

VI

HÉMORRAGIES DES NOUVEAU-NÉS

PAR LE D^r L. DEMELIN

Professeur agrégé, accoucheur des hôpitaux de Paris.

Étiologie générale. — Les pertes de sang observées chez le nouveau-né tirent leur origine :

1° De l'accouchement lui-même; 2° de l'établissement de la fonction pulmonaire; 3° des conditions extérieures qui agissent sur l'adulte comme sur le nouveau-né, mais qui trouvent en celui-ci un terrain spécial par ses réactions. Ces trois circonstances représentent autant de périodes successives. A chacune d'elles peuvent se produire des hémorragies dont la cause tient à un traumatisme, ou à un trouble circulatoire en rapport avec la nouvelle fonction pulmonaire, ou enfin à un état pathologique du sang infectieux ou dyscrasique.

A. — *Traumatisme.* — Les opérations obstétricales et surtout l'extraction par le siège, les tractions, nécessaires sur les membres, intempestives sur le tronc, les frictions et flagellations usitées pour ranimer un enfant en état de mort apparente, etc., sont capables de déterminer des ruptures vasculaires. Les hémorragies viscérales (dans le foie, les reins, les capsules surrénales, les poumons, les méninges, etc.) sont dues parfois au seul traumatisme; mais nous verrons tout à l'heure qu'il n'est, dans certaines circonstances, qu'une cause adjuvante. Les ecchymoses sous-cutanées se montrent dans les premiers jours, surtout le 3^e et le 4^e; « elles siègent généralement sur la partie antérieure du thorax, dans la région pectorale, sur la région sous-mammaire et sur la partie postérieure du tronc au-dessous des omoplates. Elles ont une forme irrégulière et sont parfois étendues.... Ces ecchymoses ne sont pas très rares...; les enfants continuent à bien se développer, et, au bout de 6 à 8 jours, les taches bleuâtres s'éteignent et disparaissent; elles reconnaissent vraisemblablement une origine mécanique et sont dues aux frottements, aux contusions dont le tronc fœtal peut devenir le siège même dans les cas où l'accouchement a semblé avoir la marche la plus régulière. » (Bar¹.) Elles doivent être distinguées du véritable purpura, dont le pronostic est différent. Elles ont de l'importance au point de vue médico-légal, car elles pourraient être attribuées à des tentatives criminelles (Bar).

Les plaies créées par la pression des cuillers dans une application de forceps, la vaccination, la section du frein de la langue, la circoncision, etc., s'accompagnent d'un écoulement sanguin insignifiant en général; mais,

(¹) BAR. Nature de quelques hémorragies des nouveau-nés. *Journal des praticiens*, 29 novembre 1895, p. 754 et 755.

aidées d'un autre facteur hémorragipare (voir plus loin), elles saignent quelquefois très abondamment. D'autres solutions de continuité sont plus graves, telles, par exemple, les plaies compliquées de lésions de l'artère fémorale, qui ont été observées après l'application d'un crochet métallique dans l'aîne pour extraire un siège décompleté, mode des fesses (Bar).

B. — *Troubles circulatoires en rapport avec l'instauration de la fonction pulmonaire.* — Quand cette nouvelle fonction s'établit d'une manière insuffisante, le sang stagne dans les différents départements du système veineux au lieu d'être aspiré vivement par le vide thoracique. De là des congestions passives et des pertes de sang. Celles-ci se font jour par la veine ombilicale si le moignon funiculaire a été mal lié; ou bien elles se répandent dans la profondeur des organes, mais à la condition d'être favorisées par un état particulier des parois vasculaires. Très souvent, en effet, intervient un facteur des plus importants, c'est la *faiblesse congénitale des vaisseaux* qui résistent mal à une tension un peu forte et se rompent. Ainsi s'expliquent bien des hémorragies méningées, rénales, capsulaires, hépatiques, etc. Nous avons eu l'occasion d'observer des hématuries suivies de mort, causées par une infiltration sanguine ayant envahi les deux reins en totalité et due à la fois à l'atélectasie pulmonaire et à la fragilité originelle des canaux sanguins. Les poumons eux-mêmes sont le siège de l'apoplexie, lorsque l'inspiration, quoique normale et vigoureuse, attire le sang dans des conduits trop faibles par rapport à la vigueur de l'appel.

