

fants débiles, faibles de naissance, mal nourris, allaités artificiellement, mal vêtus, mal logés, souffrant de la faim, du froid, du manque d'air, de la misère en un mot. L'inanition joue un rôle plus important que le froid dans la genèse de l'œdème. Cependant l'œdème peut être congénital, et l'on voit des enfants venir au monde avec l'infiltration séreuse des téguments, infiltration qui peut être compliquée d'ailleurs d'hydrothorax et d'ascite, au point de mettre obstacle à l'accouchement.

Causes pathologiques. — Les causes morbides invoquées par les auteurs sont multiples.

Hulme a insisté sur la coexistence de la congestion et de l'inflammation des poumons avec engorgement passif du cœur et des gros vaisseaux. Troceon, Dugès, parlent de pneumonie. Paletta fait intervenir l'atélectasie pulmonaire (1825). Or, Billard, sur 77 enfants œdémateux, en trouve 45 avec des poumons sains, 12 avec de la congestion, 6 avec de l'hépatisation, 5 avec de la pleuro-pneumonie, les autres avec une congestion passive du bord postérieur. Donc pas de relation de cause à effet entre les lésions du poumon et l'œdème.

Doublet (*Journal de médecine*, 1785) invoque la syphilis héréditaire, qui n'agit que comme cause débilitante, abortive, etc. D'autres ont incriminé l'ictère, la congestion du foie, la persistance du trou de Botal (Breschet), le peu de longueur de l'intestin (Léger), l'irritation sympathique à point de départ gastro-intestinal (*Phlegmasie entéro-cellulaire* de Denis). Dumas (*Ann. de gynécologie*, 1887-1888) a voulu identifier l'œdème des nouveau-nés avec la *phlegmatia alba dolens*. Billard a fait la critique de toutes les théories émises avant lui. Il reconnaît que, de tous les phénomènes concomitants, l'ictère est un des plus communs (30 fois sur 77 œdémateux); mais les deux maladies sont indépendantes l'une de l'autre et, en fait, existent souvent isolément. Sur 90 autopsies, le foie n'a été trouvé malade que 20 fois (congestion 10 fois, friabilité 5 fois, dureté 4 fois, congestion avec péritonite 1 fois). Sur 77 enfants œdémateux, 40 avaient le trou de Botal fermé, 28 avaient le canal artériel imperméable au sang.

Les troubles digestifs ont été plus fréquents; sur ces 77 œdémateux, 50 ont offert une inflammation plus ou moins vive et plus ou moins étendue des voies digestives. Et Billard, remarquant que presque tous les enfants endurcis ou œdémateux offrent une congestion sanguine générale, contrastant avec la sécheresse de la peau, conclut ainsi, au point de vue étiologique :

« Cette maladie, plus commune en hiver qu'en été, plus fréquente chez les nouveau-nés que chez les enfants plus âgés, a pour causes prédisposantes : 1° la faiblesse naturelle de l'enfant ; 2° un état de pléthore générale et congénitale ; 3° la surabondance du sang veineux dans les tissus ; 4° l'état de sécheresse de la peau avant l'exfoliation de l'épiderme ; — et pour causes directes : 1° un obstacle au cours du sang résultant de l'abondance même de ce liquide dans l'appareil circulatoire ; 2° son regorgement dans le tissu cellulaire auquel il fournit trop de matériaux de sécrétion, et 3° enfin l'action sur la peau d'agents extérieurs qui, sans condenser les fluides séreux, comme on l'a dit, sont capables de suspendre la transpiration cutanée et de favo-

riser ainsi l'accumulation de la sérosité dans le tissu cellulaire. L'engorgement sanguin du foie, des poumons et du cœur, la persistance ou l'occlusion des ouvertures fœtales, ne sont point les causes exclusives et indispensables de cette affection ; on ne doit les considérer que comme des phénomènes concomitants, et comme des circonstances accessoires à une maladie qui peut exister sans eux, ainsi que cela s'observe surtout dans l'induration ou l'œdème local. »

On peut, à l'exemple de Kaposi, résumer l'étiologie en quelques mots : La cause prochaine se trouve dans un ralentissement de la circulation capillaire dans les parties périphériques. La cause éloignée comprend toutes les circonstances qui diminuent l'énergie cardiaque et la production de chaleur.

