

A un âge plus avancé, la paralysie du deltoïde s'observe quelquefois comme affection rhumatismale et comme paralysie myogénique (voy. ce mot), ou paralysie essentielle de l'enfance. Elle vient subitement dans le jour ou pendant le sommeil, et ce bras reste inerte, ne conservant que les mouvements antérieurs et postérieurs, ainsi que ceux de l'avant-bras et de la main ou des doigts. — La contractilité électrique a aussitôt disparu, et ce mal dure longtemps. Si le muscle s'altère et devient graisseux, il y a tout lieu de craindre l'incurabilité, mais si la contractilité reparaît, alors la guérison peut avoir lieu. — Elle se produit au bout de un à six mois.

Traitement. — Les frictions stimulantes, le massage, les douches de vapeur et l'électrisation par courants continus, sont ce qu'il y a de mieux à employer. — J'ai vu de nombreux faits de cette forme de paralysie qui se sont ainsi terminés heureusement, et l'un d'eux a été particulièrement l'objet de mon attention, car il s'est passé dans ma famille sur un de mes enfants.

CHAPITRE XIV

SPASME DE LA GLOTTE, OU PHRÉNO-GLOTTISME

Le spasme de la glotte, ou phréno-glottisme, est une affection convulsive et intermittente du diaphragme, caractérisée par de courts accès de suffocation revenant à des intervalles fort variables.

C'est la maladie signalée en 1813 par Hamilton et qu'on appelle quelquefois si faussement *goître des nouveau-nés* (Betz), *asthme thymique*, en raison de la croyance qu'on a eue de l'attribuer à l'hypertrophie du thymus, *asthme de Kopp*, du nom d'un de ses observateurs, *asthme laryngé*, *asthme infantile*, *croup cérébral*, etc. Quoique la dénomination de *spasme de la glotte* ait été adoptée par Hérard, je n'ai pu l'accepter, parce qu'elle a l'inconvénient de désigner un phénomène de la coqueluche, du faux croup, de l'hystérie, ou un accident de ceux qui avalent de travers, et qu'elle ne représente pas exactement la maladie distincte et spéciale que je vais décrire. En effet, elle offre à observer un *spasme de la glotte et du diaphragme réunis*, tandis que le spasme de la glotte isolée est le caractère pathognomonique du faux croup, ou laryngite striduleuse, maladie essentiellement différente.

Causes. — Le spasme de la glotte, ou phréno-glottisme, est une maladie des nouveau-nés et de la première enfance qui s'observe surtout entre deux et seize mois. Beau et Bacquias (1) disent l'avoir observé chez des adultes et chez des vieillards, mais ce sont des erreurs de diagnostic; et l'un des cas de mort subite rapporté par Beau à un spasme de la glotte peut aussi s'expliquer par une embolie restée inaperçue. Elle est deux fois plus fréquente chez les garçons que chez les filles, et attaque les sujets nerveux, faibles ou rachitiques, plutôt que les sujets forts et vigoureux.

Kopp, Millar, de Betz, l'attribuent à l'hypertrophie de la glande thyroïde, d'autres à la persistance du trou de Botal, à l'hypertrophie des glandes du cou, et Elsaesser au rachitisme accompagné du ramollissement de l'occipital ou *cranio-tabes*. Il se montre quelquefois chez des enfants nés de mères délicates, excitables ou nerveuses, et, ce qui prouve bien la disposition originelle de la maladie, c'est sa présence successive chez tous les enfants d'une même famille, ainsi que Rullmann, Kopp, Marshall-Hall, Toogood, etc., en ont rapporté plusieurs exemples.

(1) Bacquias, Thèses de Paris, 1853.

Cela n'a rien d'extraordinaire, dit Hérard, pour ceux qui savent que la maladie est de nature convulsive, et qu'il n'est pas rare de voir tous les enfants d'une même famille périr de convulsions.

Le spasme de la glotte, ou phréno-glottisme, est une maladie des pays du Nord, et de l'hiver en particulier. Ses accès sont excités et provoqués par la déglutition et surtout par celle des liquides, par le réveil, par les émotions, les contrariétés, les mouvements du corps en avant pour ramasser un objet, la frayeur, par la constipation, par le travail de l'évolution dentaire sous l'influence de l'action réflexe qui résulte des rapports du nerf trifacial avec la gencive malade (1), par la stomatite, l'angine, les affections pulmonaires, etc.

