements, eut quelques mouvements convulsifs; la respiration devint plus sonore, plus rare, suspicieuse; l'enfant était à l'agonie. Je n'omettrai pas de noter que pendant la première heure de l'accident l'enfant eut deux ou trois selles et urina deux fois.

Trente heures après la mort, je pratiquai une incision dans le lieu de l'hiatus d'où naissait l'hémorrhagie, en suivant la direction de la ligne blanche au côté gauche du tubercule ombilical. Là aucune extravasation n'existait. Je pus découvrir assez profondément, détachée et écartée de ce tubercule, une artère, dans le pertuis de laquelle je pus introduire un stylet. Évidemment c'est ce petit vaisseau qui a donné lieu à l'hémorrhagie. Sans aucun doute, l'opération la plus rationnelle et la plus sûre eût été de découvrir incontinent ce petit moignon d'artère afin d'en pouvoir faire la ligature. Cependant je me fais cette question : La compression au moyen de la suture entortillée, faite tout de suite, eût-elle été suffisante, soit pour, en arrêtant l'écoulement de sang au dehors, s'opposer à une extravasation sanguine interne, soit pour que la petite artère s'oblitérât ?

L'hémorrhagie a presque toujours lieu après la chute du cordon, au bout de sept, neuf, onze et même treize jours après la naissance. Grandidier en a vu un exemple au cinquante-troisième jour. Le sang coule en bavant d'une manière intermittente, et nullement par saccades indiquant la nature d'un jet artériel.

Je représente (fig. 5), d'après Émile Dubois (1), la disposition la plus commune des parties dans les hémorrhagies consécutives à la chute du cordon, celle dans laquelle les vaisseaux ombilicaux viennent s'ouvrir dans une cavité ou dépression qui remplace le tubercule ombilical. Les parties sont vues par la face péritonéale : on y remarquera que les deux artères ombilicales, et la cavité dans laquelle elles viennent aboutir, présentent des rides transversales, indices de la rétraction déjà commençante de ces organes.

Dans une autopsie que j'ai faite sur un enfant de huit jours, tous les organes étaient exsangues, surtout les poumons et le corps thyroïde. — En examinant l'ombilic par le côté péritonéal, j'ai vu la veine non oblitérée vide et les deux artères ombilicales aboutissant à un cul-de-sac où se trouvait l'ouverture d'écoulement du sang. Dans ces artères se trouvaient de petits caillots de sang noir espacés les uns des autres.

Causes. — Dans quelques cas, cette hémorrhagie a lieu d'une manière traumatique par suite de l'arrachement du cordon ombilical trop court, ou sur lequel on a exercé des tractions trop violentes. Le chapitre suivant contient deux observations de ce genre.

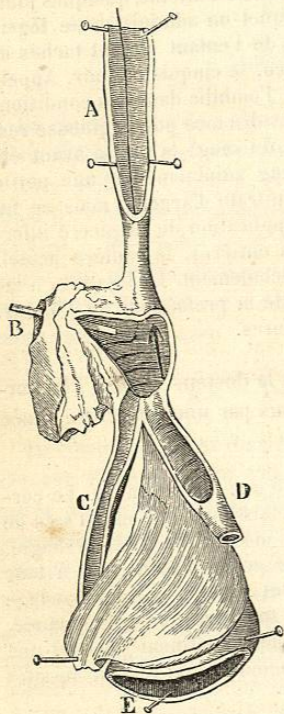


FIG. 5. — Hémorrhagie ombilicale après la chute du cordon (*).

Elle s'est présentée plusieurs fois chez des enfants atteints de *purpura*, et, chose curieuse, deux nouveau-nés, préservés de la mort hémorrhagique par Jeunin et par P. Dubois, sont morts ultérieurement avec les signes d'un *purpura* très-manifeste. Dans d'autres circonstances, la cause de l'hémorrhagie reste inconnue ;

(1) E. Dubois, thèse inaugurale. Paris, 1849, et *Bull. de thérapeutique*, 1849, t. XXXVII, p. 310.