C. — *Infections et dyscrasies.* — On sait que des microbes multiples peuvent acquérir les attributs nécessaires à la production des extravasations sanguines; le mode de réaction du sujet joue ici un grand rôle. Le nouveau-né, avec son sang en voie de transformation et ses organes hématopoiétiques volumineux (foie, rate, etc.), fait facilement des hémorragies infectieuses. Elles sont alors multiples et répétées (écoulement de sang par l'ombilic, les voies digestives, hématuries, épistaxis, otorragies, etc.). Les séreuses, les organes profonds, les viscères thoraciques et abdominaux sont le siège d'épanchements plus ou moins abondants. Le purpura se rencontre aussi, et au même titre que les autres hémorragies quand elles dépendent d'une infection; il est d'un pronostic fatal. Le streptocoque, le coli-bacille, les staphylocoques sont les coupables habituels. L'infection puerpérale, la vaccine anormale, toutes les septicémies, en un mot, peuvent être incriminées, et c'est à leur occasion que de petites plaies, ordinairement insignifiantes, deviennent les sources de pertes incoercibles.

L'hémophilie a certainement son influence propre. Cependant, son cadre se rétrécit de jour en jour. Bien des hémorragies qu'on lui attribuait ont été dûment reconnues de nature infectieuse (faits de Bar et Rénon).

Les altérations des organes hématopoiétiques exercent une influence réelle sur l'apparition de certaines hémorragies, telles les hématuries, les hémoglobinuries accompagnant l'ictère grave, la maladie de Winckel, etc. Ces lésions, surtout les hépatiques, sont-elles toujours d'origine microbienne? Les extravasations sanguines rencontrées si souvent dans le foie des fœtus nés de mères éclamptiques (Chambrelent) prêtent à discussion.

S'agit-il alors d'infection primitive ou secondaire ? ou bien doit-on adopter la théorie d'une intoxication dyscrasique ? Ce sont là des questions encore pendantes. Quoi qu'il en soit, les hémorragies infectieuses se font plus tardivement que les autres en général ; leur moment de prédilection est la période qui va en moyenne du 5^e au 10^e jour après la naissance.

A part les trois sortes de causes que nous venons de passer en revue, il y en a sans doute une dernière, d'ordre trophique, primitivement au moins. Preuschen admet que les ulcérations gastro-intestinales dépendent d'un épanchement de sang intéressant primitivement la substance nerveuse encéphalique. D'autre part, les brûlures étendues du tégument externe ont des conséquences de même nature. Les hémorragies qui en résultent sont-elles exclusivement de provenance trophique, ou doivent-elles être mises sur le compte d'une infection secondaire ? C'est ce qu'on ne peut pas encore affirmer aujourd'hui.

Nous avons, chemin faisant, passé en revue un certain nombre d'hémorragies chez le nouveau-né (hématurie, purpura, épistaxis, épanchements dans les capsules surrénales, le thymus, le foie, etc.). Nous allons maintenant décrire les principales avec plus de détails.

1^o HÉMORRAGIES OMBILICALES

Symptômes et diagnostic. — Le diagnostic se fait par la constatation directe de l'écoulement sanguin, et par l'examen de l'état général et du facies.

Si l'hémorragie se produit peu de temps après la naissance, alors que le bébé, tout nouvellement séparé de sa mère, n'est pas encore emmaillotté, on reconnaît l'accident dès son apparition, en général. Cependant, il faut prendre garde : le médecin occupé de son accouchée, qui, par exemple, n'est pas encore délivrée, ou qui est sous le coup d'une complication quelconque, a momentanément cessé de surveiller le bébé : au bout de quelque temps, il le retrouve pâle, inerte, inanimé ; le ventre est couvert de sang, qui dans les pertes abondantes a même coulé dans les régions lombaires, dans le dos, sur les fesses, baignant littéralement la presque totalité du tronc. Ribemont rapporte un cas mortel où l'hémorragie se fit sournoisement dans le moment même où l'accoucheur donnait des soins au nouveau-né ; celui-ci était né en état de mort apparente, et on l'insufflait, les battements du cœur reprenaient de la force et des mouvements inspiratoires se produisaient, quand on s'aperçut que la face pâissait et que les pulsations cardiaques redevenaient à peine perceptibles ; en changeant les alèses qui enveloppaient l'enfant, on constata une hémorragie ombilicale ; le cordon, lié à la hâte immédiatement après la naissance, avait laissé s'écouler une quantité de sang évaluée à 80 ou 100 grammes.

