

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 Pæd.*, 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. — RENGE. *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-NÉ¹PAR LE D^r 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

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

encore, tandis que l'arrière-bouche reste immobile. Enfin, dans les formes les plus profondes, les réflexes guttural, palpébral et cornéen sont nuls d'abord; mais ils réapparaissent peu à peu sous l'influence du traitement. Nous verrons tout à l'heure quelle marche suivent ces différents symptômes.

Quel est l'aspect de la poitrine, au moment où l'on remarque du côté de la tête les signes que nous venons d'indiquer? La peau de la poitrine est violacée, surtout au voisinage du cou; le thorax est peu développé. Toute l'attention doit se diriger du côté du cœur et des poumons.

Le cœur bat, mais d'une façon très particulière. A la palpation de la région précordiale, on sent un frémissement, ou un battement faible, puis plus rien; puis bientôt, au bout d'un temps plus ou moins court, on perçoit une nouvelle ondulation. Mais, fait caractéristique, assez rapidement, en général, le frémissement devient plus fort, les battements se rapprochent et le rythme cardiaque reprend progressivement ses allures ordinaires. En même temps qu'on sent le cœur battre, on le voit produire des ondulations, des soulèvements peu prononcés mais suffisamment appréciables, au voisinage du mamelon gauche, et aussi près de la ligne médiane. Il est rare que les battements du cœur soient tout à fait insensibles au palper: on les rencontre presque toujours, en déprimant la paroi abdominale au creux de l'épigastre, et en palpant le cœur par l'intermédiaire du diaphragme. Le pouce, par exemple, est insinué sous le cœur, la pulpe dirigée en haut, tandis que les autres doigts sont appliqués sur la région précordiale; le cœur est saisi pour ainsi dire entre le pouce et les autres doigts.

Pendant ce temps, que se passe-t-il du côté de la respiration? Généralement, il y a d'abord apnée complète, puis, et plus ou moins tôt, suivant le degré d'asphyxie, une inspiration spontanée se produit; mais ses caractères sont très particuliers. Elle se fait brusquement, profondément, quelquefois en saccades répétées deux ou trois fois de suite, et à chaque saccade inspiratoire, la tête remue, se renverse plus ou moins en arrière; la bouche s'ouvre, les lèvres se contractent, la figure grimace, les yeux restent toujours fermés. En même temps le diaphragme dessine ses insertions circulaires à la base de la poitrine qui s'enfonce et se déprime jusqu'à ce que l'inspiration soit terminée. Elle est parfois comme tétanique et dure un laps de temps qui paraît assez long; puis le diaphragme se relâche, et l'enfant reprend son immobilité première. Les mouvements inspiratoires de ce genre se reproduisent en se rapprochant: tantôt il y a quelques secondes d'intervalle entre deux inspirations spontanées; tantôt plusieurs minutes se passent. Mais le plus souvent les mouvements du thorax se rapprochent de plus en plus, jusqu'au moment où ils font place à des inspirations calmes, régulières, suivies d'expirations également normales. Mais ces mouvements qui séparent les grandes saccades inspiratoires sont d'abord très faibles; ils se rapprochent de plus en plus de la normale, jusqu'à ce que l'enfant se mette à crier. Si les voies aériennes sont libres, l'air pénètre dans la poitrine et la gonfle visiblement. Dans certains cas, l'introduction de l'air est rendu impossible par un obstacle quelconque, et alors, malgré les contractions énergiques des muscles inspirateurs, la poitrine ne se soulève pas.