On cite un cas curieux d'un petit enfant, qui eut un premier accès de spasme mortel avec contracture des extrémités sous l'influence de la déglutition d'une petite dose d'huile de ricin (2). N'y a-t-il pas eu là une asphyxie produite par le passage de l'huile dans les voies aériennes chez l'enfant qui aurait avalé de travers? C'est une question que je me borne à poser sans prétendre la résoudre.

Symptômes. — Cette maladie se manifeste ordinairement sans aucun phénomène précurseur. Son début est toujours le même. Tout à coup la respiration s'arrête, le diaphragme cesse de se mouvoir, et il semble que la glotte vienne d'être brusquement close; la respiration est bruyante, profonde, serratile; l'expiration est aussi quelquefois très-pénible. Quelquefois la respiration semble s'arrêter, l'enfant étouffe jusqu'à ce qu'une nouvelle inspiration suivie d'un cri vienne le rendre à l'existence. Pendant quelques secondes il y a menace de suffocation, et la physionomie trahit une vive angoisse; la bouche est largement ouverte, comme pour aspirer l'air qui manque; la tête se renverse en arrière, les yeux restent fixes, le visage devient bleu; il y a en un mot asphyxie commençante.

Le pouls s'accélère et devient petit ou insensible; les battements du cœur sont tumultueux et irréguliers. La poitrine est immobile et tendue; ses muscles sont en quelque sorte tétanisés, et le murmure vésiculaire a cessé de se produire.

La peau est visqueuse, froide; des évacuations involontaires ont lieu; l'intelligence reste libre, mais les mouvements sont fréquemment pervertis. Des *contractures* ont lieu aux extrémités des membres, aux doigts en particulier. Les pouces se fléchissent toniquement dans la main; le gros orteil sur la plante du pied. Hérard a observé cette contracture aux genoux et aux coudes. Elle se développe aussi dans les muscles du cou en formant de l'*opisthotonos*, et dans les muscles de l'œil. Quelquefois la contracture est remplacée par des convulsions *cloniques* épileptiformes; mais, dans ce cas, le phréno-glottisme n'est que le commencement d'une attaque d'éclampsie.

Au bout de quelques instants, le spasme du diaphragme diminue; la respiration revient, mais elle est un peu saccadée et la première inspiration est sifflante et accompagnée d'un petit *bruit sonore*, comparable à un hoquet très-aigu.

Kopp indique comme caractéristique de cette maladie, la propulsion de la langue hors des arcades dentaires, au moment de l'accès. Dans un cas soumis à mon observation, la langue était toute noire comme celle d'un *perroquet*, disait la mère de l'enfant; mais ce phénomène n'est pas constant, car je ne l'ai pas toujours rencontré, et Hirsch, Hachmann, Hérard, ne l'ont pas noté dans leurs observations.

Les accès de phréno-glottisme durent de quelques secondes à une ou deux mi-

(1) Ch. West, *De la mort subite chez les nouveau-nés.*

(2) *Medical Times and Gazette*, 26 novembre 1859.

nutes au plus. Les cas dans lesquels la convulsion aurait duré davantage ont été mal observés, ou alors les accès auront été faibles, entrecoupés par des repos, car il est impossible d'admettre qu'un enfant soit resté sans respirer pendant quinze minutes et davantage, comme cela est noté dans une observation de Hauff, et dans une autre de Caspari. Ces accès viennent à des époques variables, tous les mois, toutes les semaines, la nuit, le jour, et même toutes les heures. Hérard en a compté vingt-cinq en une nuit, et Hachmann cinquante en douze heures. J'en ai vu quarante en une heure.

Dans l'intervalle des accès, la voix n'est pas changée, les enfants ne toussent pas et l'examen de la gorge permet souvent d'apprécier une rougeur due à l'angine tonsillaire ou à la stomatite causée par le travail de la dentition.

Les enfants sont gais et en apparence bien portants. La respiration est facile, le pouls est bon; il n'y a pas de fièvre, et les fonctions digestives s'accomplissent régulièrement.