Dans une autre éventualité, l'hémorragie paraît quelques heures seulement après l'accouchement, le bébé est dans son berceau et, si on ne l'a pas surveillé, on le trouve exsangue ; parfois même, c'est seulement lorsqu'on le change pour la première fois qu'on reconnaît l'accident. L'examen

de l'état général s'impose donc. Et si l'on s'aperçoit que le nouveau-né pâlit, qu'il reste inerte, sans mouvement et sans cri, on doit penser immédiatement à l'hémorragie ombilicale, et explorer directement la région mise à nu.

Les pertes qui se font au moment de la chute du cordon ou après elle sont en général moins massives, sinon moins graves ; le pansement du nombril est rougi. Le suintement, après s'être arrêté, va reprendre et ainsi de suite, en même temps que l'état général s'altère sous l'influence de la maladie causale d'abord, à laquelle s'ajoutent ensuite les effets de l'hémorragie tenace et incoercible.

Étiologie. — La fréquence des hémorragies ombilicales est diversement évaluée par les auteurs, elle varie d'ailleurs suivant les races. Ribemont, avec Gerhardt et Eröss, donnent la proportion de 1 sur 5000 naissances ; Vogel et Fürth acceptent le chiffre de 1 sur 10 000 ; Sartridge et Weiss, celui beaucoup plus élevé de 1,6 à 4,1 pour 100.

Les garçons semblent plus exposés que les filles, deux fois plus selon Lemère (*Thèse de Paris*, 1896), 55 pour 100 de garçons contre 45 pour 100 de filles d'après Weiss.

Les pertes de sang des premières heures de la vie, celles-là même qui se font par les orifices vasculaires créés par la section du cordon, sont sous la dépendance directe de troubles respiratoires. Il va sans dire que, pour qu'elles puissent se produire, il est nécessaire que la ligature placée sur le bout fœtal du cordon soit insuffisante : ou bien elle a été trop faiblement serrée, ou au contraire elle a coupé tous les tissus inclus dans une anse faite d'un fil mince et tranchant, ou enfin, bien que primitivement solide, elle est devenue secondairement trop lâche, parce que la gélatine de Wharton en excès dans un cordon gras a fui peu à peu devant le lien constricteur, en permettant aux vaisseaux de reprendre de l'expansion et de redevenir perméables.

La ligature du cordon ombilical est-elle donc indispensable, et, si elle est en défaut, le nouveau-né est-il fatalement condamné à l'hémorragie ? Cette question est résolue depuis longtemps. De nombreuses expériences, dans lesquelles on a laissé sans le lier le bout fœtal du cordon sectionné, ont prouvé à Depaul qu'il n'en résultait aucun accident, pourvu qu'on eût soin d'assurer le libre exercice de la respiration. Le sang ne peut sortir en effet que par les artères ou la veine, ouvertes par le coup de ciseaux. Or, les artères ont une puissance de rétraction telle que, lorsqu'elles sont revenues sur elles-mêmes après la section, elles ne cèdent et ne redeviennent perméables que sous une pression de 12 à 16 centimètres, tandis que la tension moyenne du sang artériel chez le nouveau-né ne dépasse pas 6 cent. 5. Si les artères ombilicales ont une texture normale, elles ont une rétractilité capable de résister victorieusement aux impulsions cardiaques les plus énergiques (Ribemont). La veine, elle, reste béante, mais, pour qu'elle saigne, il faut que le sang reflue en sens inverse de son cours normal, et si l'aspiration thoracique, si la respiration se fait bien, tout le contenu de la veine ombilicale, loin d'être refoulé au dehors, est avidement attiré dans les organes profonds. L'hémor-

ragie ombilicale est donc impossible même sans ligature, si tout se passe pour le mieux. Mais il en est autrement quand la respiration s'effectue mal : alors, en effet, le système veineux n'a plus la même tendance à se vider dans les réservoirs sanguins où le vide thoracique appelle son contenu, et l'hémorragie veineuse peut avoir lieu, si la ligature du cordon est insuffisante ; aussi la perte de sang est-elle à redouter du côté de la veine, dans les cas d'asphyxie chez le nouveau-né, qu'il s'agisse de mort apparente, de suffocation par manœuvres infanticides, de gêne respiratoire causée par le maillot trop serré, d'atélectasie pulmonaire, de malformation cardiaque, etc.

