variés, et elles sont comme cassées au niveau des plicatures du derme. D'autres fois, les squames sont dures et épaisses, et présentent un reflet argenté comme des écailles de poisson (*ichtyose nacrée*); quelquefois, au lieu de se détacher et de tomber, elles s'épaississent considérablement, et la peau se recouvre de productions cornées ou même de véritables piquants (*icthyose cornée* ou *hystrix*). Kaposi (1) a vu le corps d'une petite fille de six ans recouvert par places d'excroissances d'un demi à 1 centimètre et demi, rappelant les plumes d'un oiseau.

L'ichtyose ne provoque en général aucune démangeaison et ne détermine jamais de troubles de la santé; c'est plutôt une difformité de la peau qu'une véritable maladie. Lorsqu'elle est congénitale, elle persiste souvent pendant toute la vie; lorsqu'elle est accidentelle, elle disparaît quelquefois complètement, mais elle est toujours de longue durée.

TRAITEMENT. — L'ichtyose est rebelle à toute thérapeutique Les bains alcalins répétés et les frictions à la glycérine neutre constituent le meilleur traitement.

(1) Kaposi, *Soc. de méd. de Vienne*, 25 nov. 1891, dans *Ann. de dermat.*, 1893, p. 30.

HUITIÈME PARTIE

MALADIES DES NOUVEAU-NÉS

CHAPITRE PREMIER

ICTÈRE

Les anciens auteurs confondaient sous le nom d'*ictère des nouveau-nés* deux états différents : l'un déterminé par la décoloration jaunâtre de la peau qui succède physiologiquement à la congestion sanguine des premiers jours, l'autre dû à la présence du pigment biliaire dans les capillaires de la peau et qui mérite seul le nom d'ictère. On peut en distinguer deux formes, l'une *idiopathique*, toujours bénigne, l'autre *symptomatique*, presque toujours mortelle.

ICTÈRE IDIOPATHIQUE.

L'ictère idiopathique est très fréquent dans les maternités et les hospices d'Enfants trouvés. A Vienne, Kehrer (1) l'a observé 474 fois sur 690 nouveau-nés et Porak (2), à l'hôpital Cochin, 198 fois sur 248 nouveau-nés, mais dans trois cas seulement il trouva un ictère assez intense pour se traduire par la coloration verte de l'urine. On observe parfois aussi en ville une légère coloration ictérique chez des nouveau-nés placés dans de bonnes conditions hygiéniques.

Les conditions étiologiques qui paraissent jouer un rôle pathogénique important sont : 1° la *compression prolongée du tronc pendant l'accouchement* (primipares, présentations du siège) ; ainsi l'ictère est assez fréquent chez les enfants qui naissent asphyxiés ; 2° la *naissance avant terme* et la *débilité congénitale*. D'après Kehrer, l'ictère serait six fois plus fréquent chez les enfants débiles et nés avant terme, que chez les enfants nés à terme et vigoureux. Pour Epstein (3), l'ictère serait beaucoup plus intense et dix-sept fois plus fréquent chez les enfants nés avant terme que chez les enfants à terme. Sur 240 enfants atteints d'ictère observés par Bauzon (4), 90 étaient venus au monde prématurément ou étaient jumeaux ; cet auteur cite le fait de ses propres enfants nés jumeaux environ trois semaines avant le terme et atteints tous deux d'ictère intense, ce qui ne les a pas empêchés de devenir plus tard de beaux enfants.

(1) Kehrer, *Œster. Jahrb. für Pæd.*, 1871, t. II, p. 71.
(2) Porak, *Revue mens. de méd. et de chir.*, mai-août 1878.
(3) Epstein, *Volkmann's Vortrage*, n° 180.
(4) Bauzon, *Méd. infant.*, 1894, p. 307.

L'hérédité n'est invoquée que dans un fait de Bauzon, qui a vu dans une même famille six enfants sur sept atteints de l'ictère bénin des nouveau-nés.