Cependant, si les accès sont fréquents, et si la convulsion phréno-glottique est très-intense, compliquée ou non de contracture des doigts, les enfants sont abattus, fatigués, maussades, et souffrent évidemment de l'asphyxie passagère à laquelle ils ont été soumis.

Quelquefois ces enfants s'affaiblissent insensiblement; et sont pris de fièvre; l'appétit diminue, la diarrhée survient; les paupières et les lèvres se recouvrent de croûtes; l'enfant, en un mot, est pris d'une fièvre hectique qui le mène lentement au tombeau, s'il n'est pas emporté par une attaque convulsive.

Chez les nouveau-nés, lorsque le mal débute peu après la naissance, vingt-quatre ou quarante heures après ce moment, la respiration ne s'établit pas régulièrement, et la peau semble congestionnée dans le décubitus dorsal. Le visage et les mains paraissent un peu œdématisés et plus rouges que le reste du corps; puis viennent de temps à autre des inspirations pénibles un peu sifflantes, de la difficulté pour teter et rester au sein, ce qui amène souvent de véritables crises de suffocation ou d'étouffement, et enfin une apparence d'asphyxie suivie de convulsions partielles ou générales quand on laisse les enfants sur le dos.

Le *phréno-glottisme* se présente sous deux formes un peu différentes observées par Caspari, Hirsch et Hachmann. Dans la première, le phréno-glottisme existe seul, c'est la forme *spasmodique*; dans la seconde, la convulsion se montre chez des enfants qui sont enroués et qui toussent, c'est la forme *catarrhale*. Il n'y a pas lieu à maintenir cette division, qui n'est pas suffisamment justifiée. M. Hérard, de son côté, a aussi établi quelques divisions, suivant qu'il y a spasme isolé du larynx, ou spasme isolé du diaphragme, auquel cas ce ne serait plus un spasme de la glotte, et enfin lorsqu'il y a spasme simultané du larynx et du diaphragme. Ces distinctions ne sont pas davantage admissibles, car en lisant les observations mêmes de M. Hérard, on voit que le double spasme ou la double convulsion a existé en même temps chez tous ses malades.

Le phréno-glottisme dure de quelques heures à quelques jours et quelques mois. Des enfants ont plusieurs attaques et guérissent; chez d'autres, les attaques se renouvellent plus ou moins fréquemment, pendant assez longtemps, sous l'influence des causes que nous avons énumérées précédemment, et finissent aussi par disparaître. Alors les attaques sont peu éloignées et les accès successivement moins violents. Les maladies aiguës intercurrentes les font cesser rapidement, absolument comme dans la coqueluche.

Un certain nombre d'enfants guérissent, mais beaucoup meurent de ces convulsions phréno-glottiques, et je crois qu'il faut rapporter la mort à l'une des trois

causes suivantes: 1° à l'asphyxie qui résulte de l'immobilité trop prolongée du diaphragme; 2° aux lésions cérébrales telles que la congestion du cerveau et l'hémorragie méningée, ou à l'ébranlement du tissu nerveux lui-même; 3° enfin, à l'épuisement des forces. Dans ce dernier cas la mort est lente, et résulte des troubles profonds survenus dans l'hématose et consécutivement dans les autres fonctions.

Le plus ordinairement la mort a lieu par asphyxie subite et rapide, comme on peut le voir sur trois cas publiés par M. Perrin (1).

Diagnostic. — Le diagnostic du phréno-glottisme est quelquefois embarrassant.

Il est souvent assez difficile de le distinguer des spasmes isolés du larynx ou des bronches qui forment la laryngite striduleuse. Voici d'ailleurs, en quelques mots, la caractéristique de ces différentes maladies convulsives.

Dans la laryngite striduleuse, ou faux croup, il y a pendant la nuit une toux rauque, sonore, sifflante et sèche qui revient par quintes et qui menace l'enfant de suffocation.

Dans le phréno-glottisme, arrêt momentané de respiration, suivi d'une inspiration bruyante, comme un hoquet, produisant des symptômes d'asphyxie et pas de toux. Ici, encore, il y a à la fin de l'accès des contractures dans les doigts qui n'existent pas dans le faux croup.