Anatomie pathologique. — Quand on sectionne les parties qui, pendant la vie, étaient le siège de l'œdème, on constate très nettement l'augmentation d'épaisseur de la peau, l'infiltration séreuse du tissu cellulaire sous-jacent, et même parfois des interstices musculaires et des cavités viscérales. « J'ai très souvent, dit Billard, rencontré le tissu cellulaire sous-péritonéal, celui qui se trouve entre les médiastins, et enfin les plexus choroïdes infiltrés d'une assez grande quantité de sérosité. »

Ces lésions profondes s'observent surtout quand l'œdème est général; c'est dans ces cas qu'on peut voir l'entrée du larynx envahie par la sérosité (œdème de la glotte signalé par Billard). Sur une coupe de la peau, on constate la présence d'une sérosité abondante qui s'écoule à la moindre pression; cette sérosité est coagulable par la chaleur et par les acides. Les cellules graisseuses sont souvent réduites de volume, atrophiées par l'œdème, et non par l'hyperplasie du tissu cellulaire qui fait défaut.

Du côté des viscères, on trouve des lésions inconstantes : état fœtal, atélectasie, congestion du poumon, pneumonie lobaire ou lobulaire, apoplexie, hydrothorax, pleurésie; cœur dilaté, gorgé de sang, trou de Botal béant, hydropéricarde; hyperémie des méninges et du cerveau, œdème cérébral, hémorragies méningées, ramollissement cérébral, gastro-entérite, ascite, hypertrophie du foie et de la rate, etc. Du côté des reins, Ballantyne a observé dans un cas les lésions de la glomérulo-néphrite; mais ce cas jusqu'à présent est resté unique. Quant à la *phlegmatia alba dolens*, aux thromboses veineuses invoquées par Dumas, elles n'existent qu'exceptionnellement.

En somme, outre les épanchements et infiltrations de sérosité cutanées et sous-cutanées, les lésions dominantes sont des lésions de congestion passive généralisée avec dilatation des capillaires périphériques. Quant à la stase de la lymphe mise en avant par Virchow, elle ne joue vraiment un rôle prédominant que dans l'éléphantiasis, sorte de lymphangite chronique parfois congénitale; elle cède le pas, dans l'œdème, aux troubles fonctionnels de l'appareil circulatoire.

Hennig a prétendu que le derme était épaissi, plus friable, moins extensible, moins élastique qu'à l'état normal, contenant des cellules embryonnaires et des noyaux surtout abondants dans la couche adipeuse et autour des glandes. Cette hyperplasie est contestée par la plupart des histologistes.

La seule conclusion qu'on puisse tirer de l'ensemble des lésions anatomo-

miques de l'œdème des nouveau-nés, c'est qu'on est en présence d'une sorte d'asystolie cardiaque et vasculaire, en rapport plutôt avec la faiblesse congénitale de l'appareil circulatoire qu'avec une lésion déterminée de cet appareil.

Symptômes. — Comme nous l'avons dit plus haut, l'œdème s'observe chez les enfants prématurés, faibles de constitution, souffrant de la privation de nourriture, du froid, de la misère. Il se déclare dès les premiers jours de la naissance, parfois dès le premier jour; dans quelques cas, il est nettement congénital. Quand il survient après la naissance, ce qui est la règle, on le voit débiter au niveau des parties déclives, aux mollets, à la partie postérieure des cuisses, aux mains, aux organes génitaux externes. Ces parties sont tuméfiées, molles au début; la peau, d'abord pâle, cirreuse, plus tard violacée ou rouge, garde l'empreinte du doigt. On est frappé de la sécheresse de la peau au niveau des points œdématisés, la transpiration est suspendue; l'exfoliation épidermique, si elle était commencée, s'arrête; si elle n'était pas commencée, elle présente un retard notable.

