

changer aisément et promptement. On doit mettre dans cette toilette la plus grande célérité, afin que la femme soit exposée à l'air le moins longtemps possible. Il faut mettre un soin particulier à bien vêtir les bras et la poitrine, afin qu'elle puisse, pendant le jour au moins, les tenir hors du lit sans trop d'inconvénients.

Après tous ces préparatifs, la femme sera transportée dans le lit où elle doit rester pendant toutes les couches. Il en est qui, se sentant bien, veulent marcher de leur lit de misère à leur lit : c'est une imprudence à laquelle l'accoucheur doit s'opposer de toute son autorité. Le lit dans lequel on la transporte a été préalablement chauffé et garni d'alèzes suffisantes et disposées de manière qu'on puisse les changer facilement. Les couvertures n'en doivent pas être plus nombreuses ni plus épaisses que celles qui le garnissaient avant l'accouchement.

On a l'habitude d'entourer l'abdomen avec un bandage de corps modérément serré. Les femmes attachent, pour la plupart, une grande importance à cette précaution qui, dans leur idée, doit les mettre à l'abri des rides et des plis qui existent après l'accouchement sur la peau du ventre, et empêcher celui-ci de rester trop volumineux. On peut céder à ce désir, d'autant plus volontiers que ce bandage, modérément serré, supplée à la pression que les parois abdominales n'exercent plus, qu'il prévient l'afflux et la stase des fluides, l'engorgement des parois utérines et la dilatation de la cavité de ce viscère, qu'il a enfin l'avantage d'obvier aux syncopes et de diminuer un peu les tranchées utérines. Mais, pour qu'il ait tous ces avantages, il faut qu'il soit assez large pour comprimer bien également toute la région sous-ombilicale. Il faut surtout éviter qu'en se roulant sur lui-même, il ne forme une espèce de corde circulaire qui, s'opposant au retour facile des liquides, deviendrait alors la cause d'hémorrhagie.

Le bandage du corps peut être avantageusement remplacé par un drap plié que l'on applique à plat sur l'abdomen qu'il comprime doucement par son poids qui est assez considérable.

Quelques femmes, mues toujours par un sentiment de coquetterie, et dans le but de prévenir le gonflement considérable des mamelles, et leur mollesse et leur flaccidité qui en sont la conséquence, veulent aussi les comprimer par un bandage de corps assez fortement serré. Quelques-unes même appliquent sur leurs seins des topiques astringents, dans le but de s'opposer à une sécrétion laiteuse trop abondante. Ce sont des moyens qu'il faut proscrire d'une manière absolue, car ils peuvent être très-dangereux. On doit se contenter de recouvrir ces organes de manière à les mettre à l'abri du contact de l'air, et d'y entretenir une chaleur convenable.

ARTICLE II

SOINS A DONNER A L'ENFANT IMMÉDIATEMENT APRÈS LA NAISSANCE

Les soins à donner à l'enfant nouveau-né varient suivant qu'il est fort, vigoureux, bien portant, ou, au contraire, qu'il est né dans un état de faiblesse ou de maladie.

§ I. — L'enfant est bien portant.

Lorsque l'enfant est sorti vivant et bien portant du sein de sa mère, si l'on continue d'observer ce qui se passe en abandonnant la délivrance à la nature, on voit que la circulation continue quelques instants entre l'enfant et le placenta. Bientôt le placenta est détaché et expulsé ; il perd sa vitalité ainsi que le cordon ; la circulation s'affaiblit peu à peu, et les pulsations des artères cessent graduellement à partir du placenta : quelques auteurs ont conseillé d'attendre ce moment pour couper le cordon ; mais la délivrance spontanée se faisant attendre trop longtemps, on a l'habitude de pratiquer cette section immédiatement après la naissance. Voici, du reste, la conduite que l'on suit à cet égard : lorsque l'enfant est complètement hors des parties de la mère, si le cordon est entortillé autour du cou ou du tronc, on le dégage, puis on place l'enfant sur le côté, le visage tourné du côté opposé à la vulve, pour qu'il puisse respirer, et ne coure pas le risque d'être suffoqué par les liquides qui s'échappent du vagin. On coupe ensuite le cordon ombilical à cinq ou six travers de doigt de l'abdomen. Cette section est ordinairement pratiquée avec des ciseaux. On pourrait la faire avec un instrument tranchant quelconque.

Cette section une fois opérée, le cordon est légèrement pincé entre le pouce et l'index ; les trois autres doigts saisissent le siège, et l'autre main se place sous les épaules et la nuque de l'enfant, que l'on emporte hors du lit. On le place sur les genoux de la garde préparés pour le recevoir. On peut alors l'examiner à loisir, s'assurer qu'il n'existe aucune anse intestinale à la base du cordon, laisser saigner celui-ci, si on le juge convenable, avant d'appliquer la ligature. On peut se servir, pour cette ligature, d'un ruban ou d'un cordonnet de 20 à 25 centimètres de longueur, fait avec quelques brins de gros fil. Avant de l'appliquer, on réduirait l'intestin, s'il existait une hernie ombilicale. Elle doit être placée à deux, trois ou quatre travers de doigt de la surface de l'abdomen ; la seule précaution à prendre, c'est que le lien ne porte pas sur la peau qui se prolonge sur le cordon ; car il en résulterait de la douleur, une inflammation et une ulcération dont la guérison peut offrir des difficultés. Il vaut mieux, en général, laisser entre la ligature et le repli cutané assez d'espace pour pouvoir, au besoin, appliquer une seconde ligature, si la première devenait insuffisante. Il faut donner à la ligature le degré de constriction suffisant pour oblitérer d'une manière complète et permanente les artères, sans couper leurs parois. Si le cordon était très-épais, très-infiltré, la ligature étoufferait mal les vaisseaux ; et quand le cordon serait affaissé par l'écoulement ou l'évaporation des parties fluides, les vaisseaux n'étant plus comprimés, laisseraient facilement couler le sang. En outre, cette lymphe, en se putréfiant bientôt, répandrait une odeur très-fétide, et irriterait la peau avec laquelle elle se trouverait en contact ; c'est donc avec raison que, pour prévenir ces accidents, les auteurs conseillent d'exprimer cette lymphe visqueuse en pressant, en faisant glisser le cordon entre les doigts, et même de pratiquer des mouchetures sur la membrane du cordon,

mais en évitant avec soin la lésion des vaisseaux. Enfin, si le cordon était très-gros, on pourrait, après le premier nœud, renverser pour plus de sûreté le cordon en arrière, et le comprendre dans un second nœud.