Quelques autres maladies pourraient encore être confondues avec le phréno-glottisme: ce sont la coqueluche et l'œdème de la glotte; mais la coqueluche est caractérisée par une toux convulsive et des quintes de toux séparées par de longues inspirations sonores et sifflantes connues sous le nom de *reprise*; cette toux et cette reprise ne ressemblent en rien à la suffocation ni au hoquet du phréno-glottisme. Quant à l'œdème de la glotte, il n'existe pas chez les jeunes enfants, ou du moins il est extrêmement rare, et dans ce cas, il se révèle par une inspiration sifflante ou pénible, accompagnée d'une expiration très-facile.

Pronostic. — Le phréno-glottisme est une affection convulsive fort grave. C'est une névrose qui fait périr un grand nombre de jeunes enfants. Un tiers succombe asphyxié au moment d'un accès. Quelques autres sont emportés par des maladies intercurrentes ou consécutives. La moitié au plus finit par guérir.

La gravité de cette affection est d'autant plus grande que les enfants sont plus jeunes, plus délicats, que les accès sont plus fréquents ou plus prolongés, et qu'elle est plus compliquée. Des convulsions générales annoncent souvent une mort prochaine.

Anatomie pathologique. — Les enfants qui succombent au phréno-glottisme et à des convulsions phréno-glottiques ne présentent pas de lésions anatomiques suffisantes pour expliquer la mort. La muqueuse buccale et laryngée ne présente rien de spécial; les poumons sont emphysémateux, comme ils le sont toujours dans le jeune âge à la suite des maladies suffocantes, et l'on ne trouve aucune altération appréciable du cerveau, de la moelle, des nerfs phréniques, pneumogastriques et récurrents.

S'il y a des altérations anatomiques chez les enfants qui succombent, elles sont purement accidentelles, et il n'en est pas une qui puisse être considérée comme la véritable cause des accidents. La cause anatomique du mal reste absolument inconnue.

Kopp et ceux de ses adeptes, notamment Frédéric de Betz, qui considèrent le phréno-glottisme comme le résultat de l'hypertrophie du thymus, constituant

(1) Perrin, *Union médicale*, 1862, p. 332.

l'asthme thymique, pensent que cette hypertrophie comprimant la trachée et l'œsophage existe toujours. C'est une erreur. Hirsch a vu périr un enfant de cette maladie sans trouver l'hypertrophie du thymus, et il en fut de même cinq fois sur six chez les enfants observés par Hérard. De plus, dans l'état normal, j'ai vu, comme Haller, Meckel, Burdach et bien d'autres, bon nombre de cas d'hypertrophie du thymus sans accidents convulsifs de la glotte, et ceux qui pour le croup ont souvent fait des trachéotomies chez les enfants savent combien souvent on trouve l'augmentation de volume de la glande thyroïde. Il en résulte que le thymus n'est pas hypertrophié dans tous les cas de phréno-glottisme, tandis qu'il est au contraire atteint d'hypertrophie chez des enfants très-sains; donc l'hypertrophie du thymus n'est pour rien dans la maladie que je viens de décrire.

D'autres médecins, qui ont trouvé chez plusieurs enfants l'hypertrophie et la tuberculisation des glandes du cou, se sont imaginé d'en faire la cause du phréno-glottisme. Mais, pour une fois par hasard que ces deux choses se trouveront réunies, on les rencontrera cent fois isolées l'une de l'autre, ce qui établit suffisamment leur indépendance réciproque.

On a aussi rencontré très-souvent la persistance incomplète du trou de Botal avec le phréno-glottisme et les convulsions phréno-glottiques, et Kopp a considéré cet état anatomique comme la cause des accidents. C'est encore une méprise. Hérard a examiné le cœur de quarante enfants de deux à trois ans, morts de toute autre maladie que le phréno-glottisme, et il a trouvé vingt fois la communication des deux oreillettes.

Quelques altérations du crâne et du cerveau, telles que la congestion et l'épanchement de sérosité dans les méninges ou dans les ventricules, et le ramollissement rachitique de l'occiput, ont été indiqués comme cause de la maladie. Cela n'est pas démontré quant à l'action du rachitisme, et relativement aux altérations du cerveau sus-indiquées, elles ne sont très-certainement qu'un effet de la maladie. Ces altérations, évidemment consécutives, résultent de la gêne de la respiration et de la circulation qui a précédé la mort. D'autres ont pensé que la moelle pourrait bien être malade, enflammée peut-être; mais comme ils se sont abstenus d'en fournir les preuves, leur opinion est non avenue.