L'infiltration peut rester partielle, limitée à un membre, à deux membres; en général, elle s'étend peu à peu, de proche en proche, et gagne les parties les plus déclives avant de s'étendre à la totalité du corps. On a remarqué que l'œdème était toujours plus prononcé du côté où l'enfant était couché; en changeant de côté, on peut déplacer l'œdème. Ce phénomène s'observe à tous les âges: il est classique dans les œdèmes de l'adulte. Valleix a pu rendre l'œdème plus abondant d'un côté ou de l'autre, en faisant coucher l'enfant tantôt à droite, tantôt à gauche. A mesure que l'œdème augmente, la peau devient immobile sur les parties sous-jacentes; cependant elle ne perd jamais complètement sa mobilité comme dans le sclérome, et les articulations jouent assez librement. Cependant les mouvements sont entravés quand l'œdème est très étendu; les parties les plus atteintes sont: les mollets, la partie postérieure des cuisses, le pubis et les organes génitaux, les doigts, les mains, les pieds, les membres supérieurs, les joues et les paupières, le dos et le thorax; le cuir chevelu est respecté.

Quand l'œdème est très étendu, généralisé, la peau devient bleuâtre, violette, livide; les pieds, les mains sont gonflés, déformés; si l'on pique l'enfant, on retire un sang noir, asphyxique. En même temps, la peau est sèche, rude, froide au toucher. L'enfant est comme un animal à sang froid qui tend à se mettre en équilibre de température avec le milieu ambiant.

En même temps qu'il se refroidit, l'enfant tombe dans une somnolence comateuse, son pouls et sa respiration se ralentissent, tous les actes de la vie organique s'affaiblissent et tendent à se supprimer lentement.

Nous devons insister un peu sur les modifications de la température centrale constatées, en pareil cas, par Roger, Parrot, Hennig, et après eux par tous les observateurs. H. Roger (*Recherches cliniques sur les maladies de l'enfance*, I, p. 405, Paris, 1872) a étudié avec le plus grand soin l'état calorifique des nouveau-nés œdématisés. Il a bien montré que, dans l'œdème des nouveau-nés, il y avait un refroidissement général, un abaissement de température externe et interne. Plus que dans toute autre maladie, le corps se refroidit; la calorificité, attaquée dans ses sources, faiblit et s'épuise; la

vie, languissante et engourdie, finit par s'éteindre dans un froid qui égale et même dépasse de beaucoup celui de la mort: plusieurs enfants, morts depuis 8, 12 et même 15 heures, ont été trouvés moins froids que des nouveau-nés œdémateux. Le refroidissement est perceptible non seulement à la peau, mais au niveau des muqueuses accessibles; la langue est froide au toucher comme toute la muqueuse buccale. Dans un cas observé par Hennig, la température axillaire étant tombée à 22°, la température buccale ne dépassait pas 26°, le pouls marquait 60 par minute.

Chez 29 enfants œdémateux, sans exception, le thermomètre, laissé pendant au moins 5 minutes dans le creux axillaire, a donné un chiffre inférieur à la moyenne normale (37°). Chez 19 enfants, le thermomètre marquait moins de 35°; chez 7, il était au-dessous de 26°; la moyenne de 52 examens a été de 31°. Dans les cas extrêmes, le thermomètre s'abaissa à 25°, 25°, 5, 22°, 5, 22°. « La déperdition du calorifique continue sans cesse chez ces petits malades: on dirait des corps inanimés soumis aux lois de la matière inerte. »