Dans la grossesse multiple, il faut, après la section du cordon du premier-né, appliquer aussi une ligature sur son extrémité placentaire. Cette ligature est le plus souvent, il est vrai, une précaution inutile; mais il suffit que, dans quelques cas très-exceptionnels, où il existe une communication entre les ramifications vasculaires des deux placentas, elle puisse prévenir une hémorrhagie, à laquelle succomberait assez rapidement le second enfant, pour qu'on ne doive, dans aucun cas, s'en dispenser.

De nombreuses discussions se sont élevées pour savoir si la ligature du cordon ombilical était absolument indispensable; s'il fallait pratiquer d'abord la ligature avant la section, ou couper le cordon avant de le lier. Il est infiniment probable qu'après l'établissement régulier de la respiration, la circulation des vaisseaux ombilicaux s'arrêterait spontanément, et que, dans l'immense majorité des cas, la ligature est à peu près inutile; mais il suffit que, dans quelques cas probablement exceptionnels, une hémorrhagie ait eu lieu par le cordon non ou mal lié, pour qu'une précaution aussi simple ne soit pas négligée. Quant à la seconde question, la conduite que nous avons tracée nous paraît préférable.

Il faut ensuite nettoyer la surface du corps de l'enfant de la matière céruminieuse qui la recouvre, du sang et des impuretés qui s'y sont attachés à l'instant de l'accouchement. Cette matière céruminieuse s'enlève mal par de simples frottements pratiqués avec des linges secs. On délaye d'abord cette substance avec de l'huile ou du beurre bien frais, puis on l'essuie doucement; du jaune d'œuf aurait le même avantage, et, de plus, celui de rendre cette matière miscible à l'eau. Pour enlever le sang et les autres impuretés, on emploie ordinairement de l'eau mêlée avec du vin, ou un bain simple dans lequel on plonge l'enfant. La température du bain doit être de 28 degrés à peu près.

L'enfant, bien lavé, bien épongé, bien essuyé, doit être habillé; mais auparavant le médecin doit envelopper lui-même le cordon ombilical dans une compresse destinée à cet effet. Cette compresse est tout simplement un linge fin de forme carrée, au centre duquel on pratique une ouverture assez grande pour que le cordon puisse facilement y passer. Après avoir fendu l'une de ces moitiés depuis ce trou jusqu'à son bord, on loge la racine du cordon dans l'échancrure qui en résulte; puis la portion pleine de cette petite compresse reste en dessous, et les deux moitiés de la portion divisée sont renversées et croisées par devant. On place le tout à la partie supérieure et gauche de l'abdomen. Une seconde compresse souple et carrée recouvre la première; une bande large de trois ou quatre doigts, et assez longue pour faire deux fois le tour du corps, maintient tout ce petit appareil.

Avant d'envelopper le cordon, on avait déjà commencé de vêtir l'enfant, on lui avait déjà couvert la tête, les bras et la poitrine. Le reste du vêtement doit être chaud, souple et médiocrement serré. En France, il se compose d'une camisole, petite brassière de laine, garnie d'une chemisette souple qu'on fixe par

derrière avec des épingles, puis d'un lange de toile et d'un autre de laine et de coton. Les Anglais enveloppent leurs enfants seulement d'une longue robe, ou d'une espèce de sac de flanelle.

Avant de vêtir l'enfant, le médecin doit s'assurer qu'il n'est affecté d'aucun vice de conformation. Pendant le trois ou quatre premiers jours qui suivent la naissance, il doit surveiller très-attentivement l'excrétion des urines et du méconium. L'expulsion du méconium se fait quelquefois attendre trois ou quatre jours: quand on est sûr que l'enfant est bien conformé, on la facilite par un bain tiède. La rétention prolongée du méconium indique aussi l'emploi d'un doux laxatif, tel que le petit-lait, le sirop de violettes, l'huile d'amandes douces, la manne. On emploie plus généralement le sirop de chicorée composé, ou sirop de rhubarbe composé, soit seul, soit mêlé avec l'huile d'amandes douces, à la dose de 8, 16 ou 24 grammes dans la journée. Quelques personnes veulent même administrer ces petits médicaments à tous les enfants sans distinction, surtout à ceux qui sont allaités par une nourrice étrangère; et cela pour suppléer, dit-on, au colostrum ou premier lait de la mère, dont l'action légèrement purgative a pour résultat de débayer le canal intestinal. L'eau tiède et sucrée que l'on donne à l'enfant le premier jour suffit le plus souvent pour faciliter l'expulsion du méconium et des fluides visqueux qui obstruent quelquefois l'arrière-bouche et l'estomac.

Toutes les questions qui se rattachent à l'hygiène des enfants et à l'allaitement seront examinées dans un chapitre spécial.

§ II. — L'enfant est faible ou malade.

Nous venons d'examiner les soins à donner à l'enfant quand il est bien portant; mais il arrive très-souvent qu'au moment de la naissance le fœtus est dans un grand état de faiblesse ou même de mort apparente, qui serait bientôt suivie de la mort réelle, si des soins convenables n'étaient administrés.

Cet état de mort apparente se montre sous deux aspects différents, décrits par la plupart des accoucheurs sous le nom d'apoplexie et d'asphyxie des nouveau-nés. Depuis longtemps déjà quelques accoucheurs anglais et allemands ont rejeté ces dénominations comme caractérisant mal les états pathologiques auxquels on les appliquait. M. P. Dubois, dans un article plus récent, après avoir fait remarquer que le caractère anatomique le plus constant de l'apoplexie chez l'adulte manque de ce qu'on a appelé l'apoplexie du fœtus, et que des différences énormes existent entre les symptômes de l'asphyxie chez l'adulte et ceux de l'état asphyxique du nouveau-né, conclut aussi qu'on a eu tort de donner le même nom à des états dissemblables: avec M. Nægele il désigne sous le nom de *mort apparente* l'état de l'enfant nouveau-né sur lequel on ne voit aucun signe de vie, et sur lequel on ne reconnaît aucun de ceux de la mort.

Les deux termes de cette définition sont évidemment contradictoires, puisque la mort est caractérisée par l'absence complète des signes de la vie. Pour nous, la mort apparente est un état dans lequel, malgré l'abolition des actes de la vie

animale, il reste au moins quelques-unes des fonctions de la vie organique et nécessairement les battements du cœur.