Hofmeier (1) a observé que, chez les nouveau-nés ictériques, la perte de poids des premiers jours est plus considérable et que l'augmentation de poids est plus tardive que chez les enfants non ictériques. Les troubles de la nutrition, qui seraient pour cet auteur une des causes les plus importantes de l'ictère, pourraient être aussi bien une conséquence de cette affection.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur la pathogénie de l'ictère idiopathique des nouveau-nés. Virchow, appuyé sur une autopsie, regarde cette affection comme un ictère catarrhal dû à la présence d'un bouchon muqueux dans le canal cholédoque; d'autres observateurs, au contraire (Burdach, Leyden, Kehrer), n'ont jamais trouvé de catarrhe des voies biliaires. L'opinion de P. Franck, qui attribuait l'ictère des nouveau-nés à la rétention du méconium, est contredite par les faits.

Est-ce dans les changements que la naissance détermine dans la circulation hépatique qu'il faut chercher la cause de l'ictère? C'est l'opinion de Frerichs, qui l'explique par la diminution subite de tension que subissent les capillaires du foie par l'interruption de la circulation ombilicale, mais, sans compter que les nombreuses anastomoses entre la veine ombilicale et le système porte doivent atténuer singulièrement la portée de ce changement, on ne peut y voir la cause efficiente de l'ictère des nouveau-nés, puisque dans cette hypothèse ce phénomène devrait toujours exister. Nous pensons plutôt avec Hewitt que l'ictère est le résultat de la stase veineuse, due à la gêne de la circulation pulmonaire, quand la respiration se développe lentement et que le poumon est atélectasié, ce qui est fréquent chez les enfants débiles et nés avant terme ou chez ceux qui naissent avec les symptômes de l'asphyxie. Peut-être aussi faut-il attribuer un rôle important à la congestion irritative du foie, produite par une longue compression de cet organe pendant un accouchement laborieux? En tous cas, sans pouvoir affirmer que l'ictère vulgaire des nouveau-nés soit dû toujours à la même cause, on peut admettre que, cliniquement, il présente les mêmes caractères que l'ictère par congestion hépatique active ou passive. Ainsi, il est fréquent de voir, avec le foie muscade des maladies du cœur, les mêmes variétés dans les symptômes de l'ictère, depuis la teinte légèrement jaunâtre des téguments jusqu'à la teinte jaune foncé des conjonctives; comme dans l'ictère bénin des nouveau-nés, il est rare de pouvoir constater la présence du pigment biliaire dans l'urine, et les selles restent colorées par la bile; l'ictère disparaît dès que la tension diminue dans le cœur droit et dans le

(1) Hofmeier, *Zeitschr. für Geburtsh. und Gynäk.*, 1882, VIII, nº 2.

cœur gauche. En faveur de cette similitude clinique, on peut citer encore la constatation directe faite par Birch Hirschfeld d'un œdème de la capsule de Glisson avec stase veineuse, à l'autopsie d'enfants nouveau-nés ictériques qui avaient succombé peu de temps après la naissance sous l'influence de causes accidentelles. C'est là une bonne preuve de l'origine hépatogène de l'ictère bénin des nouveau-nés.

Quincke (1), reprenant une ancienne opinion de P. Franck, attribue l'ictère des nouveau-nés à la persistance de la perméabilité du canal veineux d'Arantius qui permettrait le passage direct dans le sang de la bile résorbée par l'intestin; la fréquence de l'ictère idiopathique chez les enfants nés avant terme s'expliquerait ainsi d'une façon rationnelle. Les recherches de Schreiber (2) paraissent confirmer cette théorie.

Nous ne mentionnons point ici la théorie de l'origine hématogène de l'ictère qui, déjà indiquée par Billard, a été encore appliquée récemment à l'ictère des nouveau-nés. Cette théorie ne repose sur aucune base expérimentale solide et peut s'appliquer seulement aux cas de faux ictère, c'est-à-dire de décoloration jaunâtre de la teinte ecchymotique cutanée du premier jour ou aux cas de dissolution du sang (*Maladie bronzée hématique*, voir p. 960).

L'ictère idiopathique apparaît quelques heures après la naissance, mais la coloration jaune ne devient bien marquée à la peau et aux conjonctives que le deuxième ou le troisième jour. Il est très rare de voir des enfants naître ictériques; Bednar en a cependant observé un cas. La teinte jaune augmente d'intensité pendant quelques jours sans être jamais très accusée et disparaît peu à peu du huitième au dixième jour; dans quelques cas, cependant, elle persiste pendant deux ou trois semaines; dans d'autres cas, plus rares encore, elle diminue au bout de trois ou quatre jours pour reparaître bientôt après avec une nouvelle intensité. Les selles restent habituellement colorées, l'urine renferme rarement une quantité notable de pigment biliaire. Hofmeier a constaté une augmentation de la quantité d'urée dans l'ictère des nouveau-nés; ce fait, déjà signalé chez l'adulte dans l'ictère par congestion hépatique, est regardé par Murchison, Brouardel, etc., comme une preuve de la fonction uréopoiétique des cellules hépatiques.