Revenons encore au point de départ, et examinons la partie inférieure du tronc. La base du cordon ombilical est généralement animée de battements isochrones à ceux du cœur. L'anus est parfois, mais non toujours, souillé par du méconium qui peut se répandre sur les fesses et la partie supérieure des cuisses. Les membres ont gardé un certain degré de tonicité musculaire, que l'on retrouve d'ailleurs sur l'ensemble du corps. Il y a là une sensation spéciale qui fait que l'accoucheur expérimenté reconnaît, rien qu'en portant l'enfant, que la flaccidité et la résolution ne sont pas complètes. Dans les cas légers, des mouvements spontanés, surtout de l'avant-bras sur le bras, sont exécutés quand on frictionne le corps de l'enfant. D'autres fois, l'immobilité est complète, mais la tonicité musculaire est encore appréciable. Mêmes considérations pour les membres inférieurs, dont les extrémités présentent, comme aux membres supérieurs, le maximum de cyanose. La tonicité musculaire n'a pas, en général, complètement disparu, et même l'attitude des divers segments des membres inférieurs peut donner de bonnes indications pronostiques. Si les jambes et les cuisses sont allongées et flasques, le cas est sérieux; il est au contraire beaucoup moins inquiétant, si les cuisses se sont spontanément fléchies sur le bassin, et les jambes sur les cuisses, selon l'attitude fœtale. Dans ces formes légères, lorsqu'on vient à frictionner la poitrine ou le dos du nouveau-né, des mouvements spontanés se font dans les membres inférieurs: la flexion de leurs segments les uns sur les autres s'accroît davantage, les genoux se rapprochant encore du ventre, et les talons des fesses. Le réflexe plantaire est très souvent aboli au début, quelquefois conservé en partie si l'empoisonnement du sang est peu marqué; c'est dire que le chatouillement de la plante des pieds ne détermine pas de mouvements. Jamais il n'est exagéré dans l'asphyxie bleue proprement dite. Même remarque pour le réflexe rotulien. Tels sont les symptômes de l'asphyxie, dite *asphyxie bleue* par les auteurs. Voyons à présent quelle va être leur marche.

La première modification qui se produit sous l'influence du traitement, c'est l'accélération et le renforcement progressifs des battements cardiaques; puis les inspirations spontanées se rapprochent, profondes et saccadées d'abord, avec des intervalles d'immobilité paraissant complète; bientôt, entre chacune de ces inspirations brusques, s'exécutent des mouvements, légers d'abord, puis plus prononcés, de soulèvement et d'abaissement successifs des parois thoraciques tendant de plus en plus vers le rythme normal. En même temps, la peau change de couleur, de violette elle devient rose, en commençant par les régions les plus élevées de la poitrine; la teinte rosée gagne ensuite la face, les membres, les lèvres. Les réflexes palpébral, cornéen, guttural, plantaire, patellaire, apparaissent dans un ordre variable. L'enfant ouvre spontanément les yeux. Il ne crie pas encore, mais il fait entendre une sorte de petit grognement sourd, à chaque friction exercée sur le tronc; puis il ouvre la bouche, grimace, essaie un cri plaintif ou immédiatement franc, et d'habitude alors la partie est gagnée. Le tout dure peu en général; et en quelques minutes, en un quart d'heure et rarement davantage, l'enfant est rappelé à la vie. Telle est l'asphyxie bleue proprement dite, dont le pronostic est en somme fréquemment favorable, quitte à surveiller attentivement les

jours qui suivent. En règle générale, l'asphyxie bleue est primitive, c'est-à-dire que la teinte violette des téguments existe aussitôt que l'enfant est né. Mais il y a des exceptions : un enfant naît par exemple en état de mort apparente de forme blanche (voir plus loin), et peu après sa naissance, il exécute des mouvements spontanés de respiration ; pourtant l'air ne pénètre pas dans la poitrine, et la mort survient ; à l'autopsie on ne trouve pas d'hémorragie dans le crâne ; en revanche, on constate que les poumons sont atelectasiés, et que la trachée est obturée par un bouchon muqueux très adhérent ; il y a eu ici asphyxie consécutivement à une forme blanche de la mort apparente. Nous reviendrons plus loin sur ces faits.

L'asphyxie est dans certains cas assez prononcée pour empêcher le rappel à la vie. Dans d'autres faits intermédiaires, l'enfant est ranimé assez vite, mais incomplètement : il respire, mais il ne crie pas, et il reste somnolent ; la guérison peut se faire attendre 24 ou 56 heures pendant lesquelles il est nécessaire de surveiller étroitement le bébé ; ou bien la mort survient le plus souvent par *apoplexie méningée* consécutive.

FORMES BLANCHES. — Nous décrivons sous ce nom ce que les auteurs entendent par *asphyxie blanche* et *syncope*. Nous pensons qu'il y a lieu d'établir deux formes distinctes que nous désignerons sous les noms de : 1° Syncope traumatique ; 2° Syncope hémorragique. Nous laisserons de côté cette seconde forme qui est toute spéciale, et qui résulte d'une anémie aiguë post-hémorragique en rapport avec une déchirure quelconque des vaisseaux ombilico-placentaires.