En examinant avec soin les symptômes de la mort apparente des nouveau-nés, tantôt on voit qu'elle est accompagnée par la rougeur vive de la face et de la partie supérieure du corps, la saillie et l'injection du globe oculaire, le gonflement du visage dont la peau offre çà et là des taches bleuâtres; tantôt on est frappé par la décoloration de la peau et la flaccidité des chairs. Dans le premier cas, la tête est gonflée, extrêmement chaude, les lèvres gonflées et d'un bleu foncé; les yeux sortent de la tête, la langue est collée au palais; souvent la tête est allongée, dure, le visage un peu gonflé; les battements du cœur, quelquefois encore assez forts et distincts, sont d'autres fois très-obscurs et très-faibles; le cordon ombilical est quelquefois gorgé de sang.

Dans le second, l'enfant est d'une pâleur mortelle; les membres sont pendants et flasques; sa peau est décolorée, et souvent souillée par du méconium; les lèvres sont pâles, la mâchoire inférieure est pendante; le cordon ombilical palpite faiblement ou point du tout, les battements du cœur sont très-affaiblis. Souvent un enfant dans cet état remue encore au moment de la naissance et crie; mais il retombe aussitôt après dans l'état de mort apparente.

Ces différences dans les caractères physiques des enfants nés dans un état de mort apparente peuvent tenir sans doute à des causes diverses; mais souvent aussi ils appartiennent seulement à un degré plus ou moins avancé du même état pathologique, et l'on a eu tort de vouloir en faire absolument les signes caractéristiques de lésions très-différentes. Aussi, quoique convaincu que dans quelques cas ils doivent modifier profondément le traitement, et que, sous ce rapport, il est important d'en tenir compte, je ne crois plus pouvoir en faire la base de distinctions nosologiques, vraiment impossibles à justifier. L'expression de mort apparente, ne préjugant rien sur la nature et la cause de cet état, mérite par cela même d'être conservée.

Pour être compris dans ce que nous allons dire de la mort apparente des nouveau-nés, nous croyons devoir exposer très-brièvement le mécanisme suivant lequel s'établit la respiration aussitôt après la naissance.

Tous les physiologistes s'accordent à admettre que la moelle allongée ou bulbe rachidien est le foyer central et le régulateur des mouvements respiratoires de l'adulte. C'est également d'elle que part l'excitation motrice de la première inspiration.

Marshall-Hall a essayé de montrer par des expériences que la première inspiration résultait d'une action réflexe (1) produite par l'excitation que les nerfs de

(1) Une impression faite à nos organes peut, en parcourant des voies différentes dans la masse cérébro-spinale, donner lieu à des mouvements de nature distincte. Ainsi tantôt transmise à l'encéphale directement par les nerfs sensitifs crâniens, ou indirectement par les nerfs de la moelle épinière, elle va s'élaborer dans la région encéphalique où réside le *sensorium commune*, s'y transforme en sensation, et par conséquent arrive à la connaissance de l'animal qui peut réagir par des mouvements volontaires; tantôt également transmise par les nerfs sensitifs, soit à l'encéphale, soit à la moelle épinière, cette impression occasionne, sans se transformer nécessairement en sensation, une excitation

la surface du corps, et en particulier le trifacial, recevaient du contact de l'air extérieur, et que la respiration, une fois établie, continuait sous l'influence de l'action réflexe due à l'irritation du nerf pneumogastrique par le contact de l'air introduit dans le poumon.

Les mouvements respiratoires, suivant le même physiologiste, peuvent aussi s'opérer sous l'influence d'autres causes: telles sont, par exemple, les modifications imprimées à la moelle allongée par une grande perte de sang, et les excitations que produit sur elle le contact du sang veineux. Tous les mouvements respiratoires de l'asphyxie incomplète rentrent dans cette dernière catégorie.

Dans les cas normaux où le fœtus, n'ayant nullement souffert pendant le travail, a conservé intacte sa sensibilité cutanée, l'irritation produite par le contact de l'air extérieur sur les nerfs cutanés se transmet à la moelle allongée, et celle-ci à son tour, agissant sur les nerfs inspireurs, produit les mouvements respiratoires.

Mais que, au moment de sa naissance, le fœtus ait été, depuis un certain temps, privé des éléments respiratoires qu'il puise dans le placenta, ou que celui-ci, étant décollé immédiatement après l'expulsion de l'enfant, un obstacle quelconque s'oppose à l'introduction de l'air dans les bronches, il y a, dans les deux cas, commencement d'asphyxie; le sang non oxygéné irrite par son contact la moelle allongée, et cette irritation transmise aux nerfs inspireurs peut encore solliciter les mouvements respiratoires des muscles de la face, de la poitrine, de l'abdomen, et produire enfin une première inspiration (1). Le moteur central sera bientôt remplacé par l'action réflexe des ramifications des nerfs pneumogastriques irritées par l'air introduit dans les poumons, et la respiration continuera sous l'influence de l'action réflexe.

Lorsque, par suite de la compression du cordon ou du décollement du placenta, le fœtus est menacé d'asphyxie dans les derniers temps de la grossesse ou pendant le travail, les mouvements convulsifs et les efforts respiratoires précèdent sa mort: aussi les mères disent alors qu'après avoir beaucoup remué, leur enfant a cessé tout à coup de se mouvoir; et Béclard a vu un fœtus renfermé encore dans sa poche intacte, faire des mouvements inspireurs, et inspirer de l'eau au lieu d'air. C'est ainsi encore que, dans certaines positions de la face, le fœtus a pu respirer, quoique renfermé encore dans le sein de la mère; et le vagissement

immédiatement réfléchi sur les nerfs moteurs, d'où des mouvements dits *réflexes*, à la production desquels la volonté n'a aucune part.

La puissance qui donne ainsi lieu à des mouvements sans la participation de la volonté, a été considérée comme une faculté spéciale de l'axe cérébro-rachidien, et désignée sous le nom de *pouvoir, faculté ou propriété réflexe*.

(1) Marshall-Hall enlève le cerveau à un jeune chat; il coupe les nerfs pneumogastriques, et ouvre la trachée-artère; il voit la respiration se ralentir, mais continuer avec régularité. S'il bouche l'ouverture faite à la trachée, la scène change aussitôt: l'animal ouvre sa bouche largement, fait de violents efforts d'inspiration et offre quelques mouvements convulsifs. S'il rouvre la trachée, la respiration devient aussi régulière qu'auparavant; s'il la ferme, les phénomènes d'asphyxie se reproduisent; dans les deux cas, c'est évidemment dans la moelle qu'est l'excitation de la respiration, puisque la destruction du cerveau, la section des pneumogastriques, rendent impossible l'action réflexe.

utérin qui suppose toujours une inspiration antérieure, ne peut s'expliquer que de la même manière. Dans tous les cas, en effet, le sang non oxygéné a irrité la moelle allongée, et celle-ci à son tour transmet cette irritation aux nerfs inspireurs. L'action réflexe ne peut en aucune façon être invoquée.

