

l'érysipèle et de la maladie ulcéro-gangreneuse qu'on les a signalées et nous avons vu quelle était par elle-même la gravité de ces différentes affections.

A côté de ces lésions vasculaires, survenant au cours des maladies inflammatoires de l'ombilic, à titre de complication, Durante et Audion ont décrit une septicémie ayant pour porte d'entrée les vaisseaux ombilicaux. Cette infiltration par voie sanguine débiterait, le plus souvent, pendant que se fait l'élimination du cordon ou après sa chute. Audion a, en effet, constaté que, contrairement à l'opinion classique, 8 ou 10 jours après la naissance, il est facile de voir, sur les ombilics suintants, à cicatrisation retardée ou anormale, les orifices encore ouverts des vaisseaux ombilicaux. Ces pertuis persistants sont une porte ouverte à l'infection et permettent le développement d'artérites et de phlébites plus ou moins intenses, souvent torpides, pouvant même rester méconnues. De ces premiers foyers, même dans les cas les plus torpides, les microbes peuvent envahir les vaisseaux sanguins hépatiques, et, par la même voie, l'organisme entier, ou bien suivre la voie artérielle. On assiste alors soit à l'éclosion d'une septicémie aiguë et rapide ou à la naissance d'une septicémie lente, dont les symptômes et les lésions anatomiques encore mal connus se présenteraient, d'après Audion, de la façon suivante :

Au niveau de l'ombilic, réaction inflammatoire peu vive, fugace, ayant déjà disparu quand surviennent les phénomènes septicémiques qui occupent toute l'attention; aussi, souvent, la relation qui unit ces phénomènes infectieux à la porte d'entrée ombilicale échappe-t-elle à un examen superficiel.

Les déterminations microbiennes atteignent plus particulièrement le foie, les poumons et le cœur; les lésions hépatiques peuvent entraîner par troubles sécrétoires des altérations intestinales d'ordres divers. Il serait possible aussi que, dans ces cas, certaines dégénérescences d'organes et de tissus soient des manifestations toxiques, dues à l'action des toxines microbiennes. Cette septicémie d'origine ombilicale expliquerait peut-être des broncho-pneumonies, des péricardites légères caractérisées seulement par la présence d'une cuillerée de liquide citrin dans le péricarde, quelques lésions endocardiques et des altérations intestinales dont l'origine est souvent inconnue.

Il existe un accident qui, souvent dû à la syphilis héréditaire, à l'hémophilie, peut être aussi d'origine infectieuse. Nous voulons parler de l'*hémorragie ombilicale tardive*, qui survient au moment où le cordon commence à se détacher ou le plus souvent après sa chute. Il est démontré aujourd'hui que dans un grand nombre de cas les accidents infectieux jouent le rôle principal. Finkelstein a trouvé, dans les viscères d'un nouveau-né, mort d'hémorragie, un diplo-bacille qui, inoculé à des souris, les tua de septicémie et produisit des accidents hémorragiques chez des lapins. P. Bar et Rénon ont signalé dans le sang des colonies de staphylocoques blancs et dorés, et des streptocoques.

C'est en déshabillant le nouveau-né, quelques heures ou quelques jours

après la chute du cordon, qu'on s'aperçoit que les langes sont tachés de sang, qu'on trouve des caillots au niveau de l'ombilic. Le sang ne s'écoule pas par jet, mais il suinte au niveau de l'ombilic qu'il faut déplisser pour pouvoir constater que le siège de l'hémorragie est situé au niveau d'un petit bourgeon qui forme le fond de la cicatrice ombilicale. Ces hémorragies peuvent être insignifiantes et n'entraver en rien la santé de l'enfant, elles sont quelquefois assez importantes pour le tuer; elles peuvent enfin se répéter, durer des mois et compromettre sérieusement sa vie.

Dans beaucoup de cas on observe en même temps des écoulements sanguins se faisant par d'autres voies: tube digestif, vessie, rein, vulve; des pétéchies, des ecchymoses, de l'ictère.

La mort survient au bout de 2 semaines dans les cas où la survie est la plus longue. On l'observe dans 85 pour 100 des cas.

Le traitement local consiste à lier en masse la région ombilicale, comme l'a fait Paul Dubois, ou à la pincer avec une pince hémostatique. Il faudra instituer en même temps un traitement général, en se rappelant que ces hémorragies s'observent le plus souvent chez les petits syphilitiques.