Syncope traumatique. — Nous croyons que, dans l'immense majorité des cas, cette forme s'observe après une *extraction* opérée soit avec la main, soit avec le forceps : de là l'épithète de traumatique que nous avons choisie. Ce qui frappe avant tout, c'est la pâleur extrême que présente le revêtement cutané dans toute son étendue. Le nouveau-né est blanc de cire, sauf au niveau des lèvres qui sont légèrement violacées. Mais partout ailleurs la teinte pâle est uniforme. L'enfant est complètement inerte, mou, flasque, sans aucune tonicité musculaire : les bras, les jambes, la tête, pendent sans résistance et oscillent passivement sous la moindre impulsion. Les yeux sont fermés, sans bouffissure ; les cornées sont insensibles : si l'on renverse la tête en arrière, la bouche s'ouvre, le maxillaire inférieur tombant sous l'influence de la pesanteur. La langue est immobile, attachée à la mâchoire inférieure ; l'intérieur de la bouche semble froid au toucher ; la gorge reste immobile sous l'excitation du doigt, les piliers du voile du palais n'ont aucune tendance à se rapprocher, la glotte est béante.

Les membres supérieurs et inférieurs sont complètement inertes, avoisons dit. Leur peau est pâle, leurs muscles sans tonicité. Les jambes sont allongées sur les cuisses, et celles-ci sur l'abdomen, mais sans raideur, sans même aucune résistance musculaire ; les genoux n'ont aucune tendance à se recroqueviller sur le ventre. Les réflexes plantaires et patellaires sont nuls ; l'ombilic est flasque, le cordon sans battements, contrairement à ce qu'on observe dans l'asphyxie.

Que se passe-t-il du côté de la respiration ? Ici, comme dans les formes

bleues, l'enfant est d'abord apnéique ; aucun son ne sort de sa gorge ; aucun mouvement ne se manifeste du côté du thorax. Au bout d'un temps variable et généralement plus long que dans l'asphyxie, une inspiration brusque, profonde, saccadée ou non, comme tétanique, se produit, suivie d'une période d'immobilité, également variable en durée ; puis nouvelle inspiration profonde, nouveau repos, etc. En somme, c'est la répétition de ce que nous avons déjà décrit dans certaines formes bleues. Si une amélioration se produit, elle se manifeste par la répétition des inspirations spontanées qui se rapprochent de plus en plus et bientôt par des mouvements réguliers de soulèvement des côtes et d'abaissement, interrompus de temps en temps par une inspiration plus brusque et plus profonde. Puis, l'enfant ouvre les yeux, reprend de la sensibilité réflexe, remue un peu, et, finalement, s'essaie à crier, en même temps que la face se met à grimacer. Ce sont là les cas heureux. Mais il faut maintenant examiner l'état de la circulation depuis le début des accidents. Avec le tableau général de cette forme blanche, que nous venons d'esquisser, le rythme cardiaque peut présenter deux allures distinctes : a) ou bien, dès le début, le cœur bat très lentement, quelquefois même si faiblement qu'on a de la peine à percevoir ses contractions ; b) ou bien, dès le début, le cœur bat rapidement, suivant un rythme très voisin de la normale, en vitesse et en régularité. Examinons successivement chacune de ces éventualités.

a) 1^{er} CAS. — L'enfant nouveau-né est en état de mort apparente, forme blanche : la palpation de la région précordiale et son auscultation font reconnaître que les battements du cœur sont très ralentis, très espacés. La notion de fréquence n'est pas seule à considérer ; il faut encore examiner *la force* ou l'intensité de ces contractions si rares. Or, il arrive que cette intensité est assez accentuée pour se rapprocher de la normale à ce point de vue. Ces cas sont d'habitude favorables : sous l'influence du traitement, les battements cardiaques vont se rapprocher peu à peu, tout en gardant la même énergie ; des inspirations profondes vont se produire avec les caractères signalés plus haut, et l'enfant revient à la vie. Il se met à crier plus ou moins franchement au bout de quelques instants, et il aura des chances sérieuses de survivre.