Gardons-nous toutefois de confondre ces deux excitateurs de l'inspiration. Le premier est l'excitant naturel ; l'autre est toujours pathologique et seulement destiné à suppléer le stimulus normal. Or, toute action pathologique n'est qu'un effort pour accomplir un acte physiologique devenu difficile ou impossible ; et s'il peut, dans quelques cas, rappeler un enfant à la vie, il peut, dans beaucoup d'autres, être insuffisant.

Souvent, en effet, l'enfant qui naît dans un état de demi-asphyxie à la suite d'un travail pénible, fait quelques brusques et violents mouvements d'inspiration, mais succomberait assez vite, si l'action réflexe n'était mise en jeu, et si celle-ci ne remplaçait bientôt complètement l'excitant pathologique qui tout à l'heure agissait seul sur la moelle allongée. . . Comme dans cet état la sensibilité émoussée de la peau n'est plus suffisamment excitée par l'air extérieur, des moyens particuliers doivent être employés tant qu'il en est temps encore pour réveiller l'action excito-motrice des nerfs cutanés, et lorsque l'asphyxie n'est pas trop avancée, ils sont suivis de succès. Mais lorsque l'enfant est très-faible et petit, ou que les causes d'asphyxie ont trop longtemps fait sentir leur influence, les contractions des muscles inspireurs sont faibles et éloignées ; elles cessent bientôt complètement, le cœur cesse de battre, l'enfant est mort. Si, lorsque le cœur bat encore, on parvient à réveiller l'action réflexe des muscles inspireurs, on produit un brusque mouvement inspiratoire à chaque excitation, après lequel les phénomènes de l'asphyxie continuent comme auparavant : et l'enfant succombe, quoi que l'on fasse.

S'il est vrai que l'impression produite sur la peau du corps et du visage par le froid extérieur soit la première et l'unique cause de l'action réflexe de la moelle allongée sur les nerfs inspireurs, et détermine ainsi la première inspiration, on comprend que toutes les circonstances propres à diminuer notablement ou à détruire la sensibilité cutanée retardent ou rendent impossible le premier effort inspiratoire, et placent le fœtus dans un état de mort apparente. Les causes de celle-ci sont donc toutes celles qui paralysent plus ou moins les centres nerveux, dont l'influence, complètement inutile à l'entretien de la vie fœtale, devient indispensable à l'établissement et à la prolongation de la vie extra-utérine.

Or, ces causes sont assez nombreuses ; et, à l'exception de quelques-unes, elles exercent toutes leur influence fâcheuse pendant les derniers temps du travail. Elles peuvent se diviser : 1° en lésions de la respiration ; 2° lésions de la circulation ; 3° lésions des centres nerveux. Les premières peuvent produire l'asphyxie à des degrés plus ou moins prononcés ; les secondes peuvent produire une hémorrhagie fatale à l'enfant ; les troisièmes, enfin, affectent directement les centres nerveux, et les rendent impropres aux fonctions qu'ils doivent remplir aussitôt après la naissance.

1° *Lésions de la respiration.* — Elles résultent toutes d'obstacles à la respiration. Ainsi, pendant le travail, on a signalé : la compression du cordon ombilical entre les parois du bassin et la tête et le tronc de l'enfant ; l'entortillement serré du cordon autour du cou ou d'une autre partie, entortillement qui peut tout à la fois gêner la circulation veineuse du cerveau et celle du sang dans les vaisseaux ombilicaux ; le décollement prématuré du placenta, qu'il soit ou non inséré sur le col, décollement qui, entraînant toujours la déchirure des vaisseaux utéro-placentaires, rend l'hématose fœtale tout aussi impossible que la compression du cordon ; la rétraction très-prononcée de l'utérus, lorsque, dans l'accouchement par le siège, la tête seule reste dans l'excavation, et l'enfant ne peut pas respirer ; car cette rétraction, portée au delà de certaines limites, rend à peu près imperméables au sang les vaisseaux utérins. Dans tous ces cas, l'asphyxie est évidemment le résultat de la suspension de la respiration placentaire : c'est le contact du sang noir qui, chez le fœtus comme chez l'adulte, asphyxie, paralyse l'action du cerveau.

Enfin, après la naissance, on comprend facilement que l'accumulation des mucosités dans le nez, la bouche et les voies aériennes, pouvant s'opposer à l'introduction de l'air dans les bronches, peut encore produire l'asphyxie ; mais ici le mécanisme en est absolument le même que chez l'adulte, puisqu'elle résulte d'un obstacle mécanique à l'introduction de l'air extérieur dans les vésicules pulmonaires.

Sous l'influence de l'une de ces causes, le fœtus peut naître dans un état de mort apparente, et présenter les symptômes très-différents que nous avons déjà mentionnés ; ainsi, dans la majorité des cas, la surface du corps paraît gonflée ; elle est d'un violet ou plutôt d'un bleu noirâtre ; cette coloration est plus marquée aux parties supérieures du corps, et surtout à la face. Les muscles sont sans mouvements ; les membres conservent leur flexibilité, le corps sa chaleur ; les pulsations du cordon, du pouls, celles mêmes du cœur, sont quelquefois obscures et peu sensibles.

À l'ouverture des cadavres, on trouve les vaisseaux de l'encéphale gorgés de sang, quelquefois aussi ce fluide est épanché à la surface des membranes ou dans l'intérieur même de la substance du cerveau. Le plus souvent, suivant M. Cruveilhier, l'épanchement est limité à la surface du cervelet ; quelquefois il recouvre les lobes postérieurs du cerveau. Rarement il occupe la cavité des ventricules. Dans tous les cas observés par M. Cruveilhier, il y avait dans l'arachnoïde vertébrale assez de sang pour distendre la dure-mère : c'est alors encore que l'on rencontre ces congestions du foie si communes chez les enfants naissants. Ces congestions, dit Billard, varient considérablement sous le rapport de la quantité de sang accumulé dans le tissu de l'organe ; il s'y trouve quelquefois en assez grande abondance pour donner lieu à une sorte d'exsudation sanguine à la surface du foie, dont la face convexe est, dans ce cas, teinte et humectée par une couche de sang répandu ou étalé en nappe. J'ai vu même, chez plusieurs enfants, un épanchement de sang dans l'abdomen résulter de cette turgescence. Les poumons sont aussi gorgés de sang.