L'ictère idiopathique est une maladie essentiellement bénigne, qui disparaît spontanément et altère fort peu la santé générale.

Nous avons déjà mentionné plus haut le faible accroissement en poids des nouveau-nés ictériques.

(1) Quincke, *Arch. für exper. Pathol. u. Pharmac.*, 1885, t. XIX, p. 34.
(2) Schreiber, *Berl. klin. Wochenschr.*, 1895, p. 543.

ICTÈRE SYMPTOMATIQUE.

L'ictère symptomatique reconnaît chez le nouveau-né trois causes différentes : les vices de conformation des voies biliaires, l'infection purulente d'origine puerpérale et l'hépatite interstitielle avec inflammation des canalicules biliaires.

Les **vices de conformation des voies biliaires**, qui s'annoncent par de l'ictère, portent tantôt sur le canal cystique seul qui est converti en un cordon fibreux (deux cas de Kœstlin) (1), tantôt sur le canal cholédoque seul [Lhommeau (2), Donop (3), Hennig (4)], tantôt sur tous les conduits du hile du foie qui sont oblitérés [Virchow (5), Binz (6)], tantôt à la fois sur la vésicule qui est rudimentaire et sur les gros canaux biliaires qui font complètement défaut [Romberg et Henoch (7), Freund (8)]. Ch. Putnam (9) a observé chez une fillette un ictère qui survint deux ou trois jours après la naissance, et qui persista jusqu'à la mort qui survint à l'âge de quatre mois ; l'enfant succomba après une intervention infructueuse pour rétablir le cours de la bile ; l'autopsie révéla l'absence totale du canal hépatique, la vésicule était bien conformée, mais vide de bile ; le foie était atteint de cirrhose par rétention biliaire. Ces anomalies de développement se reproduisent parfois successivement chez plusieurs enfants d'une même famille [Binz, Pearson (10)]. Le foie présente souvent les traces d'une maladie fœtale, tantôt d'une cirrhose [Sappey et Robin (11), Freund], tantôt d'une périhépatite, qui peut être d'origine syphilitique. Quand la veine porte est comprise dans le tissu conjonctif inodulaire, les intestins sont le siège d'une forte congestion, la rate est grosse, les ganglions mésentériques sont engorgés et le péritoine renferme parfois de la sérosité.

Quand il y a oblitération des voies biliaires, l'ictère se déclare en général peu d'heures après la naissance et acquiert rapidement une intensité considérable ; les téguments prennent une teinte jaune vert foncé, l'urine fortement chargée de pigment biliaire tache les langes en brun verdâtre ; les selles, au contraire, sont entièrement décolorées ; elles deviennent souvent fétides quand la vie se prolonge ; ces deux caractères distinguent nettement l'ictère dû aux vices de

(1) Kœstlin, *Würtemb. Correspondenzbl.*, nº 14, 1862.
(2) Lhommeau, *Bull. de la Soc. anat.*, 1847.
(3) Donop, *Thèse de Berlin*, 1828.
(4) Hennig, *Jahrb. für Kinderheilk.*, 1876, t. IX, p. 406.
(5) Virchow, *Ges. Abhandl.*, p. 858.
(6) Binz, *Virch. Arch.*, 1866, t. XXXV, p. 360.
(7) Romberg et Henoch, *Klinische Wahrnehmungen*, 1850, p. 158.
(8) Freund, *Jahrb. für Kinderheilk.*, 1875, t. IX, p. 178.
(9) Ch. Putnam, *Arch. of Pædiatrics*, sept. 1898.
(10) Pearson, *in* Cheyne, Diseases of children, 1808, t. II, p. 10.
(11) Sappey et Robin, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1859, t. XXIV, p. 943.

