

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 ammoniacque, 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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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.

D'après Knöpfelmacher (*Club médical de Vienne*, 1897), le sclérome, spécial aux enfants en bas âge, bien que les conditions déterminantes de sa production puissent se rencontrer à tout âge, a sa raison d'être dans la composition spéciale du tissu graisseux (*adiposclérome*). Plus il y a d'acide oléique dans la graisse, plus elle est fluide. Chez le nouveau-né, la graisse ne contiendrait que 45 pour 100 d'acide oléique, au lieu de 65 pour 100 (chiffre de l'adulte ou de l'enfant plus âgé). Plus on s'éloignerait de la naissance, plus la graisse se rapprocherait comme composition de la graisse de l'adulte, et, vers la fin de la première année, la transformation est bien près d'être complète. Or, plus la graisse est riche en acide oléique, moins elle durcit sous l'influence de l'abaissement de la température; l'adiposclérome ne s'observerait plus après 6 mois et serait rare après 2 mois.

La maladie respecte la verge, le scrotum, la paume des mains et la plante des pieds. Si la verge et le scrotum sont indemnes, c'est qu'ils sont dépourvus de graisse. Quant à la paume des mains et à la plante des pieds, leur graisse serait plus riche en acide oléique que celle du reste du corps. Enfin, comparant 2 enfants du même âge (7 mois), dont l'un maigre et l'autre gras, au point de vue de la composition chimique de leur tissu adipeux, Knöpfelmacher aurait trouvé chez le premier, chez l'athrepsique, une graisse plus consistante que chez le second. Ces données nouvelles, empruntées à la chimie biologique, sont certainement intéressantes, mais elles auraient besoin d'être confirmées, et elles ne résument pas la pathogénie du sclérome.

**Symptômes.** — Le début échappe souvent et l'on ne s'aperçoit de l'existence de la maladie que lorsqu'elle a fait des progrès irrémédiables. D'après Parrot, le sclérome procède de bas en haut, des extrémités inférieures aux supérieures. On voit d'abord, au niveau d'un mollet, d'un pied, la peau se flétrir, se durcir, faire corps avec les parties sous-jacentes, puis la plaque d'induration gagne peu à peu, suivant, comme l'œdème, les parties déclives, mais moins strictement. Des mollets, le sclérome gagne les cuisses, puis les lombes, le dos, les membres supérieurs et enfin la face. Les muscles qui font mouvoir les lèvres et les mâchoires sont comprimés, entravés par le sclérome; l'enfant semble avoir du trismus, il ne peut ouvrir la bouche, ni exécuter les mouvements nécessaires à la succion.

Les parties envahies par le sclérome sont violacées, froides à la main; le refroidissement est le même que dans l'œdème, et l'on ne peut que répéter ici ce que nous avons dit plus haut relativement à la température du corps, aux battements du cœur, aux mouvements de la respiration. La température centrale baisse comme la température périphérique, elle tend à se rapprocher de la température du milieu ambiant.

Le pouls se ralentit notablement ainsi que la respiration et il faut examiner l'enfant de très près pour s'assurer qu'il vit encore, car il a toutes les apparences d'un petit cadavre. La peau est si tassée, si dure, qu'elle ne se laisse pas pincer; elle ne conserve pas l'empreinte du doigt. Appliquée intimement sur les muscles des membres, sur les ligaments des articulations, elle gêne le libre jeu de ces organes; l'enfant est étendu immobile et raide

comme une barre de fer. On peut le tenir horizontalement et le soulever tout d'une pièce en le prenant par-dessous la tête; on dirait un corps gelé entièrement. Parrot, prenant le dos de petits malades de ce genre sur le bord radial de sa main placée de champ, a pu les maintenir ainsi en équilibre. Quand le sclérome est généralisé, il communique donc au corps du nouveau-né une rigidité complète et absolument caractéristique.

Quand il est partiel, il n'entraîne de rigidité que sur les régions qu'il occupe, et il peut passer inaperçu si l'on n'a pas soin de mettre l'enfant à nu.

A. Garrod a décrit un sclérome en plaques symétriques (*Clin. Soc. of London*, 12 mars 1897) sur les fesses, le dos, les régions deltoïdiennes, avec des îlots en différentes parties du corps. La guérison a été obtenue en cinq mois par des frictions mercurielles et des onctions à l'huile de foie de morue. Le sclérome a une tendance plus grande que l'œdème à se généraliser et à envahir tout le corps, sans respecter la face.

Outre les phénomènes qui se passent du côté de la peau, on note des accidents nerveux (coma, assoupissement, convulsions), des troubles digestifs (diarrhée, vomissements, muguet); l'enfant diminue rapidement de poids, sa face se ride de plus en plus, et bientôt le dernier terme de l'athrepsie est atteint. Le sclérome a une durée courte, 2, 4, 5 jours; il est excessivement grave et ne guérit que dans les cas où il est partiel et limité.

**Diagnostic.** — Nous avons exposé, à propos de l'œdème, les différences qui séparent cette affection du sclérome proprement dit. Dans l'œdème, il y a tuméfaction de la peau, infiltration du tissu cellulaire sous-cutané; les parties œdématisées conservent l'empreinte du doigt. Dans le sclérome, la peau est dure, tassée, sans souplesse; elle ne glisse pas sur les parties sous-jacentes, elle semble faire corps avec elles. En même temps, les membres, le corps tout entier sont raides comme du bois. Dans les deux cas, l'enfant est refroidi, languissant, mais la situation est plus menaçante dans le sclérome que dans l'œdème. Il ne faut pas confondre le sclérome avec les cas d'ailleurs exceptionnels d'*atrophie cutanée* analogues à celui que le Dr Behrend a présenté, il y a quelques années, à la Société de médecine de Berlin: Un enfant de 18 mois, né au 7<sup>e</sup> mois de la grossesse, pesant seulement 5 livres, présenta des squames sur tout le corps; la peau de la face était rigide, les paupières inférieures étaient en ectropion. A 5 mois, l'annulaire gauche se momifia et finit par tomber. La peau de la face offrait une atrophie cicatricielle rétrécissant la bouche; la peau de la tête était mince comme du papier, mais non adhérente. Doigts minces et effilés, orteils rudimentaires, ongles bruns, épaissis, analogues à des ongles de poule. Peau des doigts mince et lisse comme dans la sclérodermie. La chronicité de cette affection, indépendamment de ses caractères objectifs si particuliers, suffirait à la distinguer du sclérome des nouveau-nés.

**Traitement.** — Le traitement est le même que dans l'œdème: il faut insister sur le réchauffement des enfants, employer systématiquement la couveuse dans tous les cas de sclérome, avoir recours au gavage si l'enfant ne peut téter ni prendre le biberon. Inhalations d'oxygène, frictions, massage, comme dans l'œdème.