Parrot a obtenu les mêmes résultats en prenant la température dans le rectum; deux fois, chez des enfants de 5 et 24 jours, il a obtenu 25°, 2; une fois, chez un enfant de 5 jours, il a noté 22°, 6; et enfin, chez un nouveau-né de 6 jours, le thermomètre a marqué 21°, 8 le jour de la mort. « Le refroidissement a ceci de remarquable que le plus souvent il persiste, et que parfois même il augmente, en dépit d'influences contraires: rien ne peut, en définitive, s'opposer à cette force mystérieuse qui abaisse la chaleur, pas même cette autre force également inconnue qui, dans les affections fébriles, l'élève au delà de sa limite physiologique. » C'est ainsi que la pneumonie, ou mieux la splénisation observée 54 fois sur 77 cas (Billard), 15 fois sur 20 (Roger), est incapable de faire remonter la température, d'accélérer le pouls ou la respiration.

Le pouls, qui, chez les nouveau-nés, dépasse 120 ou 150 à l'état physiologique, tombe, chez les œdémateux, à 70, 66, 60 même; il est petit, filiforme, insensible. La respiration se ralentit dans les mêmes proportions; elle tombe à 20, à 16, à 14 par minute. Plus l'œdème est étendu, plus le refroidissement est marqué, et plus aussi le pouls et la respiration se ralentissent. Quand on voit la température se relever, c'est un bon signe. Si, par contre, le thermomètre baisse de plus en plus et d'une façon continue, la mort est proche. Quelquefois la température de ces petits malades ne dépasse que de 6, 5, 3 degrés celle du milieu ambiant. Quand les nouveau-nés en arrivent à ce degré de refroidissement et d'algidité, la mort est proche; la durée de la maladie varie d'ailleurs suivant l'intensité des cas; les plus graves se terminent en 3, 4, 5 jours; d'autres vont jusqu'au 10°, 15°, 20° jour. Quelques-uns semblent devoir guérir, puis ils succombent à une rechute.

Le pronostic est très grave et la mort est la terminaison habituelle de l'œdème des nouveau-nés. Si l'on considère l'œdème des enfants plus âgés, le pronostic s'atténue sensiblement; j'ai vu plusieurs nourrissons, atteints d'œdème plus ou moins étendu, guérir par le réchauffement, l'incubation et une bonne hygiène alimentaire. Plus l'enfant est âgé, plus il acquiert de

force de résistance. Dans ces œdèmes, tardifs d'ailleurs, on ne constate jamais l'algidité (refroidissement central, abaissement du pouls et de la respiration) si fréquente chez les nouveau-nés.

Quand la terminaison doit être fatale, l'enfant ne se réchauffe pas, quoi qu'on puisse faire, il reste dans l'immobilité, et dans une somnolence comateuse interrompue de temps à autre par de petits cris aigus. Dans les hospices d'enfants trouvés, la maladie est plus grave que dans les maternités et dans la clientèle. Quand l'enfant est bien allaité, mis dans la couveuse, on peut espérer la guérison. Les complications pulmonaires, l'ictère, la diarrhée, les vomissements (gastro-entérite) aggravent le pronostic.

Il faut bien reconnaître que ces complications sont fréquentes; d'après Bouchut, l'ictère s'observerait dans la moitié des cas; d'après Parrot, il accompagnerait presque constamment les cas graves. L'atélectasie pulmonaire n'est pas moins fréquente. Hennig a observé l'épistaxis. Mais les troubles les plus fréquents sont ceux de l'appareil digestif. Les selles sont diarrhéiques, liquides, vertes, parfois sanglantes; les vomissements ne sont pas rares. Quand ces accidents surviennent, l'enfant prend le facies de l'athrepsique.

Diagnostic. — Quand l'œdème est partiel, limité à un membre, aux organes génitaux, quand la peau n'est ni dure, ni tendue, quand elle conserve l'empreinte du doigt, le diagnostic est des plus faciles. On sent, en effet, dans ces cas, la présence d'une infiltration liquide qui remplit les mailles du tissu cellulaire et qui se laisse déprimer. L'absence de rougeur, de chaleur locale, d'adénopathie dans le voisinage, fera écarter le diagnostic de lymphangite ou d'érysipèle.