En résumé, l'hypertrophie du thymus, l'hypertrophie des glandes du cou, leur dégénérescence tuberculeuse, la persistance du trou de Botal, la congestion cérébrale, la suffusion séreuse des méninges, qu'on a tour à tour invoquées pour rendre compte des convulsions phréno-glottiques, n'expliquent point ces accidents. C'est par suite d'un abus de l'anatomie pathologique, et faute d'avoir fait des recherches comparatives, que des médecins, d'ailleurs fort honorables, ont pris pour causes de simples coïncidences, ou même, hélas! se sont mépris au point de transformer les effets en causes.

Traitement. — Le phréno-glottisme, ou spasme de la glotte, doit être combattu au moment des attaques, dans l'intervalle des accès, et en dehors de ces attaques, afin d'empêcher leur retour.

Au moment de l'accès de suffocation, il faut jeter de l'eau sur le visage, exposer le corps à l'air extérieur, tremper les pieds dans l'eau de savon chaude, frotter les jambes avec un liniment volatil ordinaire et faire respirer de l'éther ou du chloroforme, dans le but d'assouplir les muscles tétanisés. Or, ici, le spasme de la glotte formant le principal élément de la maladie, c'est lui qu'il faut combattre et détruire. Le chloroforme réussit admirablement et guérit l'accès d'une manière instantanée; dans ce cas, l'éthérisation et l'emploi du chloroforme exigent les plus grandes précautions, afin de ne pas ajouter un nouveau danger et une seconde chance de mort

à celle qui existe déjà. Betz conseille les sangsues et les vomitifs, plus tard l'iode à l'extérieur et à l'intérieur.

Ce serait aussi l'occasion d'employer le narcotisme immédiat par la méthode endermique, au moyen de deux petits vésicatoires ammoniacaux placés sur les côtés du cou, et saupoudrés chacun d'un demi-centigramme de sulfate de morphine.

Si l'on arrive trop tard, et que dans la violence d'un accès l'enfant ait succombé depuis quelques secondes aux effets de l'asphyxie, il ne faut pas encore l'abandonner. La mort peut n'être qu'apparente, de faibles contractions et quelques bruits éloignés existent peut-être encore à la région du cœur; il faut aussitôt pratiquer la respiration artificielle, et quelquefois, comme Marsch et Gunther, on sera assez heureux pour réussir.

En dehors des attaques, le traitement est un peu différent; les enfants doivent être maintenus dans le plus grand calme, loin de toute excitation et à l'abri de toute contrariété. Il faut les laisser manger selon leur appétit, s'il n'y a point de complications fébriles. Il faut, en outre, veiller à la liberté du ventre et la provoquer de temps à autre par de légers purgatifs. En cas de dentition difficile et douloureuse, il faut avoir soin d'examiner l'état des gencives, et si quelque dent paraît près de percer, on devra faciliter sa sortie par l'incision ou l'excision gingivale.

Des bains tièdes avec de l'eau de son, l'eau de tilleul, des bains aromatiques souvent répétés, à une température moyenne, 26 degrés centigrades, doivent être donnés tous les jours et continués pendant longtemps.

Pour éviter le retour des attaques convulsives, il faut changer l'air que respirent les enfants et les envoyer à la campagne. Il en est de même ici que dans la coqueluche. Des enfants atteints de phréno-glottisme sont portés à la campagne, et aussitôt les attaques convulsives disparaissent. On les ramène à la ville, les attaques reviennent pour disparaître encore, si l'enfant est de nouveau renvoyé à la campagne.

