

Faisons encore observer que les diverses manœuvres décrites pour extraire les mucosités et faire l'insufflation stimulent les réflexes respiratoires, comme les tractions de la langue de M. Laborde; nous avons signalé, longtemps avant M. Laborde, ce mode d'action du procédé.

Dilatation brusque du sphincter anal. — On a recommandé de faire agir le réflexe anal pour combattre l'arrêt de la respiration pendant l'anesthésie par le chloroforme; les succès obtenus dans ces circonstances ont donné l'idée au Dr Cooke d'essayer le même moyen dans l'asphyxie des nouveau-nés; il a réussi, dit-il, dans deux cas en introduisant brusquement dans l'anus de l'enfant son index huilé. Cette manœuvre peut être répétée plusieurs fois, suivant la nécessité.

Électricité. — On a aussi employé l'électricité (faradisation des nerfs phréniques ou de la région précordiale, — courants continus traversant tout le tronc, ou seulement le haut de la poitrine. — Onimus). Mais les appareils sont peu portatifs et leur emploi présente des dangers: on ne peut guère y avoir recours que dans les établissements hospitaliers.

Tumeurs du crâne.

Différentes tumeurs morbides peuvent exister sur le crâne; les principales sont la bosse séro-sanguine et le céphalématome; nous allons en indiquer succinctement les caractères.

Bosse séro-sanguine.

Cette tumeur, aussi appelée œdème séro-sanguin, caput succedaneum, est constituée par une infiltration de sang et de sérosité dans le tissu cellulaire sous-cutané. Elle siège sur la région qui a été en rapport avec l'orifice de dilatation: sommet, face, siège, pied, épaule, etc., selon la présentation.

Elle se forme pendant la période d'expulsion, lorsque les eaux sont écoulées et que la partie tarde à sortir. C'est ordinairement dans l'excavation que la tumeur se produit; cependant elle peut aussi prendre naissance au détroit supérieur. Il arrive même qu'elle se développe avant la rupture des membranes.

Mode de production. — Toutes les parties fœtales renfermées dans la matrice sont soumises aux contractions des parois utérines; la seule région qui échappe à la compression est celle qui est en bas, en rapport avec l'orifice de dilatation. Les capillaires de cette partie sont donc soumis à une pression moindre, le sang y afflue, les minces parois des vaisseaux s'éraillent et laissent échapper une partie de leur contenu; de plus, la sérosité suinte en grande quantité et se répand dans les mailles du tissu cellulaire: de là un épanchement séro-sanguin diffus.

C'est le même phénomène qui se passe quand on applique pendant un certain temps une ventouse sur la peau: celle-ci devient gonflée, violette sur toute la surface où l'on a fait le vide.

Symptômes. — La tumeur séro-sanguine est plus ou moins circulaire,

plus ou moins étendue, plus ou moins saillante; parfois elle proémine à peine, d'autres fois elle a plusieurs centimètres d'épaisseur à son centre. Elle est généralement mal limitée, se confond peu à peu avec les tissus circonvoisins. Elle est indolente, de couleur rouge, bleuâtre ou violacée; elle donne la sensation d'un empatement assez résistant et conserve pendant quelques instants l'empreinte du doigt. Elle passe au-dessus des sutures et des fontanelles, qu'elle masque plus ou moins complètement.

La tumeur séro-sanguine ne peut se former que pendant la vie, de sorte que *pendant qu'elle se développe*, on peut affirmer que l'enfant est vivant. Il est évident que la mort ne la fait pas disparaître; sa présence n'indique donc pas que le fœtus est encore en vie.

Elle résulte d'une compression plus ou moins énergique et prolongée; donc, pendant le travail, elle indique un état de souffrance du fœtus, en rapport avec son développement plus ou moins rapide et son volume. Quand elle proémine de plus en plus, on peut croire à un mouvement de descente qui, en réalité, ne se fait pas.

Siège. — Dans les présentations du sommet, le siège varie selon les positions. Dans l'O G A, le centre de la tumeur se trouve vers l'angle postérieur et supérieur du pariétal droit; de là, elle s'étend de tous les côtés sur le pariétal droit, sur la suture sagittale, sur la petite fontanelle, sur le pariétal gauche, sur l'occipital.