Mais l'état extérieur du fœtus asphyxié n'est pas toujours celui que nous venons de décrire, et, comme le fait remarquer M. Jacquemier, rien n'est plus commun que de voir le fœtus naître sans coloration anormale de la peau, et même avec une pâleur et une flaccidité des membranes très-remarquables, bien que la cause de la mort apparente ait été la compression du cordon. Cette différence tient-elle, comme le pense M. Jacquemier, à ce que, dans ce dernier cas, la suspension de la respiration placentaire a été rapide et brusque, tandis que, dans le premier, elle a été lente et graduelle? Cela est probable, puisque les mêmes différences s'observent dans l'asphyxie des adultes, et que les malheureux qui, suivant l'observation de M. Devergie, meurent sous un éboulement de terrain, présentent cette décoloration des téguments. La promptitude de la mort réelle peut donc ici expliquer cette particularité; mais il ne faut pas oublier que cette pâleur extérieure est parfois aussi la conséquence d'une asphyxie lente, mais par trop prolongée, et qu'elle succède souvent à la coloration violacée des tissus; que nous voyons tous les jours cette succession s'opérer sous nos yeux, quand l'asphyxie a duré trop longtemps, et qu'un enfant né avec une coloration très-prononcée devient assez rapidement pâle et flasque, si, à l'aide des moyens employés, on ne parvient pas à le faire respirer. Il est évident que, dans ce dernier cas, la décoloration des tissus est l'expression symptomatique d'un degré plus avancé: les battements du cœur, qui auparavant étaient encore assez forts et assez nombreux, perdent de leur fréquence et de leur intensité, reviennent seulement à de longs intervalles, et la mort réelle ne tarde pas à succéder à la mort apparente. Eh bien! ces phénomènes dont nous sommes quelquefois témoins se passent de la même manière quand le fœtus, privé de respiration placentaire, est encore renfermé dans le sein de la mère. Si, au moment de la naissance, l'asphyxie dure depuis peu de temps, l'enfant présentera la turgescence de la face, la couleur violacée de la peau, la fermeté des chairs, des pulsations du cœur encore assez nombreuses et régulières; qu'un plus long temps se soit écoulé depuis l'interruption de la circulation fœto-maternelle, l'enfant sera pâle, décoloré, les battements du cœur et du cordon faibles et intermittents; qu'enfin l'asphyxie se soit prolongée au delà des limites compatibles avec la vie du cœur, et le fœtus sera réellement mort au moment de son expulsion.

Ces deux états, en apparence si différents, tiennent donc à la même cause, et sont simplement deux degrés de l'asphyxie. Si, étiologiquement, ils ne doivent pas être distingués, il est important d'en tenir compte au point de vue du pronostic, car l'un est beaucoup plus grave que l'autre, au point de vue du traitement, et les mêmes moyens ne leur sont pas applicables.

M. Pajot m'a dit avoir, chez l'adulte, vérifié la justesse de ces observations.

2° *Lésions de la circulation fœtale.* — Les déchirures du cordon ou du placenta peuvent seules produire une hémorrhagie capable de porter atteinte à la vie fœtale. Elles sont fort heureusement assez rares. Quand la perte est abondante, l'enfant succombe avant la terminaison du travail; mais si une circonstance quelconque vient s'opposer à la continuation de l'hémorrhagie, l'enfant peut encore naître vivant, mais dans un état de mort apparente analogue à celui

de la syncope. Le défaut d'influence nerveuse tient manifestement ici à ce que le cerveau et le bulbe ne reçoivent plus la quantité de sang nécessaire pour qu'ils puissent réagir à leur tour sur les nerfs inspirateurs. Ce cas est des plus graves. L'enfant est décoloré, tous les muscles dans le relâchement le plus complet; quelquefois pourtant il fait quelques courtes inspirations, pousse quelques cris très-faibles; mais, pour peu que l'hémorrhagie ait été abondante, il s'éteint au bout d'un temps assez court.

3° *Lésions des centres nerveux.* — Le système nerveux céphalo-rachidien ne préside à aucune des fonctions dont l'intégrité est nécessaire à l'entretien de la vie intra-utérine, et la respiration fœtale, la circulation et la nutrition sont tout à fait sous la dépendance des nerfs de la vie organique. Ce sont les ganglions et leurs nerfs qui, comme des organes sécrétoires, retirent du sang régénéré ce principe de sensibilité et de motilité organiques nécessaire aux mouvements involontaires ou automatiques, nécessaire au maintien de l'irritabilité et de la vitalité des organes. La vie du fœtus est purement végétative ou organique, quoique déjà il possède des organes de la vie animale. Ainsi s'expliquent la vie et le développement des acéphales, car là où l'organe manque, manquent aussi les fonctions; et pourtant ces monstres sont doués d'irritabilité, ils exercent des mouvements, et leur vie se maintient intacte jusqu'au terme de la grossesse.

Puisque le cerveau et la moelle ne sont pas nécessaires à l'accomplissement des fonctions du fœtus, on prévoit sans cesse que les lésions dont ils peuvent être le siège pendant la grossesse ou le travail ne doivent en rien troubler l'harmonie de ces fonctions, et n'exercer aucune influence sur la vie intra-utérine. Aussi n'est-ce qu'après la naissance que l'altération ou la paralysie cérébro-spinale s'oppose à l'établissement de la vie animale, alors même que la vie organique se manifeste encore par l'intégrité de la circulation, et même de la respiration placentaire. La première respiration est, comme nous l'avons dit plus haut, le résultat des incitations du bulbe rachidien, incitations produites elles-mêmes par l'impression de la température de l'air ambiant sur les téguments du nouveau-né; mais, pour que cette impression ne soit pas stérile, il faut que la sensation soit perçue par l'organe central, et celui-ci est incapable de la percevoir dans les lésions graves de l'axe cérébro-spinal. Il y a donc cette différence à établir entre les diverses circonstances qui peuvent plonger le fœtus dans cet état de mort apparente, que l'asphyxie et l'hémorrhagie peuvent tuer l'enfant dans le sein de la mère, tandis que les lésions des centres nerveux le font toujours naître dans un état de mort apparente.