Tous les narcotiques et antispasmodiques connus ont été employés contre cette maladie; l'opium, la morphine par la méthode endermique, la poudre de belladone, de 1 à 5 centigrammes, la teinture de belladone par gouttes, la jusquiame, la poudre et l'extrait de valériane, la digitale, mais c'est un remède dangereux; l'hydrate de chloral, 50 centigrammes; sirop, 20 grammes par cuillerées à café toutes les heures; le sulfate de quinine, fort difficile à employer, si ce n'est en lavements; l'eau de laurier-cerise, à petites doses croissantes; l'asa fœtida en lavements; l'oxyde de zinc, à 5 centigrammes toutes les deux heures; l'hydrocyanate de zinc, de 2 à 5 centigrammes toutes les six heures; la teinture de chanvre indien, si utile dans le tétanos, 5 à 6 gouttes et plus toutes les heures, en augmentant graduellement jusqu'à résolution des spasmes. Elsaesser, qui attribue le phréno-glottisme (asthme laryngien des enfants) au ramollissement de l'occipital, fait prendre au contraire une poudre calcaire susceptible de raffermir ces os ramollis, et conseille de donner quatre fois par jour aux enfants une pincée de phosphate de chaux.

C'est un fait malheureusement trop bien établi que la gravité extrême du spasme de la glotte chez les enfants; le tiers au moins de ceux qui en sont atteints y succombe. Aussi est-il bon de savoir que l'expérience a confirmé les résultats remarquables que Salathé dit avoir obtenus de l'administration du musc. Grâce au musc, a dit ce médecin, la guérison est la règle, la mort une exception. En effet, sur 24 malades, il n'a eu à regretter que 2 cas de mort. De ces 24 enfants, il y en a eu 17 chez lesquels la maladie a été enrayée et guérie après quelques jours de traitement; chez les 7 autres, l'emploi de ce médicament, quoique suivi d'une diminution notable, n'empêcha pas le retour de nouvelles crises, contre lesquelles

il lutta avec des applications de sangsues, l'oxyde de zinc, l'asa fœtida et le calomel à doses fractionnées. C'est une médication que j'approuve entièrement.

Voici des exemples qui pourront donner une idée du mode d'administration suivi par Salathé :

OBSERVATION I. — Un enfant de deux ans, atteint de spasme de la glotte depuis près d'un an, avait jusqu'à vingt et trente attaques par jour, dont un bon nombre avec des convulsions généralisées. On prescrivit 0^{gr},10 de musc, en seize paquets, dont quatre à prendre chaque jour. Au bout du quatrième jour, les accès étaient très-rares et faibles. La dose terminée, on en donna une autre, égale à deux paquets seulement par jour, et une guérison complète fut le résultat de cette médication.

OBSERVATION II. — Un enfant de neuf mois, atteint depuis huit jours d'accès de suffocation qui en étaient venus à mettre sa vie en danger, et se répétaient jusqu'à six fois en douze heures, fut amené le 8 décembre à Salathé, qui, témoin d'un accès, reconnut le spasme glottique et fit la prescription suivante : musc, 0^{gr},05 ; potion gommeuse, 80 grammes, à prendre par cuillerée à café d'heure en heure.

Le 9 décembre, quatre accès faibles. Continuation du médicament.
Du 9 au 10, plus d'accès. — L'enfant prend le reste de la potion.

Quelques médecins ont sérieusement proposé la trachéotomie au moment de l'accès, lorsque la suffocation est imminente; mais ils ne l'ont jamais pratiquée, heureusement pour leur honneur. D'autres, guidés par de fausses idées sur la nature de la maladie, et la croyant occasionnée par l'hypertrophie du thymus, ont conseillé l'extirpation de cette glande; de plus sages, également convaincus de l'action du thymus dans le phréno-glottisme, se sont contentés de provoquer son atrophie, les uns par le sevrage, la diète et les sangsues tous les quatre jours; les autres, parmi lesquels se trouvent Kopp et ses partisans, au moyen de l'iode, de l'iodure de potassium, de l'éponge brûlée, de l'huile de foie de morue, du calomel, etc.

Aphorismes.

57. De courts accès de suffocation et d'asphyxie, brusques et apyrétiques, terminés par un petit hoquet très-aigu annoncent les convulsions phréno-glottiques du spasme de la glotte.