Mais quand l'œdème est généralisé, quand il entraîne une certaine immobilité du corps, on peut songer au sclérème et la confusion a été commise très souvent. D'autant plus que les deux affections peuvent coïncider chez le même enfant. Un nouveau-né peut avoir de l'œdème sur un membre ou sur une portion de membre, et du sclérème ailleurs; ou bien il peut présenter aujourd'hui de l'œdème, et, demain ou les jours suivants, du sclérème à la même place. Toutes les combinaisons sont possibles et ont été observées. Le sclérème typique se distinguera toujours à la rigidité, à l'aspect parcheminé de la peau, à l'atrophie apparente du tégument faisant contraste avec la tuméfaction de l'œdème. Dans le sclérème, il y a diminution; dans l'œdème, il y a augmentation de volume; — dans le sclérème, la peau est dure et ne se laisse pas plisser; dans l'œdème, elle est dépressible et conserve l'empreinte du doigt; — dans le sclérème, la face est prise, la succion est gênée, la bouche semble entravée par le trismus; dans l'œdème, rien de semblable.

Le diagnostic d'œdème étant établi, il faut remonter à sa cause, rechercher si la maladie est l'effet de la faiblesse congénitale, d'une tare organique ou spécifique (hérédosyphilis), ou si elle dépend d'une mauvaise alimentation, d'un manque de soins, de l'insuffisance des vêtements, de l'action du froid, etc. Cela pourra servir au pronostic et au traitement.

Traitement. — Trois grandes indications thérapeutiques se présentent :

1° réchauffer l'enfant; 2° rendre plus actives les contractions du cœur; 3° favoriser la résorption du liquide épanché.

1° Réchauffer l'enfant paraît assez facile au premier abord et l'on y arrive; mais, ce qu'il faudrait, c'est accroître la faculté de calorification qui manque au nouveau-né œdématié et algide. On a employé les bains chauds (37°, 38°), les boules d'eau chaude, les sacs de sable chaud; ces corps réchauffants peuvent être mis en permanence aux pieds de l'enfant et sur ses côtés; les bains ne peuvent être donnés que de temps à autre, 2, 3, 4 fois par jour, s'ils sont bien supportés. On peut ajouter au bain un peu de farine de moutarde (40 à 50 grammes) pour lui donner une action excitante et rubéfiante. Pour empêcher la déperdition de chaleur, on entourera d'ouate tout le corps de l'enfant. Mais, ce qui est supérieur à tout, au point de vue du réchauffement, c'est la couveuse, dont Tarnier a vulgarisé l'usage, et qui a déjà sauvé tant d'existences. Tout enfant nouveau-né atteint d'œdème devra faire un long séjour dans la couveuse à 28°, 30°, 35°, 37° même si cette température est bien supportée. Dans les maternités et les hospices d'enfants trouvés, où l'on peut avoir à soigner simultanément un grand nombre d'enfants œdémateux et algides, il convient d'étudier le système employé à Florence et qui consiste à placer dans une couveuse monumentale ou dans une chambre incubatrice plusieurs enfants à la fois (Bosi et Guidi, *la Pediatria*, mars 1895).

Pour changer l'enfant incubé, pour l'alimenter, pour l'examiner, on est obligé de le retirer de sa couveuse pendant un temps plus ou moins long, et on l'expose plusieurs fois par jour à se refroidir, en le faisant passer sans transition de 35°, 37°, à 20 ou 18°. Cet inconvénient des couveuses individuelles a fait penser à la création de salles incubatrices à température uniforme et constante. Cette intéressante innovation a été réalisée dans la nouvelle section de l'asile des Enfants-Trouvés de Florence. Dans une institution de ce genre où il y a toujours un grand nombre d'enfants débiles ou malades à incuber, l'idée d'en réunir plusieurs dans la même couveuse était heureuse. Elle assurait une économie de surveillance, de personnel; il est plus facile et moins onéreux de soigner 10 enfants réunis dans la même chambre incubatrice que 10 enfants isolés dans 10 couveuses individuelles.