C'est ainsi qu'il faut comprendre l'influence que peuvent avoir: la compression violente que subit le cerveau dans certains cas de rétrécissement du bassin; celle qui, dans quelques cas difficiles, peut résulter de l'application du forceps ou du levier; celle qui résulte d'une congestion vasculaire due à la gêne apportée au retour du sang veineux dans certains accouchements par la face, dans le cas où plusieurs circulaires du cordon sont fortement serrés autour du cou, et dans les cas où celui-ci est fortement serré par le col utérin spasmodiquement rétracté; enfin la compression produite parfois par des épanchements

sanguins, soit à la surface, soit dans l'intérieur même de la substance cérébrale.

C'est encore de la même manière qu'il faut comprendre l'action des lésions de la moelle allongée, lésions qui pourraient être produites dans quelques cas par l'exagération du mouvement de rotation imprimé à la tête, par les tractions exercées sur l'extrémité céphalique, ou sur l'extrémité pelvienne, alors que la tête est arrêtée plus ou moins haut dans le bassin, par les épanchements enfin qui peuvent se faire à la base du crâne et à la partie supérieure du canal rachidien.

Les lésions du cerveau ne s'opposant pas d'une manière absolue à l'établissement de la respiration, n'ont pas la gravité de celles de la moelle allongée. La destruction d'une partie très-considérable de l'encéphale n'a pas toujours empêché l'enfant de respirer, de crier après sa naissance, et même de vivre plusieurs jours. Un fait semblable s'observe chez les anencéphales. Cela fait assez pressentir que, dans les accouchements difficiles, la compression momentanée subie par la tête peut momentanément aussi suspendre l'action cérébrale, mais que, cette suspension ne mettant pas un obstacle absolu à la respiration, l'espèce de commotion, d'ébranlement subi par le cerveau, peut s'effacer assez promptement pour que la vie se continue.

Il n'en est pas de même des altérations de la moelle allongée, moteur unique des mouvements respiratoires; elle ne peut être affectée profondément sans rendre impossible la vie extra-utérine. Ainsi s'explique, dans la présentation de l'extrémité pelvienne, la mort si fréquente des enfants quand on a pratiqué des tractions sur le tronc pour opérer le dégagement de la tête.

Traitement. — Puisque, quelle qu'en soit la cause, la mort apparente peut offrir les symptômes si différents dont nous avons parlé plus haut, il est évident que l'inspection de l'enfant ne peut rien nous apprendre sur la cause de l'état dans lequel il se trouve. Bien que pour nous la décoloration de la peau et la flaccidité des membres soient des signes d'un pronostic très-grave, il nous est impossible de préciser le degré des désordres cérébraux, et de prévoir, par conséquent, quel sera le résultat des moyens propres à ranimer l'enfant. Dans le doute, il faut les soigner tous, comme s'ils donnaient quelque espoir de guérison. Une demi-heure, une heure, et même plus, écoulées depuis l'accouchement, ne sont pas un motif suffisant pour désespérer, et l'on peut citer un grand nombre de faits qui prouvent que des enfants ont pu résister une heure à l'asphyxie, et être encore rappelés à la vie. Le silence prolongé du cœur, l'absence complète de toute pulsation à la région précordiale constatée plusieurs fois et à plusieurs reprises, est le seul signe que l'on puisse considérer comme détruisant toute espérance. Le cœur est l'*ultimum moriens*, et je ne crois pas qu'on soit jamais parvenu à réveiller ses pulsations complètement éteintes. Mais la mollesse et la flaccidité des tissus, le refroidissement du tronc et de la face⁽¹⁾,

(1) Les expériences faites par M. Brown-Séguard sur les animaux à sang chaud prouvent qu'ils résistent d'autant plus longtemps à l'asphyxie, qu'ils sont placés dans une température plus basse.

n'autorisent nullement à abandonner l'enfant, pour peu que le cœur offre encore quelques battements, même très-faibles, très-éloignés et très-irréguliers.

Lorsque les nouveau-nés s'offrent à nous avec l'injection générale des capillaires de la face et du tronc, lorsqu'ils offrent enfin les caractères de cet état appelé autrefois *apoplexie*, il est évident que l'indication première est de faire cesser l'engorgement du cerveau et des poumons. C'est ce que l'on obtient en coupant promptement le cordon ombilical, et en laissant écouler quelques cuillerées de sang : le plus souvent la respiration s'établit aussitôt après, s'il n'y a pas d'obstacles à l'introduction de l'air dans les poumons, tels que des mucosités qui obstrueraient l'arrière-bouche, mucosités qu'il faut enlever, soit avec l'extrémité du petit doigt, soit avec la barbe d'une plume : on voit alors la teinte bleue et violacée disparaître peu à peu et faire place à une teinte rosée, d'abord sur les lèvres, puis sur les joues et le reste du corps.

La circulation est quelquefois tellement affaiblie, et comme engourdie, que les artères ombilicales ne versent pas de sang; alors on peut provoquer son effusion en plongeant l'enfant dans un bain, et en exprimant à plusieurs reprises le cordon de son insertion vers le lieu de sa section. Quand à l'aide de ces moyens on ne parvient pas à obtenir du sang, il faut, suivant quelques personnes, appliquer une sangsue derrière chaque oreille. Mais cette application ferait perdre un temps précieux, bien mieux utilisé en recourant aux moyens suivants.

Cette petite saignée étant ou non pratiquée, il faut appliquer tous ses soins à réveiller, par des excitations multipliées et variées, la sensibilité de la peau et l'action réflexe des nerfs cutanés.

Suivant Marshall-Hall, le meilleur moyen consiste à asperger vigoureusement la face et le corps de l'enfant avec de l'eau froide; aussitôt après on le trempera dans un bain chaud, puis on l'enveloppera de flanelles chaudes. L'efficacité de ce mode de traitement, qui peut être répété plusieurs fois de suite, dépend surtout de la rapidité avec laquelle il sera employé. L'impression du froid et du chaud doit être brusque et prompt. On emploie ensuite, pour stimuler la peau, les frictions sèches avec la main, une brosse, une flanelle sèche, des frictions avec des liqueurs irritantes, comme vinaigre, eau-de-vie. M. Moreau insiste beaucoup, et avec raison, sur de légères percussions faites avec la face palmaire des doigts sur les épaules et les fesses. J'aime mieux, dans les cas graves, flageller vivement avec un linge mouillé les divers points du thorax et les lombes. Il est aussi souvent très-utile de porter une irritation sur les surfaces muqueuses. On met dans la bouche un peu d'eau-de-vie, du vinaigre; on introduit dans le nez, dans le fond de la gorge, les barbes d'une plume trempée dans du vinaigre, dont on peut se servir encore pour désobstruer en même temps l'arrière-bouche des mucosités qui peuvent s'opposer à l'accès de l'air. Lorsqu'on peut soupçonner que des mucosités sont accumulées dans les voies aériennes, on doit, suivant le conseil de Dewees, placer l'enfant sur le ventre, en ayant soin d'élever les pieds plus haut que la tête, et en imprimant à tout le tronc quelques légères secousses; on parvient ainsi à désobstruer la trachée et à rendre plus facile l'arrivée de l'air. C'est, dit l'auteur américain, un moyen

d'une grande utilité et à l'aide duquel je suis parvenu à sauver un grand nombre d'enfants. Après quelques instants, l'enfant sera de nouveau plongé dans un bain chaud, frotté avec des flanelles chaudes, puis soumis immédiatement à des aspersions froides.