(*) B, ombilic présentant l'ouverture extérieure par laquelle s'est faite l'hémorrhagie ; A, veine ombilicale, ouverte dans une partie de son étendue et dans laquelle on a passé un stylet de dedans en dehors ; C, artère ombilicale gauche ; D, artère ombilicale droite ; E, portion de la vessie urinaire.

mais il est probable qu'on approcherait quelquefois de la vérité en l'attribuant à un état de diathèse hémorrhagique ou de dissolution scorbutique du sang. En effet, Grandidier rapporte plusieurs cas de mort par hémorrhagie ombilicale chez des nouveau-nés issus de familles où régnait l'hémorrhaphilie.

En réunissant à ses observations celles qu'il a empruntées à divers auteurs, Grandidier en a rassemblé 202, d'après lesquelles il a rédigé son travail et d'où il conclut :

« Que l'hémorrhagie débute souvent de nuit sans symptômes préalables. Que dans quelques circonstances il y a des vomissements, des coliques, de la somnolence et surtout de l'ictère, avec constipation ou rejet de matières décolorées argileuses. Qu'il y a quelquefois des pétéchies, des ecchymoses et des hémorrhagies par les muqueuses annonçant un état de dissolution du sang, et que, dans ce cas, 32 fois sur 35 la maladie a été mortelle.

» Que sur 135 cas, l'hémorrhagie s'est produite 38 fois avant la chute du cordon, 26 fois en même temps et 71 fois à une époque plus éloignée ; et jusqu'au cinquante-sixième jour, la cicatrisation du cordon étant complète.

» Que l'hémorrhagie a lieu du cinquième au neuvième jour.

» Que l'hémorrhagie a lieu en nappe, rarement par un orifice distinct, et que c'est du sang artériel, plus que du sang veineux ; que ce sang est incoagulable.

» Que l'hémorrhagie est mortelle dans les 5/6^{es} des cas, et ne s'arrête jamais sans l'intervention de l'art, ce qui n'est pas exact.

» Que sa durée est variable ; que la mort peut se produire au bout d'une heure, au bout de trois semaines et alors par anémie ou épuisement.

» Que l'autopsie montre des vices de conformation du foie ou des voies biliaires, la perméabilité des vaisseaux ombilicaux, du trou de Botal, faits ordinaires à tous les nouveau-nés ; l'ictère, la phlegmasie des vaisseaux ombilicaux, l'oblitération de la veine porte et de la veine cave, etc.

» Que cette hémorrhagie est souvent consécutive, qu'elle est plus fréquente chez les garçons que chez les filles, comme 85 : 40 ; qu'elle est rarement héréditaire et qu'on l'a vue sur tous les mâles d'une même famille.

» Que cette hémorrhagie s'est souvent montrée chez les femmes ayant eu une grande polydipsie pendant leur grossesse ; ayant fait abus des alcalins. Qu'elle est rare dans les familles atteintes d'hémorrhagie ; car elle n'a été notée que 14 fois dans 9 familles, sur 452 sujets hémophiles dans 152 familles. Dans ces cas, si les enfants succombent, c'est à des plaies accidentelles plus qu'à l'omphalorrhagie.

» Que dans l'hémorrhaphilie le sang est coagulable, et pas dans l'omphalorrhagie ; elle est héréditaire, 433 : 452, et dans l'omphalorrhagie, 19 : 202 ; enfin 33 enfants ayant guéri de l'hémorrhagie ombilicale, aucun n'a eu plus tard de signes de la diathèse hémorrhagique, donc l'omphalorrhagie est distincte de l'hémorrhaphilie. »

Pronostic. — Cette hémorrhagie est très-grave, mais je ne partage pas l'opinion de Grandidier qui considère comme voués à une mort certaine tous les enfants qui en sont affectés. Une légère hémorrhagie n'est pas mortelle et s'arrête seule. Si l'hémorrhagie est très-abondante, c'est alors qu'elle devient très-dangereuse. Une fois on a vu l'hémorrhagie coïncider avec une ichthyose congénitale.