Quoi qu'il en soit, qu'il s'agisse de couveuses individuelles ou de chambres d'incubation, ce procédé de réchauffement des nouveau-nés est préférable à tous les autres et, pour ma part, j'ai obtenu maintes fois la disparition de l'œdème par un séjour de 24 ou 36 heures dans la couveuse à 30° ou 35°. Quand on n'aura pas de couveuses à sa disposition, on emploiera les moyens indiqués plus haut et l'on pourra y ajouter les lotions chaudes, les frictions avec des flanelles ou de la ouate chaude, les bains de vapeur ou d'air chaud, la chaleur rayonnante d'un feu de cheminée.

2° Pour rendre les contractions du cœur plus actives et plus efficaces, on a proposé la saignée; quand l'enfant vient de naître, au lieu de lier immédiatement le cordon, on pourra le laisser saigner plus ou moins longtemps. Plus tard, on pourra appliquer une ou deux sangsues à l'apophyse mastoïde, à l'épigastre, etc. Les frictions stimulantes du thorax (eau de

Cologne, huile de camomille, pommade camphrée), l'application d'une vessie de glace sur la région précordiale, l'ingestion d'un peu de vin, de quelques gouttes de cognac, la faradisation, les inhalations d'oxygène, les injections sous-cutanées de caféine, de spartéine, d'huile camphrée, semblent avoir réussi dans quelques cas. Tous ces moyens peuvent momentanément stimuler le cœur; mais, ce qui lui permettra d'acquiescer une énergie durable et suffisante, c'est l'alimentation, l'allaitement naturel, le gavage quand l'enfant sera trop faible pour téter, le lait d'ânesse quand, l'allaitement artificiel étant inévitable, le lait de vache n'est pas digéré, etc.

3° Pour favoriser la résorption du liquide épanché, les moyens énumérés plus haut peuvent suffire. Les ponctions cutanées ne sont pas à conseiller, c'est un palliatif qui a ses dangers. Il vaut mieux avoir recours au massage méthodique et répété fait avec la main enduite de vaseline ou d'huile chaude, et en ayant soin de refouler le sang des extrémités vers le centre, de la périphérie au cœur. Les frictions avec des flanelles chaudes seront faites dans le même sens. Les purgatifs, vomitifs, diurétiques, quand ils paraîtront indiqués, pourraient encore servir à remplir cette indication de la résorption de la sérosité infiltrée dans les tissus du nouveau-né.

On a encore recommandé les fumigations de gomme ammoniacale, l'exposition aux vapeurs de benjoin.

Quand les enfants seront hérédosyphilitiques, il ne faudra pas manquer de les soumettre au traitement spécifique : bains de sublimé (1 gramme pour 10 litres d'eau), frictions mercurielles quotidiennes (2 grammes d'onguent napolitain par friction).

II SCLÉRÈME

Les détails dans lesquels nous sommes entrés relativement à l'œdème des nouveau-nés nous permettront d'être brefs sur la question du sclérème.

Cette affection est constituée par une dureté spéciale des téguments poussée au point d'immobiliser le corps de l'enfant et de le transformer en une pièce rigide.

Étiologie. — Le sclérème est plus rare que l'œdème; il s'observe dans les mêmes circonstances que ce dernier, chez des enfants débiles, congénitalement faibles, prématurés, placés dans de mauvaises conditions hygiéniques. Il débute dans les premiers jours de la vie, pas après le 3^e jour d'après Valleix, mais cet auteur confondait le sclérème avec l'œdème. En réalité, on peut le rencontrer dans la première semaine de la vie et au commencement de la seconde. Hennig dit qu'on peut l'observer jusqu'au 2^e mois. Parrot en fait une manifestation de l'athrepsie à forme subaiguë. Pour lui, tout enfant nouveau-né atteint de sclérème serait un athrepsique; et le sclérème ne serait qu'un accident ultime de l'athrepsie.