Ces moyens seront continués longtemps après l'établissement régulier de la respiration, pour prévenir l'asphyxie secondaire.

On exposera encore utilement le corps de l'enfant à un courant d'air froid, en lui imprimant brusquement des mouvements semblables à ceux de la balançoire; et même, après l'avoir ranimé et habillé, on pourra exposer sa figure à l'air frais, ou mieux l'éventer pendant quelques instants.

On a conseillé d'exercer une forte succion sur les mamelles, dans le but de dilater mécaniquement le thorax. « Cette succion, dit Desormeaux, sans effet pour le but qu'on se propose, me semble propre à stimuler les muscles qui meuvent les côtes. » Mais un moyen plus puissant, et que vante beaucoup le même auteur, est une sorte de douche portée directement sur les parties du thorax : douche qui se fait en prenant dans sa bouche une gorgée d'eau-de-vie, et en la soufflant avec force contre la paroi antérieure de la poitrine. Il est, dit-il, rarement nécessaire de réitérer plusieurs fois ce moyen; on voit bientôt son emploi produire immédiatement une contraction convulsive des muscles inspireurs : le sang et l'air pénètrent le poumon; la respiration s'établit irrégulièrement; d'abord elle est faible et comme convulsive, mais bientôt elle devient plus forte et plus régulière. Dans le même but, j'ai souvent donné avec succès une véritable douche froide, en laissant tomber d'un mètre de hauteur un filet d'eau froide sur la région précordiale.

Si les excitations sur les nerfs spinaux et facial étaient insuffisantes, on agirait sur les ramifications du pneumogastrique par l'insufflation.

L'insufflation compte aujourd'hui un assez grand nombre de succès pour qu'on doive y recourir toutes les fois que les moyens dont nous venons de parler n'ont pas réussi. Dans un très-bon mémoire sur ce sujet, M. Depaul a victorieusement réfuté les objections formulées contre elle, et confirmé par ses expériences les résultats obtenus déjà par MM. Duméril et Magendie. Comme eux, il a vu qu'on se faisait une fausse idée de la résistance des vésicules pulmonaires, et que, pour produire leur déchirure, il faut souffler avec une force supérieure à celle qui est nécessaire pour obtenir une simple dilatation. Il a prouvé par des faits que l'insufflation réussissait à rappeler à la vie des enfants que l'insuccès des moyens généralement proposés semblait vouer à une mort certaine; que, même dans les cas où elle était impuissante, parce que les lésions, causes de la mort apparente, étaient au-dessus des ressources de l'art, elle pouvait, lorsque l'action du cœur n'était pas encore éteinte, rendre ses pulsations plus fortes et plus fréquentes, et même parfois déterminer une inspiration spontanée, mais incomplète.

J'ajouterai que, pour moi, l'insufflation pulmonaire, longtemps prolongée, m'a paru, dans trois cas, faire plus encore; car non-seulement elle a suscité quelques inspirations spontanées, mais la respiration s'est peu à peu régularisée, et la vie s'est maintenue dix, douze, et une fois vingt-deux heures, bien que des

lésions mortelles existassent dans le cerveau. Or, on comprend que, dans une foule de circonstances, vingt heures de vie chez un enfant nouveau-né peuvent avoir pour les familles une grande importance.

M. Depaul, qui a rendu un véritable service en appelant l'attention sur un moyen généralement abandonné comme dangereux par les uns, comme inutile par les autres, a proposé quelques règles de conduite que je crois devoir reproduire, au moins en abrégé.

Il se sert de la canule de Chaussier : il en a seulement fait disparaître les ouvertures latérales, et les a remplacées par une ouverture terminale.

L'enfant, dont on entretient la température par des linges chauds, doit être placé de manière que la poitrine soit plus élevée que le bassin, et la tête un peu inclinée en arrière pour rendre plus saillante la partie antérieure du cou. Après avoir débarrassé la langue et le pharynx de toute mucosité, on porte l'index gauche, en suivant la ligne médiane de la langue, jusqu'à l'épiglotte. La main droite, tenant le tube comme une plume à écrire, dirige le long du doigt sa petite extrémité jusqu'à l'entrée du larynx, l'incline vers la commissure gauche des lèvres, et, par quelques légers mouvements, cherche à soulever l'épiglotte; il suffit alors de redresser l'instrument et de le porter en même temps vers la ligne médiane, pour que son extrémité traverse la glotte. C'est là le seul temps un peu difficile de l'opération, car assez souvent le tube s'engage dans l'œsophage. Aussi, avant d'insuffler, doit-on s'assurer de sa position en promenant le doigt sur le larynx et la trachée, et en imprimant à l'instrument des mouvements de latéralité pour voir s'ils sont suivis par le larynx. D'ailleurs, dès la première insufflation, on s'aperçoit tout de suite de l'erreur, car, lorsque l'instrument est porté dans l'œsophage, un soulèvement considérable de l'épigastre précède celui de la base de la poitrine; s'il est dirigé, au contraire, dans le larynx, la dilatation de la poitrine est uniforme, et l'abaissement du diaphragme seul produit la saillie épigastrique.

Pour empêcher le reflux de l'air qu'on va pousser, et le forcer à pénétrer dans les voies aériennes, on lui ferme toute issue par l'œsophage, la bouche et les narines. Une pression modérée, exercée avec l'instrument, sert à appliquer la paroi antérieure de l'œsophage contre la postérieure. Avec le pouce et l'indicateur, on pince fortement les lèvres des deux côtés de la canule, et l'on bouche les narines en prenant le nez avec les deux doigts médians.

