

d'argent est utile dans les cas de crevasses profondes et anciennes.

Lorsqu'il y a de simples gerçures, il suffit de les badigeonner, après chaque tétée, avec un pinceau trempé dans la teinture de benjoin, de ne pas enlever la poudre du médicament qui se dépose sur la plaie et de se servir du bout artificiel. Ce procédé est simple, inoffensif, sans aucun danger pour l'enfant, réussit dans la grande majorité des cas. Teinture de benjoin et bout artificiel, telle est la méthode que l'on emploie constamment, et avec succès, dans notre service de la Maternité, pour les cas légers.

L'application de la teinture de benjoin est parfois un peu douloureuse, l'addition de cocaïne enlève cet inconvénient. Voici alors la formule :

R. Teinture de benjoin 10 grammes.
Chlorhydrate de cocaïne 50 centigrammes.

Tremper un petit pinceau dans cette solution et badigeonner la plaie après chaque tétée.

Si l'on veut prescrire une pommade, on peut employer la formule suivante de M. Hyernaux :

R. Teinture de benjoin }
Baume du Pérou } ââ 1 gramme.
Vaseline 8 grammes.

Ou cette autre :

R. Aristol 4 grammes.
Vaseline 20 —

En y ajoutant 25 à 50 centigr. de cocaïne, on les rend en même temps anesthésiques.

Il faut éviter de se servir de pommades ou de solutions saturnines qui seraient préjudiciables à l'enfant; nous proscrivons donc l'eau blanche, l'extrait de saturne, le nitrate de plomb.

Abcès du sein. — L'inflammation du sein (mammité ou mastite) est souvent le résultat des gerçures et des crevasses du mamelon; elle s'annonce par une lymphangite superficielle ou profonde, des traînées ou des plaques rougeâtres sur la peau, de la douleur, de la chaleur, du gonflement, de la dureté du sein, de l'engorgement ganglionnaire, de la fièvre. Après quelques jours, le centre de l'endroit gonflé, dur, rouge, douloureux, devient mou, proéminent, fluctuant; la coloration de la peau change, la douleur diminue, des frissons multiples apparaissent; l'abcès est formé et le pus doit être évacué, sinon il fuse plus ou moins loin, forme des foyers énormes, des *diverticulum* multiples.

Les abcès sont superficiels (sous-cutanés), moyens (glandulaires) ou profonds (rétro-mammaires); ces derniers sont les plus graves, les plus volumineux, les plus difficiles à constater.

Le traitement consiste à supprimer l'allaitement du côté malade, et à recouvrir le sein du pansement antiseptique indiqué à propos des gerçures. Dès que le pus est réuni en foyer, il faut l'évacuer avec toutes les précautions antiseptiques.

Difficultés provenant de l'enfant. — Les enfants faibles, délicats, avant terme, nés en état d'asphyxie, prennent difficilement le sein, ne savent pas bien saisir le mamelon, tirent mal ou pas du tout. Cependant ils ont besoin de s'alimenter sans tarder, sinon ils succombent. On ne peut donc pas attendre que la sécrétion lactée soit établie; on doit recourir à une autre accouchée, ayant des bouts bien formés, d'où le lait suinte avec grande facilité. On place le mamelon entre les lèvres de l'enfant, au-dessus de sa langue; on exprime quelques gouttes de lait pour l'amorcer. S'il ne tette pas malgré cela, on continue à exprimer le lait et tout le repas se fait de cette façon. Ou bien, la nourrice tire son lait dans une cuiller et le fait avaler peu à peu à l'enfant. Ou encore, elle met dans la bouche du nourrisson un bout artificiel et exprime son lait dans la cupule en verre de ce bout.

Si, en dépit de ces manœuvres, le nouveau-né n'avale pas, il ne reste plus qu'à introduire le lait tiré du sein de la nourrice directement dans l'estomac, au moyen d'une petite sonde en gomme rouge, n° 16 de la filière Charrière, à l'extrémité de laquelle on a adapté un bout de sein; la sonde est introduite à une profondeur de 15 centimètres, puis le liquide est versé; dès qu'il a pénétré dans l'estomac, on retire vivement la sonde, sans quoi il y a régurgitation. La quantité de lait introduite chaque fois doit être minime, de 7 à 8 grammes toutes les heures dans les 3 premiers jours, puis on augmente en espaçant les repas.

Cette méthode a été indiquée par M. Tarnier sous le nom de *gavage des nouveau-nés*. Elle a permis de faire vivre des enfants qui n'avaient pas plus de 6 mois de gestation (l'un pesait 1,020 gr., un autre 1,100 gr., etc.). On a conseillé aussi d'injecter le lait dans une des narines au moyen d'une petite seringue; on a soin de fermer la bouche et l'autre narine pour favoriser la déglutition. La méthode de M. Tarnier nous paraît supérieure.