Dans l'O D A, elle existe spécialement vers l'angle postéro-supérieur du pariétal gauche.

Dans les occipito-postérieures non réduites, elle se rapproche de l'angle antéro-supérieur du pariétal; elle est à gauche dans les O D P et à droite dans les O G P non réduites.

Comme on pouvait facilement le prévoir, elle a donc son siège sur la région qui est tournée en bas et en avant.

Il en est de même dans les présentations de la face. On la voit sur la joue droite ou gauche, rapprochée de l'œil ou de la bouche, selon les cas.

Dans les présentations pelviennes et transversales, elle se trouve sur la fesse ou l'épaule qui a été en rapport avec le détroit supérieur.

Il suit de ce que nous venons de dire, qu'en examinant un nouveau-né on peut indiquer quelle a été la présentation et parfois même la position, par le siège qu'occupe la tumeur séro-sanguine.

Terminaison. — Après l'accouchement, les liquides ne tardent pas à être résorbés; au bout de 12 à 24 heures, la tumeur a disparu; la coloration de la peau reste foncée 2 ou 3 jours, puis il n'existe plus la moindre trace de la tumeur.

Dans des cas très exceptionnels, elle donne naissance à un érysipèle ou à un abcès. En dehors de ces circonstances, aucune intervention n'est indiquée.

Traitement. — On a conseillé des compresses d'eau salée, de teinture d'arnica, d'eau alcoolisée, d'eau blanche, de vin rouge, de solution de sel ammoniac, d'eau phéniquée, etc. Le mieux est de ne rien faire du tout, de ne pas s'en occuper.

Céphalématome.

Cette tumeur ne peut exister que sur le crâne et est formée par un épanchement de sang entre l'os et le périoste; c'est un véritable *thrombus de la tête*.

Certains auteurs appellent également céphalématomes, les collections sanguines qui peuvent se produire à la suite de violences exercées sur le crâne (forceps, coups, chutes, etc.) et qui ont leur siège au-dessus du périoste. Ces tumeurs arrondies, convexes, noirâtres, sont bien connues et se montrent parfois instantanément après qu'un enfant s'est cogné la tête contre un corps dur. Il y aurait donc ainsi deux espèces de céphalématomes, les sous-péricrâniens et les sous-aponévrotiques; nous n'avons à nous occuper que des premiers et nous leur réservons spécialement le nom de céphalématomes.

La tumeur formée par le céphalématome a son siège habituel à l'angle postérieur et supérieur du pariétal droit, comme la bosse séro-sanguine de la 1^{re} position du sommet.

La tumeur ne se montre que quelques heures après la naissance, parfois même au bout d'un ou deux jours. Elle est hémisphérique, indolente, fluctuante, nettement limitée, sans changement de couleur à la peau; son volume varie de la grosseur d'un œuf de pigeon à celle d'un œuf de poule coupé en deux.

Comme le périoste adhère intimement aux rebords osseux qui limitent les sutures et les fontanelles, l'épanchement sanguin ne peut le décoller à cet endroit. Il s'ensuit que le céphalématome y est toujours arrêté et ne passe jamais au-dessus des espaces inter-osseux.

La tumeur est le plus souvent unique; parfois il y en a une sur chaque pariétal, des deux côtés de la suture sagittale. Quelques auteurs en ont même trouvé trois sur la même tête: une sur chaque pariétal et la troisième sur l'occipital. Nous avons vu un cas semblable de céphalématome triple. Dans tous ces cas, les deux ou les trois tumeurs sont nettement séparées par les sutures, il n'y a entre elles aucune communication.

Au bout de quelques jours, on reconnaît que la tumeur est circonscrite par un rebord osseux, plus ou moins régulier et saillant; on dirait que l'os est perforé; mais ordinairement on peut la déprimer et constater qu'elle repose sur un fond dur.