#### IX. — PROPHYLAXIE DES INFLAMMATIONS OMBILICALES

La prophylaxie des inflammations ombilicales consistera à panser soigneusement le cordon et à éviter toute cause de contamination extérieure pendant le temps qui s'écoulera depuis la naissance jusqu'à la cicatrisation de l'ombilic.

Le pansement aseptique, avec des compresses stérilisées serait le pansement idéal, puisque Cobilovici a montré qu'avec lui le liquide recueilli au niveau du sillon est stérile. Malheureusement ce pansement est impossible à employer dans la pratique. De plus, on lui reproche de retarder la chute du cordon, qui dans les expériences de Cobilovici ne s'est faite que le 8<sup>e</sup> ou le 9<sup>e</sup> jour. Un de nos collègues l'a même vu survenir le 12<sup>e</sup> jour chez un de ses enfants.

Il faut proscrire tous les anciens pansements au cérat, tous les pansements humides. Le pansement sec, fait avec de l'ouate, est le pansement idéal. Depuis que ce pansement a été adopté dans les services d'accouchements, le nombre des accidents a diminué dans des proportions considérables.

Dans les Maternités, il sera nécessaire de faire stériliser à l'étuve tous les objets qui servent à l'habillement des enfants. Grâce à cette précaution, on évite une nouvelle cause de contamination par les linges souillés et insuffisamment désinfectés à la blanchisserie.

Enfin, lorsque le cordon est tombé, il faut observer soigneusement pendant quelques jours la région ombilicale, et ne cesser tout pansement qu'après s'être assuré qu'il n'y a pas au fond de l'ombilic une petite plaie qui pourrait devenir le point de départ de graves complications.

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- AUDION. *Thèse de Paris*, 1900. — P. BAR. *Presse méd.*, 8 septembre 1897. — *Journal des praticiens*, septembre 1898. — BAR et RÉNON. *Soc. de biol.*, mai-juin 1895. — BASTARD. Du traitement du cordon ombilical après la naissance. Action des bains. *Thèse de Paris*, 1897. — BERGERON. *Thèse de Paris*, 1866. — BOUFFE DE SAINT-BLAISE. *Revue d'obstétrique et de pédiatrie*, avril 1895. — BILLARD. *Arch. gén. de méd.*, 1826, t. II. — CATTEAU. *De l'ombilic*, 1876. — CAZEUX. *Traité des accouchements*, 1880. — P. CHEVALLIER. *Du pansement antiseptique du cordon ombilical*. — CHEVÉ. *Thèse de Paris*, 1899. — COBLOVICI. *Thèse de Paris*, 1895. — COHN. *Therap. monatsch.* Berlin, mars 1896. — DEPAUL. Art. NOUVEAU-NÉ in *Dict. encycl. des sc. méd.* — DICKINSON. *Amer. Journ. of obst.*, July 1899. — DUKE. *Medical press and circular*, January 5, 1898. — DEBANTE et PORAK. Des infections ombilicales. *Soc. obstét. de France*, avril 1901. — Des infections ombilicales. *Arch. de méd. des enfants*, juin 1901. — Fonctionnement et statistique du pavillon des débiles à la Maternité. — Un cas de péritonite, avec exsudation séreuse, chez le nouveau-né. *Soc. d'obstét., de Gyn. et de Pédiatrie*, 1902. — Appendicite et péritonite chez un nouveau-né de 21 jours. *Soc. d'obstét., de Gyn. et de Pédiat.*, 1902. — EROSS. *Arch. f. Gyn.*, 1897. — FINKELSTEIN. — FISCHL. *Samml. klin. Vortr.* Leipzig, 1898. — KING. *On the ligation of the umbilical cord*. Washington, 1867. — LAMBERT. *New York med. News*, 1897. — LEGUENIN DE LIGNEROLLES. *Recherches sur la région de l'ombilic*, 1869. — LOBAIN. *Thèse de Paris*, 1855. — MARTIN (de Lyon). *Diathèse inflammatoire des nouveau-nés*, 1850. — A. MARTIN. Congrès de Paris, 1900. — MAURAGE. *Thèse de Paris*, 1900. — MASSON. *Thèse de Paris*, 1849. — MAURICEAU. *Des maladies des femmes accouchées et des enfants nouveau-nés*. — MERCIER. *Bull. de la Soc. d'obst. de Paris*, 15 juillet 1898. — MEYNET. *Thèse de Paris*, 1857. — MORRIS. *Clinical Journal London*, January 11, 1895. — A. MIKEL. *Ed. med. Journal*, 1863. — NOTTA. *Mém. de l'Acad. de méd.*, 1855. — OHM. *Thèse de Berlin*, 1896. — PAQUY. *Revue prat. d'obstétr. et de pédiatrie*, mai 1897. — PORAK. *Thèse de Paris*, 1878. — Congrès d'Amsterdam. — *Soc. d'obstét. de Paris*, mai 1899. — Congrès de Paris, 1900. — RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. *Précis d'obstétrique*. — RIBEMONT-DESSAIGNES. *Des hémorragies chez le nouveau-né*, 1880. — ROBIN. *Mém. de l'Acad. de méd.*, 1860. — RENGÉ. *Zeitsch. f. Geb. u. Gynaek.*, 1881. — RICHET. *Anat. topographique*. — SCHOLOMGOROFF. 1889. — SKENE. *New-York med. Journal*, February 18, 1899. — TARNIER. *Thèse de Paris*, 1857. — TARNIER et CHANTREUIL. *Traité d'accouchements*. — TURNER. *Brit. med. Journal*, 1896. — VARNIER. *Soc. d'obstét., de gyn. et de péd. de Paris*, 7 juillet 1899. — VELPEAU. *Anat. chirurg.*, t. II. — S. ZABOLICKI. *Du cordon ombilical et de sa chute après la naissance*, 1869.