Avec une respiration et une circulation veineuse normales, les artères ombilicales sectionnées peuvent à leur tour devenir la source de l'hémorragie, si leurs parois altérées manquent de souplesse et de puissance rétractile. De bonne heure, quand la ligature du cordon est imparfaite, ou un peu plus tard, au moment de la chute du moignon escarifié, le calibre de ces vaisseaux demeuré perméable laisse échapper le sang. La perte sort alors du cadre des hémorragies par obstacle mécanique à la respiration : ici, en effet, c'est l'artérite qu'il faut incriminer, et nous arrivons ainsi aux lésions inflammatoires locales et générales qui sont susceptibles de laisser saigner l'ombilic. Mais le processus morbide qui a déterminé les lésions vasculaires est souvent capable de produire aussi des altérations du sang, isolément ou en même temps que l'artérite. Les causes que nous allons maintenant énumérer sembleraient avoir cette double influence.

D'une façon générale, on a attribué certaines hémorragies ombilicales aux souffrances diverses éprouvées par la mère avant ou pendant sa grossesse (misère physiologique, maladies constitutionnelles ou infectieuses).

L'hémophilie, l'absorption d'une quantité exagérée d'eau ou d'alcalins pendant la gestation, la scrofule ; la carcinose des générateurs ; la maladie singulière, connue depuis Rokitansky, Bühl, Hecker, etc., sous le nom de dégénérescence aiguë du nouveau-né, et surtout l'ictère sont regardés comme des causes importantes d'hémorragie en général, et de pertes ombilicales en particulier.

La *syphilis* figure au premier rang parmi les maladies responsables des écoulements de sang qui se font par le nombril. L'artérite et la phlébite ombilicales, les lésions hépatiques ont été signalées, le tout de nature spécifique ; sans compter les altérations du sang, sur lesquelles Trousseau attirait déjà l'attention.

Mais il faut une forme particulière d'infection spécifique ; car il s'en faut de beaucoup que la syphilis héréditaire détermine dans tous les cas des hémorragies ombilicales. Peut-être même s'agit-il d'infection secondaire favorisée dans son développement par la syphilis préexistante.

La même trilogie anatomo-pathologique (localisations ombilicales, splanchniques et sanguines) donne l'explication pathogénique des hémorragies les plus importantes et peut-être les plus fréquentes, à savoir celles qui sont sous la dépendance de la *pyohémie* ou de la *septicémie puerpérale*. La veine ombilicale est prise de péri et d'endophlébite, l'infection gagne le foie, le trouble profondément, puis elle se répand dans la circulation géné-

rale, où elle va modifier l'état du sang, par son influence propre, et aussi par les effets secondaires des altérations hépatiques (ictère). Dans ces cas, comme dans tant d'autres agissant de la même manière, l'omphalorragie n'est pas l'unique expression de la tendance hémorragique : des pertes sanguines multiples se font en effet par les voies les plus diverses (muqueuses gastro-intestinale, nasale, peau, etc.).

Pronostic. — En général, l'omphalorragie est d'un pronostic grave : Hennig donne en effet le chiffre de 65 pour 100, et Grandidier celui, plus effrayant encore, de 84 pour 100, pour la mortalité. Mais il est nécessaire de faire des catégories. On peut dire en schématisant que les hémorragies ombilicales se divisent en deux groupes distincts par leurs causes, leur époque d'apparition et leur pronostic.

1° Les plus précoces, qui apparaissent au moment de la naissance ou peu après, sont sous la dépendance directe d'un trouble respiratoire ; elles ne se produisent que si la ligature du cordon est insuffisante ; leur gravité dépend exclusivement de la quantité de sang perdu, relativement, bien entendu, à la résistance du sujet. Elles peuvent donc être prévues, empêchées ou arrêtées. Le traitement est efficace s'il est institué de bonne heure.