Traitement. — Tous les moyens employés contre cette hémorrhagie sont inutiles, à l'exception de la ligature en masse du cordon. Hémostatiques à l'intérieur et à l'extérieur ; alun, colophane, glace, cautérisations avec la potasse, le nitrate d'argent ou le fer rouge, tout est superflu, et l'on perdrait, je crois, un temps précieux dans l'emploi de ces diverses substances. La ligature en masse, pratiquée par

Jeunin et Bowditch, est le seul moyen qui jusqu'à présent ait réussi. C'est aussi le moyen qu'il faut opposer à l'arrachement du cordon ombilical.

On traverse avec une épingle la base du tubercule ombilical saignant, et l'on jette au-dessous de l'épingle un fil double qu'on serre de façon à empêcher l'écoulement du sang. On amène ainsi l'oblitération des vaisseaux et la chute d'une portion de la peau attenante au cordon. Une fois l'aiguille tomba au quatrième jour, et chez l'enfant opéré par Paul Dubois elle fut enlevée au septième jour, avant la section entière des parties.

§ III. — Phlegmon des vaisseaux ombilicaux.

Chez d'autres enfants, la chute du cordon ombilical est la cause du *phlegmon des parois abdominales* que je décrirai un peu plus loin; de l'*inflammation des artères hypogastriques*, ainsi que l'ont indiqué Oehm (1), Hodgson (2) et Meynet (3); de l'*inflammation de la veine ombilicale*, décrite par Duplay (4), par Scholler (5). Cette phlébite, que j'ai plusieurs fois observée, remplit la veine de pus qui se porte dans le foie; alors il survient des accidents d'*ictère*, de *péritonite*, d'*érysipèle des parois du ventre*, et l'enfant succombe rapidement. Ces accidents s'observent surtout au moment où règne la fièvre puerpérale et ne sont peut-être qu'une forme de la *fièvre puerpérale des nouveau-nés*.

§ IV. — Suppuration et cicatrisation de l'ombilic.

Après la chute du cordon, le ventre présente une dépression infundibuliforme, environnée d'un bourrelet plus ou moins prononcé, formé par la peau encore un peu rouge et enflammée. Un petit suintement purulent tache le linge, et la cicatrice n'est parfaite et entière qu'au bout de dix à douze jours. L'ombilic se forme chaque jour davantage. Les vaisseaux ombilicaux se retirent en attirant la cicatrice à l'intérieur, de manière à la déprimer pendant qu'au dehors l'embonpoint des enfants semble la creuser davantage. On doit maintenir cette cicatrice avec des bandes; car au moment du cri des enfants, l'effort pourrait la rompre, y pousser l'intestin et donner lieu à des hernies ombilicales, comme cela se voit si souvent.

CHAPITRE II

ARRACHEMENT DU CORDON OMBILICAL.

De violentes tractions sur le cordon ombilical, faites dans les manœuvres de l'accouchement ou produites par la chute de l'enfant suspendu au placenta, peuvent déchirer le cordon à son point d'insertion sur la peau de l'abdomen, et il en résulte des hémorragies plus ou moins abondantes qui peuvent devenir mortelles. Pareil accident se montre lorsque le cordon est trop court ou n'existe pas, ce qui est très-rare, et cependant signalé par le docteur Schlafer (de Sarreguemines), dans le fait suivant :

OBSERVATION I. — Une femme âgée de vingt-cinq ans, grande, fortement constituée, primipare, habitant un village à 2 kilomètres de ma résidence, sentit les pre-

(1) Oehm, *De morbis chirurgicis natorum infantum*. Leipzig, 1772.

(2) Hodgson, *Traité des maladies des artères et des veines*. Paris, 1819, t. I, p. 8.

(3) Meynet, thèse inaugurale. Paris, 1857.

(4) Duplay, journal *l'Expérience*, 1838.