Or, aujourd'hui, nos idées relativement à l'athrepsie ont subi le contre-coup des doctrines microbiennes. Ce qui nous semblait autrefois dériver d'un trouble de la nutrition, d'une dyscrasie simple, est bien souvent l'effet d'une infection plus ou moins nettement caractérisée.

Par exemple, dans le cas rapporté par Comba (*Gaz. degli Osp.*, 1896), on voit le sclérème associé à un processus infectieux qui semble le dominer : un nouveau-né, venu avant terme à la suite d'un accouchement laborieux, est apporté à l'hôpital le 7^e jour de sa naissance; on constate de l'aphonie, une respiration irrégulière, un pouls petit et filiforme, une température rectale inférieure à la normale (36°), de l'ictère et enfin de la rigidité des muscles de la face et des membres inférieurs avec induration scléremateuse généralisée. L'enfant succombe et l'on trouve : dans les bronches, des bacilles encapsulés qui ne se colorent pas par la méthode de Gram; dans les reins, une dégénérescence graisseuse avec nécrose de l'épithélium des tubuli, une infiltration séreuse des glomérules de Malpighi; dans le foie, une dégénérescence graisseuse de quelques cellules hépatiques. L'examen bactériologique du sang, puisé dans le cœur et dans les poumons quelques heures après la mort, montre le bacille de Friedländer. L'infection n'avait pas pu se faire par l'ombilic qui était sain, sans altération des vaisseaux ombilicaux. Elle avait pu pénétrer par les voies digestives ou par les bronches. D'après l'auteur, c'est à elle qu'il faut imputer la néphrite, c'est à la néphrite qu'il faut attribuer le sclérème.

Chez deux autres enfants de 7 et 9 jours (*lo Sperimentale*, 1896 et 1897), les cultures ont donné le staphylocoque doré (enfant de 7 jours), le streptocoque et le coli-bacille (enfant de 9 jours). Il y avait aussi broncho-pneumonie et la porte d'entrée semblait bien être dans l'appareil respiratoire.

Dans un cas de R. Jemma (*Giornale Pammatone*, 1901), le sclérème était associé à l'infection pneumococcique (fille de 6 jours).

Baginsky croit aussi que les processus infectieux ont une action directe sur la production du sclérème, et qu'ils altèrent les parois des vaisseaux cutanés.

Anatomie pathologique. — La peau est dure et sèche; à la coupe, on ne fait sourdre aucun liquide des téguments, qui sont tassés, amoindris, atrophiés, parcheminés. On constate nettement que la couche de Malpighi et le derme ont perdu de leur épaisseur; les cellules du corps de Malpighi sont à peine visibles tandis que les corpuscules du tissu conjonctif sont distincts. Dans le pannicule graisseux sous-cutané, les travées conjonctives paraissent plus nombreuses, plus épaisses qu'à l'état normal; mais cette apparence résulte de l'atrophie des lobules graisseux; il y a résorption partielle de la graisse. Les vaisseaux sont affaissés et revenus sur eux-mêmes : pas trace d'infiltration séreuse. En résumé, dans le sclérème des nouveau-nés, la peau est desséchée, tassée sur elle-même, la graisse est résorbée en partie, atrophiée, mais il n'y a pas d'hyperplasie conjonctive, pas de sclérose proprement dite.

On ne peut pas dire que le sclérème soit un phénomène cadavérique ou agonique, puisqu'il s'observe plusieurs jours avant la mort. Comme dans l'œdème, on peut avoir différentes lésions du côté des viscères : congestion, splénisation, atelectasie du poumon, broncho-pneumonie, apoplexie pulmonaire; hyperémie cérébrale et méningée; gastro-entérite; congestion du foie, ictère; lésions rénales, etc.