conformation des voies biliaires de l'ictère bénin idiopathique. On n'observe ni fièvre, ni ralentissement notable du pouls. Bientôt le ventre se ballonne et il survient des vomissements ; le foie, recouvert par les anses intestinales, est difficile à sentir à la palpation. Dès le second jour, le pouls est petit et rapide ; l'enfant décline visiblement ; il est somnolent ou est pris de convulsions et succombe en général dans la première semaine. Parfois, néanmoins, la vie se prolonge pendant deux ou trois mois ; les enfants sont alors très émaciés ; dans un cas rapporté par West, le ventre était distendu par un épanchement ascitique. Dans quelques cas, la terminaison fatale est amenée par une *hémorragie intestinale* ou *ombilicale*, complication fréquente des vices de conformation du foie (Grandidier) (1).

Quand le *canal cystique* seul est oblitéré, l'ictère n'apparaît que fort tard ; ainsi, l'un des enfants observés par Kœstlin ne devint ictérique qu'au bout de six mois. Le ballonnement du ventre fait complètement défaut, les selles restent colorées, mais les malades maigrissent et finissent par succomber à la cachexie ou à une complication (érysipèle, pneumonie).

L'**ictère pyémique** complique souvent la phlébite ombilicale suppurée ; il n'est qu'une des formes du puerpérisme infectieux des nouveau-nés (Voir *Péritonite des nouveau-nés*, p. 962) et se distingue nettement des autres ictères symptomatiques par l'élévation constante de la température et par sa coïncidence avec d'autres manifestations infectieuses, telles que la péritonite, la méningite ou la pleurésie suppurées, ainsi qu'avec le puerpérisme infectieux de la mère. Ritter et Klebs ont fréquemment observé en pareil cas des hémorragies cutanées, muqueuses ou viscérales qui étaient des manifestations de la dissolution du sang. C'est dans cette forme pyémique de l'ictère que l'on rencontre souvent la dégénérescence aiguë du foie, du cœur et des reins, dont Buhl et Hecker (2) ont cherché, à tort selon nous, à faire une entité morbide sous le nom de *dégénérescence graisseuse aiguë des nouveau-nés*.

La troisième forme de l'ictère grave des nouveau-nés est liée à des **altérations profondes du parenchyme hépatique** ; elle est encore peu étudiée ; nous donnons ici comme pierre d'attente le résumé d'un cas (3) que l'un de nous a eu l'occasion d'observer :

Les parents du petit malade ne présentent aucune trace de syphilis, la mère a été atteinte de scorbut ; de ses trois premiers enfants, l'un est mort en bas âge, les deux autres paraissent sains et vigoureux. La plus jeune a présenté de l'ictère dans les premiers jours de la vie ;

(1) Grandidier, *Journ. für Kinderkr.*, 1859, t. XXXII, p. 384.
(2) Buhl, Die acute Fettdegeneration der Neugeborenen ; — Hecker et Buhl, *Klinik der Geburtskunde*, t. I, 1861, p. 296. — Hecker, *Monatschr. für Geburtskunde*, t. XXIX, p. 321.
(3) A. D'Espine, *Bull. de la Soc. méd. de la Suisse romande*, 1879, p. 279, et *Gaz. méd. de Paris*, 1880, nos 43 et 48.

depuis lors, elle a souvent eu des bosses sanguines et a souffert d'une altération des gencives qui paraît avoir été de nature scorbutique.

Notre malade, gros garçon venu à terme après un accouchement facile, est atteint dès sa naissance d'un ictère bien caractérisé, qui augmente et se généralise les jours suivants, non seulement à la peau, mais à toutes les muqueuses. Les selles sont naturelles, nettement colorées par les principes de la bile. L'urine est très foncée et présente à l'analyse du pigment et des acides biliaires, ainsi qu'une très faible proportion d'albumine. L'enfant est nourri par sa mère et prospère pendant les premiers jours; il ne présente sur le corps aucune trace d'éruption syphilitique.

A partir du neuvième jour, le tableau change; des hémorragies surviennent de divers côtés, sous la peau, par l'ombilic, par l'intestin. La rate est très volumineuse, le foie déborde les fausses côtes; le ventre est souple, pas d'ascite. Aucune élévation de la température rectale, qui s'abaisse au contraire au-dessous de la normale dans les derniers jours. L'enfant s'étiole et s'affaiblit peu à peu, il succombe le vingt-troisième jour à une crise de convulsions.