## IV

MORT APPARENTE DU NOUVEAU-NÉ<sup>1</sup>PAR LE D<sup>r</sup> L. DEMELIN

Professeur agrégé à la Faculté de médecine, accoucheur des hôpitaux de Paris.

La mort apparente du nouveau-né comprend plusieurs états pathologiques distincts, dans lesquels les fonctions et propriétés de la vie sont suspendues ou affaiblies au point de faire croire à la mort, et présentant comme symptômes communs l'absence du cri, certains troubles respiratoires et circulatoires, et la résolution musculaire.

**Symptômes et Diagnostic.** — De tout temps, on a distingué des aspects cliniques différents de la mort apparente, et on les a désignés sous les noms de *forme bleue* et de *forme blanche*.

**FORMES BLEUES.** — Il faut distinguer deux formes bleues : 1° l'asphyxie, 2° l'apoplexie méningée. Mais nous ne décrirons pas cette deuxième forme qui est étudiée dans ce *Traité des Maladies de l'enfance* (à l'article HÉMORRAGIE DES NOUVEAU-NÉS). Dans l'*asphyxie*, la peau du nouveau-né présente une coloration violet-noirâtre plus ou moins foncée, et répandue partout : les régions les plus teintées sont la face et les extrémités. La tête oscille sur le tronc avec la plus grande facilité, en raison de la flaccidité des muscles du cou. Si l'enfant est couché sur le dos, la tête se fléchit volontiers, le menton au voisinage de la poitrine, la bouche fermée, les yeux clos, les joues bouffies, les oreilles froides et noires, les lèvres cyanosées dans leur partie cutanée et plus encore dans leur partie muqueuse. Si l'on va pour introduire le doigt dans la bouche, on voit d'abord que la langue est couleur lie de vin, plus ou moins collée au palais; l'intérieur de la bouche donne une certaine sensation de froid. Vient-on à examiner la sensibilité réflexe dans cette région du corps, on trouve assez souvent que les muscles de l'arrière-bouche réagissent sous l'excitation du doigt : on sent en effet, sous la pulpe de l'index, l'isthme du gosier se rétrécir et se fermer. Du côté des yeux, les réflexes peuvent aussi persister : si l'on essaie d'ouvrir les paupières, on s'aperçoit que le sphincter tend à se contracter. Le contact de la cornée détermine aussi la contraction des paupières.

Mais, comme nous le répéterons plus loin, cette sensibilité réflexe de la gorge et des yeux est loin d'être toujours intacte. Si l'asphyxie est profonde, elle peut avoir momentanément disparu, partiellement ou totalement. C'est ainsi que dans certains cas (qui semblent être les plus fréquents), l'isthme du gosier reste sensible aux excitations, tandis que les yeux ne présentent plus de réflexes. D'autres fois, au contraire, les paupières se contractent

<sup>(1)</sup> Pour plus de détails, voir : DEMELIN. *De la mort apparente du nouveau-né*. Académie de médecine 1894, et *Soc. d'éditions scientifiques*, Paris, 1895.