2° Les omphalorragies qui apparaissent dans les jours où se détache l'escarre funiculaire, soit au moment même de la chute, soit un peu avant ou après, sont les suites d'une lésion vasculaire locale (artérite ou phlébite ombilicale), ou générale. En cas d'artérite ou de phlébite localisée aux vaisseaux ombilicaux, la perte, tout en étant plus difficile à arrêter, plus grave par conséquent que l'omphalorragie précoce, peut cependant céder à une thérapeutique active.

Mais les hémorragies ombilicales tardives tiennent le plus souvent à des altérations généralisées du système vasculaire, et sont d'habitude d'essence infectieuse ; elles ne restent pas isolées en tant que pertes de sang : elles s'accompagnent en effet de *melæna*, de *purpura*, etc., et récidivent avec la plus grande ténacité ; leur pronostic est quasi fatal ; le traitement est par suite presque impuissant. Certes, il se peut que l'omphalorragie infectieuse apparaisse plus tôt, avant la chute du cordon, mais nous avons vu plus haut que ce n'est pas la règle, et, malgré les exceptions qui lui échappent, nous pouvons conserver notre classification.

Traitement. — La conduite à tenir varie avec la nature des hémorragies. Ainsi, au moment de la naissance ou peu après, la meilleure prophylaxie consiste à faire une ligature solide sur le bout fœtal du cordon et à surveiller l'instauration complète de la fonction pulmonaire.

Si, par hasard, le cordon avait été arraché au ras de l'ombilic, il faudrait se comporter comme après la chute du cordon (voir plus loin).

Quand l'omphalorragie se produit plus tardivement (au moment où l'escarre funiculaire tombe ou va tomber, ou plus loin encore du jour de la naissance), l'hémostase est, en général, plus difficile à réaliser.

Si le moignon funiculaire est encore adhérent, mais humide, septique et saignant par sa surface externe, on peut, ou placer une ligature près du manchon cutané, ou entourer le débris de cordon avec des morceaux

d'amadou solidement fixés, ou encore, après avoir jeté une ligature solide aussi près que possible du manchon cutané, exciser l'escarre d'un coup de ciseaux.

Si l'ombilic, débarrassé du cordon, laisse couler du sang, le mieux est d'exercer la compression qu'on réalise de la manière suivante : on bourre la plaie saignante avec un petit tampon d'ouate aseptique imbibée ou non de perchlorure de fer ; on le maintient à l'aide d'une petite plaque de liège ou d'une pièce de monnaie entourée de coton, le tout fixé par des bandes qui font tout le tour du corps.

A défaut de tout appareil, on a conseillé la compression digitale permanente. Les caustiques chimiques ou thermiques ont presque toujours échoué. Les poudres inertes astringentes ou hémostatiques, l'eau de Pagliari, le perchlorure de fer n'agissent qu'à la condition d'être aidés par la compression.

Mais, quelquefois, la compression elle-même est impuissante. On n'a plus, comme dernière ressource, que la ligature en masse du tubercule ombilical. P. Dubois se servait de deux longues épingles à bec-de-lièvre traversant la peau et se croisant perpendiculairement. Avec une anse de fil solide, passée sous les épingles, on serrait les tissus.

M. Lefour, dans un cas, a modifié le procédé de Dubois de la manière suivante : il sectionna « d'abord au ras de l'anneau le reste du cordon encore adhérent, puis il passa transversalement cinq épingles stérilisées : la première, un peu au-dessus du bourrelet qui limite la dépression ombilicale ; les trois suivantes passèrent comme un pont au-dessus de la dépression ; la cinquième passa un peu au-dessous du bourrelet. Puis, un fil élastique fut glissé sous les têtes et les pointes d'épingles, au niveau de leurs points d'entrée et de sortie. On put circonscrire ainsi toute la région ombilicale et fermer, comme fait une bourse, la dépression qui donnait du sang. Au bout de 5 jours, les tissus compris dans la ligature s'éliminèrent et laissèrent à nu une plaie vive de 5 centimètres de diamètre, au fond de laquelle on distinguait l'anneau ombilical complètement rétracté. Bientôt la plaie se cicatrisa entièrement : il ne restait plus trace d'ombilic. » Lefour ajoute que, si ce moyen avait échoué, il aurait avivé les bords de l'ulcération pour les suturer au crin de Florence à points séparés. C'est là la conduite qu'il faudrait tenir, car nous ne citons que pour mémoire la ligature du vaisseau qui saigne soit à l'aide d'une incision simple, soit même après avoir fait la laparotomie, comme le propose Sippel.