Les insufflations doivent être assez rapprochées les unes des autres. M. Depaul croit qu'il faut en faire dix à douze par minute. Après chacune d'elles, l'élasticité des vésicules suffit pour expulser par la canule la plus grande partie de l'air; toutefois il peut être utile, surtout en commençant, de rendre l'expiration plus complète par des pressions convenablement exercées avec la main largement appliquée sur le devant de la poitrine.

Le temps pendant lequel on doit insister sur les insufflations est très-variable. Ainsi les faits prouvent que tantôt un quart d'heure a été suffisant, tantôt il a fallu les prolonger trois quarts d'heure, une heure et même une heure et demie.

« Lorsque, sous leur influence, le cœur s'est ranimé et bat cent à cent trente fois par minute, je crois, dit M. Depaul, qu'il est du devoir du médecin de continuer jusqu'à l'apparition d'inspirations spontanées qui se renouvellent au moins cinq ou six fois par minute : s'arrêter après une première serait, dans beaucoup de cas, compromettre la vie de l'enfant ; mais, lorsque après avoir réveillé les battements du cœur, et même obtenu quelques efforts des muscles inspireurs, on voit tout cela s'affaiblir et disparaître, on peut, après dix à douze minutes, cesser l'insufflation. Je n'ai jamais vu, dans ce cas, qu'on soit parvenu à ranimer les enfants. »

De temps en temps il est nécessaire de retirer la canule pour la débarrasser des mucosités qui l'obstruent. Quand la trachée renferme des mucosités abondantes, facilement indiquées par un gargouillement manifeste, on peut, à l'aide de quelques aspirations, en engager dans la canule des quantités considérables, en rendre ainsi plus efficaces les insufflations ultérieures.

S'il survient quelques inspirations spontanées, il faut momentanément suspendre l'insufflation.

Enfin, si tous ces moyens avaient échoué, et qu'on eût une pile à sa disposition, on pourrait faire passer quelques courants électriques à travers les muscles inspireurs ; mais c'est un auxiliaire sur lequel il ne faut pas trop compter.

L'électricité est en effet beaucoup moins active sur le fœtus que sur l'adulte. L'expérience a prouvé, par exemple, que des fœtus de serpent bien développés étaient peu sensibles à l'action du galvanisme avant d'avoir respiré, tandis que peu après ils jouissaient d'une sensibilité très-délicate.

Les mêmes moyens doivent être employés dans les cas de mort apparente, où les enfants sont pâles et décolorés : seulement on comprend que, loin de faire saigner le cordon ombilical, il faut s'empresse de le lier, même avant de le couper.

Quelques personnes ont conseillé, dans le cas d'asphyxie, de ne couper le cordon ombilical qu'après l'établissement régulier de la respiration pulmonaire, espérant que la persistance de la circulation fœto-placentaire remplacerait la respiration extra-utérine non encore établie : sans admettre, avec le docteur King, que cette pratique, permettant aux contractions du cœur de chasser tout le sang dans le placenta, expose le fœtus à mourir exsangue, je pense que, dans le plus grand nombre des cas, cette précaution est au moins inutile, et même nuisible, en faisant perdre un temps précieux. Presque toujours, en effet, le placenta est décollé en partie, et même en totalité, peu de temps après la sortie de l'enfant ; et alors même que ces adhérences seraient intactes, la rétraction de l'utérus qui succède à l'expulsion de l'enfant a tellement modifié la circulation des parois utérines et celle des vaisseaux utéro-placentaires, que le nouveau-né ne pourrait certainement y trouver que des ressources insuffisantes. Cependant, si par le toucher on ne rencontre pas le placenta sur le col, et que par suite on puisse croire qu'il a conservé ses rapports normaux avec la matrice, on peut, lorsque le fœtus est pâle et décoloré, ne pas se presser de couper le cordon, sur-

tout s'il présente encore des pulsations. Mais dès qu'il cesse de battre, ou dès qu'on s'aperçoit que le placenta est décollé, il faut s'empresse d'en opérer la section.

Certains enfants, après avoir crié et respiré assez librement, retombent encore après quelques heures, quelquefois même après quelques jours, dans un état de mort apparente qui se termine rapidement par la mort réelle, si de prompts secours ne sont pas administrés. Aussi est-il prudent, pendant les premiers jours, d'exercer une surveillance très-active. Cette mort apparente secondaire peut tenir, comme celle que nous venons de décrire, à une véritable asphyxie, ou à un défaut d'influence nerveuse auquel les excitations employées immédiatement après la naissance n'ont remédié que momentanément. L'asphyxie est produite soit par un corps étranger placé aux ouvertures de la bouche et des narines, soit par l'accumulation des mucosités dans l'arrière-gorge. Enlever les corps étrangers, désobstruer l'arrière-bouche à l'aide d'une barbe de plume, ou les bronches en sollicitant les vomissements par la titillation de la luette, tels sont les premiers moyens à employer. On pourra, si la face est violacée, appliquer avec succès une sangsue derrière chaque oreille, ou, suivant le conseil de Kennedy, sur les fontanelles. Lorsqu'on peut attribuer les accidents au défaut d'action cérébrale, c'est aux excitants déjà conseillés plus haut qu'il faut de nouveau avoir recours.

La faiblesse excessive des enfants, tenant à une des circonstances que nous avons déjà indiquées, doit être combattue par les mêmes moyens que la mort apparente. Quand les enfants ne sont très-faibles que parce qu'ils sont nés avant terme, ou de femmes depuis longtemps malades, il faut alors avoir grand soin de les maintenir à un degré de chaleur très-élevé, en les entourant d'ouate de coton et de bouteilles contenant de l'eau chaude : la chaleur est alors le meilleur fortifiant.

Pendant les premiers jours, et même quelquefois les premières semaines, leur alimentation nécessite quelques précautions. Il est très-important de leur procurer le plus tôt possible une nourrice dont le lait coule assez facilement pour qu'elle puisse elle-même en faire jaillir quelques cuillerées dans la bouche du nouveau-né. La faiblesse de l'enfant est souvent si grande, qu'il lui est impossible de faire les efforts de succion nécessaires.

Il est également important de ne donner que le premier lait, qui, plus léger, est pour l'enfant d'une digestion plus facile.

Toutes les fois qu'un enfant naît dans un état de mort apparente, ou de faiblesse extrême, l'accoucheur doit immédiatement, dans les familles catholiques, lui administrer le baptême. Quelles que soient, en effet, les opinions religieuses du médecin, il est de son devoir de respecter les sentiments des familles, et il serait vraiment blâmable de ne pas souscrire sous ce rapport aux désirs des parents.