Au bout de quelques jours, le nourrisson parvient à tirer directement au sein de la mère ou de la nourrice.

Même des enfants bien à terme refusent parfois de têter, ne saisissent pas le bout ou ne tirent que très peu; ils sont apathiques, somnolents et ne veulent faire aucun effort. On est obligé de recourir aux artifices que nous venons de décrire.

Dans certains cas, la difficulté vient d'une maladie de la bouche, d'un vice de conformation des lèvres, du palais, de la langue: muguet, bec-de-lièvre, division de la voûte palatine, tumeur

sub-linguale, paralysie des lèvres due à une compression du nerf facial par le forceps, longueur exagérée du frein de la langue. Il faut enlever la cause aussitôt que possible et, en attendant, allaiter l'enfant par un des moyens indiqués ci-dessus.

Du filet. — Chez quelques enfants, le frein de la langue se prolonge assez en avant, jusqu'à la pointe de l'organe ou à peu près. Cette anomalie est vulgairement désignée sous le nom de *filet*. Quand elle est très prononcée, elle rend difficile les mouvements de la langue et la succion.

Si l'on en croyait les commères et les matrones, rien ne serait plus fréquent que le filet et on devrait le couper à la plupart des nouveau-nés. C'est absolument inexact, et la section du filet donne lieu à de nombreux abus.

On constate facilement qu'un enfant a le filet, lorsqu'il crie en ouvrant largement la bouche et en soulevant la langue : on voit alors que le frein se prolonge trop en avant, jusqu'à la pointe de l'organe ou à peu près ; la petite membrane est mince, tendue, longue et étroite, forme une véritable bride qui retient le milieu de la langue ; la pointe de celle-ci offre ainsi à sa partie médiane un angle rentrant et prend la forme d'un cœur de *carte à jouer*.

Si l'enfant ne crie pas, on ouvre sa bouche avec un doigt passé sous sa langue ; on peut, du reste, en lui pinçant le nez, le forcer à ouvrir lui-même sa bouche pour respirer ; un autre doigt abaisse alors la mâchoire inférieure, ou bien encore, on se sert de la plaque d'une sonde cannelée, dans la fente de laquelle on fait entrer le frein. On n'a pas non plus de difficulté de constater la présence du filet, en passant simplement son indicateur sous la langue de l'enfant.

Dans les cas rares où le filet est véritablement trop prononcé et gêne la succion, on doit procéder à la section au moyen de ciseaux mousses, désinfectés, coupant bien jusqu'à leur extrémité. La tête de l'enfant est maintenue légèrement renversée en arrière, au-devant d'une fenêtre pour qu'on voie bien l'intérieur de la cavité. On ouvre la bouche et l'on engage le filet dans la fente de la plaque d'une sonde cannelée, qui sert à relever fortement la langue ; on constate ainsi parfaitement le filet et on le divise d'un coup de ciseaux. Il faut avoir soin de porter la pointe de l'instrument en bas et de ne pas couper trop loin, afin d'éviter de blesser la langue et les veines ranines. Aucun pansement consécutif n'est nécessaire.

L'écoulement sanguin est, dans l'immense majorité des cas, tout à fait insignifiant et se borne à quelques gouttes. S'il y avait hémorragie, on ferait une cautérisation de la plaie avec la pierre infernale ou avec un stylet chauffé à blanc ; on pourrait aussi y appliquer un petit tampon d'ouate ou de charpie, trempé dans la liqueur de Pagliari ou dans une solution légère de perchlorure de fer.

TROUBLES DE L'ALLAITEMENT SOUS DIVERSES INFLUENCES. — La menstruation modifie momentanément la composition du lait et peut être préjudiciable à l'enfant ; mais il est rare qu'elle apporte des troubles suffisants pour forcer à interrompre l'allaitement.

S'il survient une nouvelle grossesse, le lait diminue en quantité notable ; de plus, la mère pourrait s'épuiser en fournissant ainsi les matériaux nécessaires à la nutrition des deux enfants. C'est pourquoi on est le plus souvent obligé de faire cesser l'allaitement. Il est facile de prévoir dans quels cas les exceptions seront possibles et permises.

Il en est de même des maladies qui peuvent atteindre la mère ; la cessation de l'allaitement sera imposée par la diminution ou la suppression du lait, par la faiblesse de la malade, par le danger de contagion, lorsqu'il s'agira d'affections transmissibles, de phtisie pulmonaire.

On a vu des femmes continuer à allaiter pendant une septicémie puerpérale, une fièvre typhoïde ; ou bien cesser pendant le cours de l'affection et recommencer après, la sécrétion lactée s'étant rétablie.