Mode de production. — Pendant le travail, surtout s'il est difficile, long, si le forceps devient nécessaire, le périoste se décolle à

l'endroit qui correspond à l'orifice de dilatation ou à l'une des branches de l'instrument; quelques petits vaisseaux sont déchirés et laissent écouler peu à peu une certaine quantité de sang qui soulève le péricrâne et forme un foyer limité.

Dans des cas exceptionnels, on voit un céphalématome, quoique l'enfant se soit présenté par l'extrémité pelvienne. Il faut croire alors que la pression exercée sur le sommet par le fond de l'utérus a pu amener le décollement du périoste, qui est fort peu adhérent chez le fœtus. Peut-être, dans ces circonstances, y a-t-il une maladie de l'os ou une anomalie quelconque qui favorise le décollement du péricrâne (adhérences plus faibles que de coutume, fragilité des vaisseaux, etc.).

Dès que le foyer est formé, l'ossification est retardée à cet endroit, tandis qu'elle se fait normalement tout autour; de là, le rebord osseux que l'on constate après quelques jours.

Terminaison. — Le céphalématome exige ordinairement plusieurs semaines avant de disparaître. Le sang se résorbe très lentement; il faut parfois cinq à six semaines avant qu'on s'aperçoive d'une diminution notable de la tumeur: celle-ci alors devient moins proéminente, le cercle osseux se rétrécit et bientôt la guérison est complète.

Diagnostic. — Le céphalématome ne pourrait être confondu qu'avec la bosse séro-sanguine; le tableau suivant est destiné à mettre en regard leurs caractères respectifs, de manière à éviter sûrement toute erreur.

BOSSE SÉRO-SANGUINE	CÉPHALÉMATOME
<i>Tumeur très commune.</i>	<i>Tumeur peu fréquente.</i>
Le plus apparente au moment de l'accouchement, diminue bientôt après et disparaît en 12 ou 24 heures.	Ne se montre que plusieurs heures après la naissance et dure plusieurs semaines avant de se dissiper.
Elle est large, diffuse, se continue insensiblement avec les parties voisines, passe au-dessus des sutures et des fontanelles.	Elle est régulièrement bombée et entourée d'un rebord osseux qui la sépare nettement des parties voisines; elle ne dépasse jamais les sutures.
La peau qui la recouvre est violacée, rouge, bleuâtre.	La peau a sa coloration ordinaire.
Elle est indolente, empâtée, conserve quelques instants l'impression du doigt.	Elle est indolente et fluctuante.

Traitement. — On a préconisé les compresses résolutes dont nous avons déjà parlé à propos du traitement de la bosse séro-sanguine. Mais elles n'ont guère d'utilité et ne paraissent pas hâter la résorption de l'épanchement. C'est pourquoi on a recommandé d'autres moyens plus actifs: la compression, la cautérisation, le seton, l'incision, la ponction aspiratrice.

La compression est exercée au moyen de bandes agglutinatives

régulièrement disposées au-dessus de la tumeur ; ou mieux à l'aide du collodion élastique, dont on applique chaque jour une couche.

La cautérisation avec une couche mince de pâte de Vienne a pour but de provoquer une irritation superficielle et une suppuration légère. Ce moyen est dangereux et doit être absolument rejeté. Il en est de même du séton.

La ponction aspiratrice avec un trocart fin peut être employée quand la quantité de sang est assez considérable. Après l'évacuation de la tumeur, on exerce une compression méthodique.

L'incision est le procédé le plus en usage. Quand on la pratique, il faut avoir soin de se conformer à la méthode antiseptique si l'on veut éviter différents accidents graves, tel que l'érysipèle.

Le sang qui s'écoule est noir, poisseux ; on fait quelques pressions modérées pour vider la poche. On met une pincée d'iodoforme, une compresse de gaze et une bande.

Puisque le céphalématome se résorbe spontanément, il est inutile de se hâter d'intervenir. On peut se contenter de rassurer les parents et de recouvrir la tumeur d'une couche d'ouate. C'est ainsi que nous agissons toujours quand le volume est modéré ; lorsque l'épanchement est considérable, on est tenté de recourir à l'incision. Cependant si l'on veut patienter 6 semaines à 2 mois, sans rien faire du tout, la tumeur disparaît parfaitement toute seule et sans le moindre inconvénient. Nous conseillons donc *l'expectation dans tous les cas.*

Paralysie de la face et du bras.