(5) Scholler, *Gazette médicale*, 1840.

mières douleurs de l'enfantement le 24 mai dernier, à six heures du matin. La sage-femme reconnut une position du sommet au détroit supérieur. Le col de l'utérus était mince, souple, la dilatation du diamètre d'une pièce de 1 franc; la poche des eaux bombait dans les douleurs; les contractions étaient rares, mais énergiques. A dix heures, la dilatation était presque complète, les membranes se rompirent et la tête descendit dans l'excavation. A partir de ce moment, quoique les douleurs fussent toujours très-fortes, la tête ne bougea plus. Après trois heures d'attente, la sage-femme, inquiète, me fit chercher. Je touchai la femme; je reconnus une quatrième position de la tête, fronto-cotyloïdienne gauche. La dilatation était complète; le bassin, bien conformé, était ample, les parties externes très-dilatables.

Je fis placer la femme au bord du lit, pour mieux suivre le travail et au besoin appliquer le forceps. Trois ou quatre contractions énergiques soutenues par les efforts de la femme n'ayant pas fait avancer la tête, je me décidai à terminer l'accouchement. L'application des fers fut des plus faciles, mais il fallut exercer de fortes tractions pour vaincre une résistance qui cessa tout à coup; la tête arriva alors sans efforts à la vulve. Je retirai les branches du forceps, et une forte contraction qui eut lieu un instant après fit franchir la tête; la face, d'abord sous l'arcade pubienne, se tourna ensuite vers la cuisse gauche, et le reste du corps suivit immédiatement. L'enfant, du sexe féminin, bien constitué et volumineux, était très-pâle et ne donnait aucun signe de vie, quoique à mon arrivée j'eusse encore senti ses mouvements d'une manière très-prononcée. Je voulus lier le cordon, je fus très-étonné de le voir complètement arraché presque au niveau de l'ombilic; il était gros, solide; son extrémité présentait des débris de membranes. J'essayai tous les moyens possibles pour ranimer l'enfant; il était mort exsangue; le cordon, que je n'avais pas lié, n'avait pas fourni une goutte de sang.

Je remis l'enfant à la sage-femme pour délivrer la mère, qui commençait à perdre beaucoup de sang. N'ayant trouvé aucune trace de cordon à l'extérieur, je portai la main dans la matrice, et j'en retirai avec quelques difficultés un placenta volumineux en partie dépouillé de ses membranes; j'introduisis de nouveau la main dans la matrice pour la vider entièrement, et je ne la retirai que lorsqu'elle fut tout à fait contractée. J'examinai alors le placenta avec la plus grande attention: il était entier; mais au centre, où avait eu lieu l'insertion du cordon, existait un trou circulaire de 2 centimètres de diamètre sans aucune trace de membranes. J'approchai de cette ouverture l'extrémité du cordon de l'enfant, et je pus rétablir de la manière la plus évidente les rapports qui avaient existé entre ces parties. Ainsi le cordon avait à peine 10 millimètres de longueur.

Il est probable que ce manque presque total de cordon et la résistance du placenta qui adhérait fortement à la matrice ont empêché l'enfant d'avancer, et que cette résistance, vaincue par le forceps, a occasionné la mort de l'enfant par la déchirure complète du cordon, qui, détaché à une aussi courte distance de l'ombilic, a amené une hémorragie foudroyante.

Dans quelques cas, c'est la déchirure imprudente du cordon à son point d'insertion qui est la cause de l'hémorragie. Lorain en a observé un exemple à la Maternité, dans le service de Moreau. L'hémorragie qui eut lieu à la suite de cet accident fut arrêtée, comme il est dit dans le paragraphe précédent, par une suture autour de deux épingles croisées à la base du cordon; mais elle avait été si considérable, que l'enfant, devenu anémique, ne put être ranimé.

OBSERVATION II. — Une femme âgée de trente-cinq ans, enceinte pour la première fois, se présente le 4 mars à la maison d'accouchements. Elle habite Paris depuis deux mois; dénuée de toute ressource, elle a vécu dans une misère extrême. Elle est dans ce moment profondément débilitée, dans un état complet d'anémie. Le 5 mars, à six heures du matin, elle est prise de fortes douleurs; elle quitte son lit, et pendant qu'elle se tient encore debout, elle met au monde un enfant. Le nouveau-né tombe par terre, suspendu au cordon, qui se rompt à la base de l'ombilic. Une hémorragie abondante se produit aussitôt. A six heures et demie, l'enfant est très-pâle, il vient

de sortir d'une longue syncope pendant laquelle l'hémorrhagie s'est arrêtée. Il est, du reste, bien conformé et paraît âgé d'environ sept mois.