Mais il arrive que, malgré la compression, malgré la ligature en masse, l'hémorragie se reproduit ; le sang peut même suinter, soit par les points de suture, soit au niveau du sillon qui marque la limite de l'escarre produite par la ligature. C'est qu'alors tout l'organisme est atteint, c'est que le sang et les vaisseaux sont altérés profondément, et il n'y a malheureusement rien à faire.

A côté de l'hémostase, on doit instituer un traitement général capable de soutenir les forces de l'enfant : l'immobilité complète, la chaleur, les injections sous-cutanées d'ergotine comme hémostatique, de musc, d'éther,

de camphre (Baginsky) comme reconstituants, l'administration d'alcool par la bouche, sont tout à fait indiquées. On y ajoutera encore les injections sous-cutanées de sérum artificiel à la dose de 10 à 20 grammes à la fois, mais répétées.

2° HÉMORRAGIES GASTRO-INTESTINALES

Étude du symptôme. — Les hémorragies gastro-intestinales se traduisent cliniquement par des hématomèses et par du méléna.

Elles apparaissent à deux époques différentes, ou dans les quatre premiers jours environ qui suivent la naissance (et c'est le cas le plus fréquent), ou plus tardivement, c'est-à-dire du 5^e au 12^e jour ordinairement. En réunissant les statistiques des différents auteurs, on voit que les hémorragies précoces se montrent dans la proportion de 78 pour 100.

Le sang est rejeté soit par la bouche (hématomèse), soit par l'anus (méléna). Sur 76 cas que comporte la statistique de Dusser, on trouve 35 fois le méléna seul (46 pour 100), 30 fois (40 pour 100) le méléna coïncidant avec l'hématomèse (dans ce cas, c'est ordinairement le méléna qui se produit le premier), et 11 fois l'hématomèse seule (14 pour 100).

Le sang est rejeté par la bouche et quelquefois en même temps par le nez, à la suite d'un effort de vomissement ; c'est souvent après la tétée ou à son occasion. Le sang est tantôt noir, tantôt rouge, selon qu'il a séjourné plus ou moins dans l'estomac. Sa quantité est variable : l'hématomèse est, en effet, unique ou répétée, abondante ou légère.

On trouve les mêmes variations de qualité et de quantité pour l'hémorragie intestinale. Le sang sort par l'anus en une seule ou en plusieurs fois, franchement rouge et presque pur quand il provient d'un point de l'intestin voisin de l'orifice anal, brunâtre ou tout à fait noir quand il vient de haut et qu'il a été modifié par les sucs digestifs. Dans certains cas, il est poisseux et fétide. La première expulsion, quand elle est précoce, est souvent mêlée de méconium. Quelquefois, aussi, le sang sort de l'anus sous forme de caillots grêles et allongés.

L'hémorragie gastro-intestinale, unique ou répétée, peut constituer, à elle seule, la maladie tout entière ; elle est alors la conséquence d'un état local, que nous étudierons plus loin, et retentit plus ou moins sur la santé générale, suivant la quantité de sang perdu en une ou en plusieurs fois et suivant aussi la résistance de l'individu. Les signes d'anémie sont, en effet, immédiats ou tardifs ; parfois même ils sont nuls, bien qu'on trouve l'enfant souillé d'une quantité notable de sang toutes les fois qu'on le déshabille. Le ventre est généralement souple ; il peut être modérément ballonné ou empâté : on peut craindre alors la péritonite de voisinage ou par perforation.

Dans d'autres circonstances, l'hématomèse et le méléna s'accompagnent de fièvre, d'ictère, de convulsions, d'hémorragies multiples s'effectuant par d'autres voies. Il s'agit alors d'une maladie de tout l'organisme, à symptomatologie complexe.

Les hémorragies gastro-intestinales ont une durée variable ; ou elles