D'autres fois, le cœur, au lieu d'être fort malgré sa lenteur, est au contraire affaibli, si bien même qu'on peut avoir de très réelles difficultés à savoir si, oui ou non, il se contracte encore, si la mort est apparente ou réelle. Deux éventualités sont possibles. Ou bien, sous l'influence du traitement, les battements cardiaques vont se renforcer et s'accélérer, la peau se colorera en rose, d'abord au niveau de la poitrine, puis sur toute la surface du corps, et la partie sera gagnée, momentanément au moins ; ou bien, malgré les moyens thérapeutiques employés, ces contractions cardiaques, après s'être un peu accélérées, se ralentiront et s'affaibliront dès que le traitement sera suspendu ; des inspirations saccadées, rythmiques, spontanées, se produiront bien ; mais elles ressembleront à une sorte de hoquet, et s'espaceront dès qu'on cessera la médication. On peut ainsi, pendant une demi-heure, une heure et davantage, produire des alternatives d'améliora-

tion et de rechute. Et ce sont les cas les plus difficiles pour le praticien : car on cite des exemples de survie définitive obtenue au prix d'une heure, de deux et même de trois heures de lutte contre la mort. Trop souvent les efforts du médecin sont impuissants, et, après une ou deux périodes d'amélioration momentanée, le cœur bat de moins en moins vite et de moins en moins fort, et la mort réelle survient, malgré tous les procédés thérapeutiques mis en usage.

Ce n'est pas là la seule manière dont la mort se produise dans cette forme blanche. Il arrive, nous l'avons vu, que les battements du cœur, d'abord lents, s'accélèrent et qu'une inspiration spontanée se produise. Mais l'enfant, au lieu de se colorer en rose, quitte sa pâleur anémique pour devenir cyanosé ; c'est, nous l'avons vu plus haut, que la trachée est obstruée par un bouchon muqueux qui empêche l'air d'arriver dans les poumons ; on reconnaît cette complication à ce que, malgré les efforts énergiques de l'inspiration, le thorax reste aplati sans pouvoir se gonfler, et qu'en même temps une dépression profonde se dessine circulairement à la base de la poitrine au niveau des insertions du diaphragme pendant les violentes contractions de ce muscle, pendant qu'une dépression médiane se dessine au cou, au-dessus de la fourchette sternale : il existe en un mot un *tirage* des plus accentués. L'enfant succombe à l'asphyxie, si l'on ne parvient pas à déboucher sa trachée.

Dans d'autres circonstances, à la forme blanche succède la cyanose qui est liée à l'apoplexie méningée. Si l'enfant est ranimé, tout n'est pas encore fini pour lui. Trop souvent, après avoir crié, il tombe au bout de quelques heures dans un coma profond, d'où rien ne peut le tirer, et il succombe ; ou bien, encore, il est pris de convulsions généralisées ou non, qui précèdent la mort. D'autres fois, au bout d'un ou deux jours, des convulsions apparaissent encore, générales ou locales, mais l'enfant résiste : la fièvre s'allume, et peut s'élever très haut (58, 40 et 41°) ; la nuque offre une raideur toute spéciale, avec renversement de la tête en arrière, comme dans l'opisthotonos ; chaque fois que l'on veut fléchir la tête de l'enfant, il grimace et se plaint, manifestant ainsi la douleur qu'on lui fait subir. La raideur peut être limitée aux muscles de la nuque, ou bien s'étendre à l'un des bras ou aux deux. Les avant-bras sont en demi-flexion sur les bras, les poignets sur les avant-bras, les premières phalanges des doigts sont redressées pendant que les autres sont fléchies. Aux membres inférieurs, la raideur peut exister aussi ; les jambes sont incomplètement allongées sur les cuisses étendues, les orteils repliés en griffe vers la plante du pied. Il y a, en un mot, de la contracture bilatérale ou unilatérale, souvent en rapport avec le siège des convulsions qui l'ont précédée. Cet état peut se terminer par la guérison au bout de quelques jours ; trop souvent c'est la mort, et à l'autopsie on trouve une méningite spinale évidente, caractérisée par des fausses membranes jaunes, enveloppant la moelle cervicale ou cervico-dorsale.

Étudions maintenant la seconde variété de syncope traumatique :

b) 2^e Cas. — Dès le début, c'est-à-dire immédiatement après l'extraction du fœtus, le cœur bat avec la vitesse et la régularité normales et pour-

tant l'enfant est en état de mort apparente : il ne respire pas, et reste complètement inerte, suivant le tableau que nous avons présenté plus haut. Ici donc, pâleur mortelle, inertie complète, apnée, mais battements du cœur en apparence normaux. Veut-on traiter cet état pathologique ? On obtiendra peut-être, mais non sûrement, une ou plusieurs inspirations spontanées ; mais, en réalité, tout sera inutile ; et, au bout d'un temps variable, le cœur se ralentira et finira par s'arrêter complètement. Est-ce à vrai dire de la syncope, objectera-t-on ? Non, sans doute, puisque le cœur bat. Nous ne tenons pas au mot ; nous voulons seulement indiquer le fait. Peut-être le terme d'*apoplexie blanche* serait-il plus exact ; car on sait que, chez l'adulte, certaines formes d'apoplexie s'accompagnent d'une sorte d'état syncopal. Quoi qu'il en soit, la marche est ici presque toujours identique et la terminaison mortelle. A l'autopsie on ne trouve souvent rien de net, quelquefois la moelle et le bulbe sont étirés, ou même déchirés ; mais ce n'est pas constant. Cette forme est certainement beaucoup moins fréquente que la première.