L'autopsie fait constater une altération profonde du tissu hépatique, qui paraît avoir été le point de départ de tous les accidents. Les grands canaux biliaires sont parfaitement perméables, sans bouchon; la vésicule biliaire renferme une bile foncée et poisseuse. Le foie est augmenté de volume. Son tissu, d'une coloration vert-olive, présente au microscope une prolifération abondante de jeunes cellules le long de la capsule de Glisson et dans les espaces interlobulaires, qui sont par places notablement agrandis. Cette néoformation se continue sous forme de guirlandes élégantes autour des cellules hépatiques dans l'intérieur des lobules ; les cellules sont en grande partie conservées et contiennent des blocs de pigment biliaire. Les petits canalicules biliaires sont épaissis et remplis de cellules épithéliales; le peu d'altération de leur paroi permet de supposer que les lésions qu'ils présentent sont consécutives à l'hépatite interstitielle. Nulle part on ne constate de gommes miliaires.

La veine ombilicale ne présente aucune altération ; elle n'est oblitérée que dans le dernier tiers de son parcours. La rate est énorme, son tissu est dur, mais offre son aspect normal. Le cœur présente à sa pointe une large ecchymose qui pénètre dans l'intérieur du muscle; ce foyer hémorragique est entouré d'une infiltration de jeunes cellules tout à fait semblable à celle du foie. Le tissu sous-muqueux de l'intestin grêle présente également par places de petits foyers microscopiques de prolifération. Les reins sont un peu gros, très ictériques; on y observe quelques ecchymoses disséminées et une prolifération cellulaire autour des artères qui donnent naissance aux *vasa recta*. Les poumons, qui ne présentent à l'œil nu que quelques ecchymoses, offrent au microscope les altérations de la

pneumonie interstitielle. L'humérus est fendu et, examiné, ne présente aucune lésion. Les autres organes sont sains, aucun signe de maladie infectieuse, nulle trace de bactéries, de micrococcus dans le sang. Pas de vice de conformation.

Il est impossible, en face de ces lésions, de ne pas penser à un cas de syphilis congénitale, bien que l'enquête relative aux parents ait été complètement négative et que l'enfant n'ait présenté aucun indice qui confirmât ce diagnostic. Le point de départ de toutes les lésions paraît avoir été la cirrhose hypertrophique du foie avec inflammation des canalicules biliaires. Nous attendons de nouvelles observations avant d'oser affirmer que les lésions multiples que nous avons constatées dans ce cas puissent se rencontrer en dehors de toute influence syphilitique (1). Signalons en même temps l'absence complète chez notre malade de dégénérescence graisseuse du foie, des reins et du cœur, qui coïncide souvent, d'après Hecker, avec l'ictère grave des nouveau-nés.

CHAPITRE II

HÉMORRAGIES

Les hémorragies chez le nouveau-né sont relativement rares, mais ont attiré depuis longtemps l'attention par les dangers qu'elles font courir à la vie de l'enfant ou par la gravité de l'état général dont elles sont l'expression.

Nous n'avons point en vue ici les hémorragies accidentelles ou traumatiques, telles que les hémorragies internes dues au traumatisme obstétrical ou celles qui accompagnent souvent l'opération de la circoncision, telle que la pratiquent les rabbins, et nous ne faisons que mentionner les cas très rares d'hémorragies observées à la suite d'une lésion quelconque, chez les enfants appartenant à des familles hémophiliques.

Ainsi délimitées, les hémorragies des nouveau-nés reconnaissent pour cause tantôt une lésion locale, tantôt une diathèse hémorragique, tantôt enfin elles relèvent à la fois de causes locales et générales.

Elles ont pour siège, par ordre de fréquence : 1° l'ombilic ; 2° la peau et les orifices cutanés ; 3° le tube digestif (estomac et intestin) ; 4° les organes génito-urinaires. Nous décrirons successivement

(1) Depuis lors, l'origine syphilitique de cette maladie a été rendue probable par la naissance, dans la même famille, d'un enfant hydrocéphale à terme, qui a succombé peu de jours après. Neumann (*Berl. klin. Woch.*, 1893, p. 445) a rapporté un cas analogue dans lequel l'origine syphilitique était probable. (Voir aussi l'art. *Cirrhose du foie*, p. 722.)