Le cordon ombilical, rompu obliquement, offre un lambeau de 4 à 8 millimètres du côté droit; à gauche, il n'y a plus trace de cordon, et l'on aperçoit au fond de l'ombilic l'artère ombilicale du côté gauche, dont l'orifice reste béant. Cette artère, située assez profondément, est très-difficile à saisir. Au moment de l'accident, on avait comprimé l'ombilic avec le doigt d'abord, puis à l'aide d'un tampon; mais cette compression avait été insuffisante. On passa deux épingles en croix, l'une dans la partie du cordon qui était restée adhérente à l'ombilic, l'autre dans la peau de l'ombilic lui-même, et l'on fit une ligature circulaire. L'hémorrhagie ne se reproduisit pas, mais l'enfant mourut à dix heures du matin, c'est-à-dire moins de quatre heures après sa naissance. La quantité de sang qu'il avait perdu était assez considérable et n'a pu être évaluée même approximativement.

A l'autopsie, pas de trace de lésions dans les organes, décoloration générale dans tous les tissus; la mort s'explique suffisamment par l'hémorrhagie.

CHAPITRE III

PHLEGMON DE L'OMBILIC ET PHLÉBITE OMBILICALE

La chute du cordon ombilical est souvent accompagnée ou suivie d'accidents inflammatoires plus ou moins graves, ayant une parenté assez grande avec l'érysipèle, l'artérite et la phlébite ombilicales. C'est un phlegmon circonscrit de l'ombilic avec phlegmasie concomitante du péritoine et des vaisseaux du cordon.

C'est une maladie très-commune, déjà signalée par Hippocrate (1), Ambroise Paré (2), Mauriceau, Hamilton (d'Édimbourg), Underwood, Gardien, Baron, H. F. Nægele (3) et la plupart des accoucheurs qui ont écrit sur les maladies du nouveau-né.

Delwart (de Bruxelles) l'a observée sur les espèces animales, notamment chez les veaux (4). Elle a été l'objet d'un excellent travail de la part de Meynet, sous ce titre : *Épidémie d'érysipèle et d'ulcération de l'ombilic chez les nouveau-nés* (5); malheureusement, et ce reproche sera le seul que nous adresserons à l'auteur, le titre est mauvais; car aucun des enfants n'a offert d'érysipèle proprement dit, et tous ont un phlegmon circonscrit des parois abdominales autour de l'ombilic. Enfin, elle a été décrite par Howitz, médecin de la Maternité de Copenhague, qui en a observé onze exemples dans le court espace de dix-huit mois (6).

Causes. — Le phlegmon de l'ombilic se montre à l'état *sporadique* et à l'état *épidémique*. C'est avec ce dernier caractère qu'il a été observé par le docteur Meynet, à la crèche de la Charité de Lyon, en 1856. L'épidémie a eu deux époques.

Première époque : du mois d'avril à la fin de juin 1856.

Deuxième époque : du mois de décembre 1856 à février 1857.

« Sur 230 enfants reçus à la Maternité, du mois d'avril 1856 à la fin de juin, il faut retrancher 17 mort-nés, ce qui laisse un chiffre de 213 enfants; sur ce

(1) Hippocrate, *Œuvres complètes*, trad. E. Littré. *Aphorismes*, 3^e section, 24. Paris, 1844, t. IV, p. 497.

(2) A. Paré, *Œuvres complètes*, édition Malgaigne. Paris, 1840, t. II, p. 795.

(3) Nægele, *Traité pratique de l'art des accouchements*, trad. par Aubenas. Paris, 1869, p. 563.

(4) Delwart, *Annales de la Société encyclopédique de Bruxelles*, 1839.