FORMES MIXTES. — A côté des cas déjà cités où une forme bleue succède à une forme blanche (voir plus haut), il en est encore d'autres où il est assez difficile de dire exactement si l'enfant est cyanosé ou s'il est syncopal ; l'ensemble du corps est blanc ; la face est également anémique par endroits, mais, dans d'autres points, elle est livide, violacée, comme marbrée ; et on dirait qu'il y a un mélange d'asphyxie et de syncope. Ce sont là les formes mixtes assez fréquemment observées. Elles présentent un pronostic variable, tantôt favorable, tantôt mortel.

Pronostic. — La mort apparente du nouveau-né est en général d'un pronostic sérieux. Pour fixer les idées par des chiffres, nous dirons que, sur 188 cas de mort apparente du nouveau-né recueillis sur un ensemble de 5449 accouchements pendant une période de 4 ans et dans le même service, il y a eu 65 cas de mort, soit que les enfants n'aient pas été ranimés, soit qu'après l'avoir été ils aient été pris d'accidents mortels, un temps variable après la naissance : 125 enfants sont sortis vivants de l'hôpital ; ce qui donne une proportion de 54 pour 100 de mortalité. On sauverait donc les deux tiers des enfants nés en état de mort apparente. Depuis longtemps on sait la résistance toute spéciale du nouveau-né à l'asphyxie. Il succombe très aisément au contraire au traumatisme ; aussi la syncope traumatique est-elle toujours sérieuse, et sa gravité dépend de l'intensité des violences subies.

DE LA CONDUITE A TENIR DANS LE CAS DE MORT APPARENTE DU NOUVEAU-NÉ. — Il faut, dans le traitement de la mort apparente, avoir toujours présentes à l'esprit : 1° la résistance du nouveau-né à l'asphyxie ; 2° sa sensibilité au traumatisme.

1° *Traitement prophylactique de la mort apparente.* — C'est la surveillance attentive de l'accouchement, et surtout de la période d'expulsion. Il faut consulter le cœur fœtal et examiner la coloration du liquide amniotique. Il faut reconnaître et traiter les divers accidents du travail, accidents que nous ne pouvons même pas énumérer ici ; accélérer la dilatation du col,

si l'enfant souffre, et terminer au besoin par une application de forceps ou une version podalique. Pendant l'extraction, on opérera sans lenteur, mais surtout sans brusquerie; il faut se hâter lentement, et avant tout éviter la violence. On doit compter, nous le répétons, sur la résistance du fœtus à l'asphyxie et craindre vivement l'élongation de la moelle et du bulbe, la compression et la commotion cérébrales. Pendant qu'on opère, des aides préparent tout ce qui est nécessaire pour ranimer l'enfant, c'est-à-dire des linges chauds, de l'eau chaude, un bain de 35 ou 40 degrés, sinapisé de préférence, un matelas d'eau chaude comme nous l'avons vu faire dans le service de Tarnier. On aura en outre demandé de l'eau froide, de l'alcool, des plumes d'oie qui d'ailleurs ne sont pas indispensables; et on aura sous la main un insufflateur, de préférence celui de Ribemont ou celui d'Olivier. L'insufflateur sera aseptique.

2° *Traitement curatif.* — L'enfant une fois né, et l'état de mort apparente reconnu, il faut avant tout garder son sang-froid et faire vite le diagnostic de la forme. La thérapeutique varie en effet suivant les cas. Nous allons les passer en revue.