58. Le phréno-glottisme cesse très-souvent sous l'influence d'une maladie aiguë intercurrente.

59. Le phréno-glottisme guérit par le déplacement et par le transport des enfants à la campagne.

60. Le phréno-glottisme suivi de convulsions générales est une maladie mortelle.

CHAPITRE XV

TÉTANOS

Le tétanos des nouveau-nés a été quelquefois décrit sous le nom de *trismus des nouveau-nés*, parce qu'il est souvent borné à un serrement de mâchoires; et d'*éclampsie tétaniforme*, parce que c'est de l'éclampsie ayant l'apparence du tétanos. C'est une névrose caractérisée par la convulsion tonique permanente des muscles du thorax, des gouttières vertébrales et des membres, accompagnée de la

roideur des mâchoires et du tronc. — Il y a le *tétanos des nouveau-nés* et le *tétanos de la seconde enfance*, mais ce dernier s'observe très-rarement. Il ne diffère de l'autre que par ses causes.

§ I. — Tétanos des nouveau-nés.

Causes. — Le tétanos des nouveau-nés est très-rare à Paris; il est au contraire assez commun en Amérique et dans quelques localités de l'Europe, à Saint-Petersbourg, à Stockholm, à Copenhague, à Vienne et dans le sud de l'Allemagne. On le dit assez fréquent à Alger, dans les temps variables et sous la forme de *trismus* chez les enfants des Européens en *travail de dentition*. Il se développe aussi sous l'influence de la *compression du corps* par un maillot trop serré, à la suite de la *rétention du méconium* et de la *constipation*. James Clarke assure qu'en Amérique une cause très-fréquente du tétanos chez les enfants des nègres, c'est l'*action de la fumée de bois vert* qui remplit leurs cabanes dépourvues de cheminées. Ailleurs, il succède à l'*entérite chronique*, à la *dyspepsie* ou bien à la *chute du cordon*, et il résulte de sa ligature et de l'inflammation de la veine ombilicale. Chez d'autres, on dit que c'est à la suite d'une hémorragie méningée ou rachidienne en dehors de la dure-mère qu'il se montre, mais alors on peut se demander si l'épanchement de sang ne serait pas un effet de la maladie au lieu d'en être la cause, et s'il ne pourrait pas résulter de la violente congestion sanguine des tissus produite par la convulsion tétanique des muscles du rachis. Dans mon opinion, les hémorragies rachidiennes sont l'effet du tétanos au lieu d'en être le point de départ. C'est une assertion dont plus loin je démontrerai l'exactitude.

Parrot en fait une forme de l'éclampsie et il conteste que le tétanos et le trismus des nouveau-nés soient semblables au tétanos des autres âges. — Il croit que ce sont des manifestations d'urémie provoquées par l'entérite qui entraîne un défaut d'action des reins et il en fait une *encéphalopathie urémique*. Malheureusement c'est là une hypothèse dont rien ne démontre l'exactitude; cette urémie est encore à démontrer, et chez les nouveau-nés atteints d'entérite dont la fin a lieu par convulsions et apparence de tétanos, il y a toujours des thromboses dans les sinus de la dure-mère et dans les veines méningées qui produisent une congestion cérébrale bien capable d'engendrer des convulsions terminales.

Chez beaucoup de nouveau-nés, nulle cause appréciable ne peut être invoquée comme favorisant la production du tétanos. Il se montre tout à coup d'une *manière épidémique* sur un grand nombre d'enfants à la fois, ainsi que Underwood et Cederchsjoeld l'ont vu plusieurs fois, le premier à Londres, et l'autre à Stockholm. C'est une disposition générale inconnue de l'air atmosphérique qui favorise son développement.

Symptômes. — La maladie se déclare du sixième au neuvième jour après la naissance, d'après Evans et Underwood, mais quelquefois dès le premier jour de la vie et jusqu'à la fin de la première année au plus tard. Elle est *idiopathique* ou *symptomatique*; mais, dans l'un et dans l'autre cas, les symptômes sont à peu de chose près les mêmes.

Les enfants sont inquiets, dorment mal et se réveillent en sursaut. Ils ont des frayeurs nocturnes et crient un peu à la manière des hydrocéphales en poussant un petit cri aigu et unique. Ils veulent teter et se retirent du sein après avoir pris le mamelon. Ils ont des nausées, des vomissements fréquents et souvent un peu de diarrhée.

Au bout de vingt-quatre ou de trente-six heures, le *trismus* se montre, d'abord