(5) Meynet, thèse inaugurale. Paris, 1857.

(6) Howitz, *Journal für Kinderkrankheiten*, 1863, livraisons 5 et 6.

nombre, 53 ont été atteints : 14 dans le mois d'avril, 25 dans le mois de mai, 14 dans le mois de juin; 36 enfants sont morts, 17 ont guéri.

» Dans la seconde époque de l'épidémie, c'est-à-dire du mois de décembre à la fin de janvier, il est né à la Maternité 175 enfants dont 12 mort-nés; restent 163 enfants : sur ce nombre, 36 ont été atteints, on compte 8 morts. Nous verrons à quelle cause il faut attribuer cette différence de mortalité aux deux époques. »

Les causes de cette épidémie sont restées très-obscurées. Bien qu'on ait pu rapporter son développement à l'influence générale qui provoque les épidémies d'érysipèle phlegmoneux traumatique chez l'adulte, Meynet ne croit pas qu'il en ait été ainsi, et cela par les raisons suivantes :

« A l'époque où nous étions chargés du service des nouveau-nés, en même temps que régnait l'épidémie de phlegmon ombilical, les vaccinations n'avaient pas été interrompues; et cependant, sous l'influence *épidémique*, l'érysipèle ne se montrait pas davantage, ni avec plus d'intensité autour des pustules vaccinales, ce qui n'aurait pas manqué de se produire si la maladie eût été liée exclusivement au traumatisme.

» D'un autre côté, s'il est vrai, comme l'ont démontré Billiard et Denis, que la chute du cordon puisse avoir lieu souvent sans inflammation, sans ulcération, mais par un phénomène spécial de séparation spontanée, nous serons bien forcés d'admettre que toutes les fois que le phlegmon s'est montré à l'ombilic des nouveau-nés dans ces circonstances, c'est à une autre cause qu'au traumatisme que nous devons-nous adresser pour l'expliquer. »

Tout en tenant compte de la ligature du cordon, du défaut de soins de propreté, des pansements faits avec des pommades irritantes et du mauvais régime des enfants, c'est surtout à l'influence puerpérale, à l'encombrement, et à l'allaitement artificiel qu'il faut attribuer le développement de la maladie.

L'influence puerpérale a, comme on sait, et surtout depuis que je l'ai établie en 1845, une grande influence sur le développement des maladies du nouveau-né et notamment de la péritonite. Il n'est pas surprenant qu'elle ait une action sur le phlegmon ombilical, et le fait signalé par Meynet vient à l'appui du fait d'étiologie que j'ai fait connaître. Cet auteur nous apprend, en effet, qu'il y a eu coïncidence entre la suppuration épidémique de l'ombilic et la fièvre puerpérale. C'est une forme de la *fièvre puerpérale du nouveau-né*.

Symptômes. — La maladie a débuté quelques heures après sa naissance, ce qui est rare; le plus souvent du troisième au quatrième jour, quelquefois enfin vers le huitième jour.

L'enfant refuse de prendre le sein ou le biberon, il pousse des cris continuels, le pouls est d'une fréquence et d'une petitesse excessives; la langue est sèche, rouge à la pointe, recouverte d'un enduit muqueux, ou d'*oidium albicans* formant le muguet. Le ventre se ballonne, l'embonpoint fait place à une maigreur extrême, il y a de la diarrhée, mais plus souvent de la *constipation*.

Viennent ensuite les symptômes locaux qui affectent deux formes assez distinctes, d'après Meynet.

« *Première forme.* — Une inflammation légère de l'ombilic accompagnait la chute du cordon ombilical. Cette inflammation, s'accompagnant d'ulcération à la base du cordon et d'une suppuration plus ou moins abondante, retardait la chute de cet appendice, et surtout la cicatrisation de l'ombilic. Mais bientôt l'état s'aggrava : à cette inflammation légère, succédèrent des symptômes de phlegmasie intense; on vit survenir à la région ombilicale une rougeur de plus en plus foncée, disparaissant sous le doigt, et formant un cercle autour de l'ombilic; en même