a) *Asphyxie.* — Frictionner l'enfant avec de l'alcool versé sur la poitrine et le dos; puis le réchauffer dans le bain. Les massages, les manipulations diverses sont utiles pour accélérer la circulation. Les mucosités de la gorge seront enlevées avec le doigt. Les tractions de la langue peuvent être essayées. Si, au bout de quelques minutes, une amélioration ne se produit pas, on doit recourir à l'insufflation, en commençant par une aspiration, c'est-à-dire par l'évacuation des voies aériennes. On insufflera ensuite de bouche à bouche, ou avec un tube laryngien. Les enfants petits, ou prématurés, sont plus difficiles à insuffler que les autres au moyen du tube. De temps en temps, pendant l'insufflation, on baigne l'enfant, ou on fait changer les linges chauds, on surveille le cordon, pour qu'une hémorragie ne se produise pas. Si l'enfant, bien que ranimé, reste faible et comme comateux, il faut rester près de lui pendant plusieurs heures, le frictionner, etc., et lui faire respirer de l'oxygène, en même temps qu'une température douce est entretenue autour de lui; on administrera à l'intérieur quelques gouttes de lait alcoolisé.

b) *Syncope traumatique.* — Ligature tardive du cordon ombilical. En attendant que les battements funiculaires aient disparu ou qu'ils soient suffisamment affaiblis (3 minutes environ), frictionner toute la surface du corps, élever le siège pour abaisser la tête. Linges chauds. Pendant ce temps, enlever les mucosités des voies aériennes, faire les tractions de la langue ou commencer l'insufflation. Le cordon une fois coupé, administrer un bain tiède; puis continuer l'insufflation avec persévérance; car on a ranimé des enfants au bout d'une heure et même davantage. La partie une fois gagnée, surveiller attentivement les premiers jours: couveuse, lait alcoolisé, oxygène. Si l'enfant ne se ranime pas, faire en dernière ressource une injection de sérum artificiel ou de caféine.

c) *Formes mixtes.* — Il faut se conduire comme dans le cas de syncope traumatique.

V

CÉPHALÉMATOME

PAR LE D^r L. DEMELIN

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

Définition. — Le céphalématome est une « tumeur formée par un épanchement de sang qui se fait entre le crâne et le périoste qui le recouvre; on ne l'observe guère que chez l'enfant » (Tarnier).

Anatomie pathologique. — Dans sa forme la plus simple, cette tumeur est constituée de la manière suivante: le cuir chevelu et l'aponévrose épicroticienne sont normaux. Le périoste est décollé de l'os sous-jacent au niveau de la tumeur; à sa périphérie, au contraire, il adhère fortement. Dans la poche limitée en dedans par l'os, en dehors par le périoste décollé, se trouve une certaine quantité de sang, variable naturellement avec le volume du céphalématome: on a donné comme limites extrêmes 2 grammes et 240 grammes (Valleix); le chiffre ordinaire est de 20 à 50 grammes.

Tout d'abord, le sang épanché est liquide et rouge; plus tard il s'épaissit et devient noirâtre. Plus tard encore, le travail de résorption progresse et ne laisse qu'une masse gélatino-fibrineuse.

Il peut arriver que la masse sanguine épanchée ne soit pas en contact direct avec les parois ostéo-périostiques de la poche; c'est alors qu'elle en est séparée par une néo-membrane blanche et filamenteuse ou d'un jaune rougeâtre continue ou interrompue, et qui est constituée par de la fibrine provenant de la coagulation superficielle du sang épanché.

L'écaille osseuse qui supporte le céphalématome est normale; elle offre son apparence pectinée habituelle, due aux travées osseuses disposées en rayons de roue à partir du point d'ossification central de l'écaille. Quelquefois, du bord de l'écaille part une petite fêlure. Le céphalématome, au bout de quelques jours, s'entoure sur toute sa périphérie d'un *bourrelet* d'une importance considérable au point de vue anatomique et clinique. Ce bourrelet siège dans tous les points où le décollement périosté cesse d'exister. Il est produit par le périoste qui le sécrète, en quelque sorte, tout autour de l'épanchement sanguin; il forme une saillie circonscrite d'une hauteur de 2 à 4 millimètres en moyenne; il n'est pas toujours continu. A la coupe, il présente une forme prismatique et triangulaire: il repose, par sa face basale, sur l'os sous-jacent; par sa face la plus éloignée du centre de l'épanchement, il adhère étroitement au périoste d'où il émane; enfin sa troisième face est libre du côté de l'épanchement sanguin avec lequel elle est en rapport.

Étiologie. — La fréquence du céphalématome est diversement appréciée. En réunissant les observations de Valleix, de Burchard et de Seux, on obtient la proportion de 1 céphalématome sur 250 accouchements.

Les garçons seraient plus fréquemment atteints que les filles (chiffres de Seux et de Burchard). La primiparité serait également une cause prédispo-