HÉMIPLÉGIE DE LA FACE. — Parfois la compression du nerf facial par une des branches du forceps amène une paralysie incomplète des muscles d'un côté de la face. On ne s'aperçoit guère de l'accident que si l'enfant crie ou pleure ; la bouche est alors tirée du *côté sain* ; les plis ne se forment que dans cette moitié de la figure, l'œil ne s'ouvre et ne se ferme bien que de ce côté. Du côté atteint, les muscles restent inertes puisqu'ils sont paralysés ; c'est pourquoi l'œil ne peut se fermer, la joue est immobile, la bouche se laisse aller du côté opposé.

Quand l'enfant est calme, l'aspect de la figure ne laisse rien deviner.

Cet accident n'est pas grave et n'exige aucun traitement ; il disparaît peu à peu en quelques jours ; rarement il dure 5 à 6 semaines.

Il faut s'abstenir de prononcer devant les parents le mot de paralysie, qui les effrayerait bien à tort ; s'ils s'aperçoivent de l'anomalie, on doit les rassurer et leur déclarer que tout rentrera bientôt dans l'ordre.

Il peut se faire que l'enfant ait difficile de saisir le mamelon

et de têter. On a recours alors au bout artificiel, ou l'on donne le lait de la mère à la cuiller en attendant la guérison.

PARALYSIE D'UN BRAS. — Cette paralysie, beaucoup moins commune que la précédente, est très rarement totale ; le plus souvent elle est limitée (Duchenne, de Boulogne ; Erb, d'Heidelberg) aux muscles deltoïdes, sous-épineux, biceps et brachial antérieur. Ces muscles sont innervés par les branches des 5^e et 6^e nerfs cervicaux, dont le point d'émergence (point d'Erb) est au niveau du tubercule antérieur de l'apophyse transverse de la 6^e vertèbre cervicale.

Ces nerfs peuvent être comprimés par le bec du forceps ; mais dans le plus grand nombre des cas, cette compression est produite par les doigts (spécialement l'indicateur) pendant les manœuvres d'extraction de la tête dernière. Les nerfs du plexus brachial peuvent aussi être lésés par le tiraillement du cou, ou quand le dessus de l'épaule vient s'arrêter sur la branche horizontale du pubis.

Cette paralysie, qui ne se manifeste d'habitude que 3 ou 4 jours après la naissance, guérit ordinairement, mais après des semaines ou des mois ; elle est parfois suivie d'atrophie musculaire et incurable. Elle est donc beaucoup plus sérieuse que celle de la face.

Elle exige un traitement précoce, où l'électricité joue le plus grand rôle : les courants induits ont été conseillés par Duchenne ; quelques-uns préfèrent les courants continus (10 à 20 milliampères).

On y joint les frictions, le massage, les mouvements communiqués.

Tumeur du sterno-mastoïdien.

Parfois on constate, dans les jours qui suivent l'accouchement, une tumeur arrondie ou allongée, dure, plus ou moins volumineuse, à la partie latérale du cou, sur le trajet du sterno-cléido-mastoïdien et faisant corps avec ce muscle.

On attribue cette tumeur à un épanchement de sang et à une inflammation consécutive du tissu musculaire voisin (myosite). De là les noms d'hématome du sterno-mastoïdien, trachélocématome de Tordeus (tumeur sanguine du cou). Sa consistance est souvent cartilagineuse ou osseuse.

Cet accident se montre ordinairement lorsque le fœtus est venu en présentation pelvienne et qu'on a exercé des efforts pour extraire la tête : on a pu ainsi tirer fortement les muscles du cou, et l'un des sterno-mastoïdiens, spécialement intéressés, subit une traction plus violente qui amène une irritation, une déchirure, un épanchement de sang ; de là, myosite consécutive.

L'accident n'est pas grave ; mais la tumeur peut persister plusieurs mois et même des années. Le traitement consiste dans les résolutifs : pommade à l'iodure de potassium ou à l'iodure de plomb.