Si la sécrétion diminue ou cesse à la suite d'une cause fortuite ou passagère, d'une émotion, par exemple, elle recommence bientôt et permet de continuer l'allaitement. On a soin alors de tirer le premier lait, et de le rejeter avant de mettre l'enfant au sein.

ANOMALIE DE LA SÉCRÉTION LACTÉE. — L'absence de lait ou *agalactie* se montre chez certaines femmes dont les mamelles sont peu ou point développées, parfois aussi chez celles qui ont des seins assez volumineux, mais constitués surtout par de la graisse, le tissu glandulaire faisant presque complètement défaut.

Dans ces conditions, aucun moyen ne peut amener la sécrétion, puisque les acini destinés à fabriquer le lait n'existent pas ou sont en nombre insignifiant, ou sont atrophiés.

Dans d'autres cas, il y a une certaine quantité de tissu glandulaire et le lait est en proportion.

D'autres fois, les mamelles sont normales, mais la sécrétion est peu active, ou bien elle s'est faite en quantité suffisante, mais a diminué à la suite d'une cause quelconque (émotions, maladies, indispositions). Dans ces circonstances seulement, on peut espérer un résultat favorable de l'emploi des galactogènes. (*Voir page 505*).

La succion prolongée et fréquemment répétée du mamelon est encore le galactogène le plus certain. On a vu des femmes non accouchées, des *jeunes filles vierges*, avoir du lait en grande quantité à la suite de simples succions du mamelon. Ce phénomène a même été observé chez des hommes : avaient-ils par exception du tissu glandulaire ou celui-ci pourrait-il se développer par le fait de l'excitation répétée du mamelon ? Les deux hypothèses sont

possibles, et la seconde, qui n'est pas invraisemblable, ouvrirait des horizons nouveaux aux femmes dépourvues de mamelles.

On a conseillé l'électricité, sous forme de courants continus, matin et soir, pendant un quart d'heure. On a recommandé les cataplasmes chauds de feuilles de ricin, de mercuriale. Les bières anglaises, le stout, en particulier, ont eu beaucoup de vogue. L'efficacité de ces moyens n'est pas plus certaine que celle de l'anis, du fenouil et des autres substances dont nous avons parlé précédemment. Quand on en a obtenu des succès, ils étaient dus probablement à la succion que l'on employait en même temps.

Les moyens d'augmenter le lait sont donc peu nombreux et peu importants. Nous plaçons en première ligne la succion prolongée et répétée, nous n'accordons ensuite qu'une valeur minime au café, à la bière et au sirop de galéga. Les autres moyens nous paraissent insignifiants; la thyroïdine reste à expérimenter. Nous croyons utile de répéter que le régime alimentaire et la bonne hygiène sont en tous cas indispensables pour obtenir une sécrétion lactée suffisante.

La *galactorrhée* consiste dans la sécrétion d'une quantité de lait excessive, parfois énorme; ce lait est ordinairement pauvre, très aqueux.

Cette anomalie épuise la mère et détermine des troubles digestifs chez les nourrissons. La thérapeutique a peu d'action sur elle. On a essayé les purgatifs, les diurétiques, la compression du sein, les astringents, mais sans grand succès; de sorte que la cessation de l'allaitement s'impose dans la plupart des cas.

Le lait sécrété en quantité ordinaire peut être trop riche ou trop pauvre: dans le premier cas, il est mal supporté par l'enfant; dans le second, le nourrisson a des chairs molles, flasques, un teint blafard, se développe peu. Quand le lait est trop pauvre, on conseille à la mère une nourriture plus abondante, plus substantielle, on lui prescrit les amers, les ferrugineux, le grand air.

Quand le lait est trop riche, on recommande une alimentation plus légère, moins azotée; on fait éloigner les tétées, puisque le lait qui a séjourné dans le sein est plus aqueux; on donne une cuillerée d'eau sucrée avant chaque tétée.

Lorsque le lait continue à contenir des corpuscules granuleux, lorsque les globules laiteux sont déformés, semblables à des détritrus, l'enfant ne tarde pas à tomber malade, à être pris de diarrhée, à s'affaiblir progressivement. Il est indispensable de changer de nourrice.

Alimentation diversifiée.

L'enfant est nourri exclusivement au sein jusqu'à 6 mois; puis on commence à changer son régime, doucement, avec précaution, en constatant s'il digère les autres aliments qu'on lui donne; ceux-ci

sont augmentés progressivement jusqu'au moment où le sein est définitivement supprimé (sevrage).

Ce changement de régime est indiqué par un fait important: la dentition. Les deux premières dents se montrent d'habitude de 6 à 7 mois; un peu avant leur apparition, c'est-à-dire à 6 mois, on peut donc essayer d'autres substances que le lait.

Un autre motif est fourni par la sécrétion salivaire. C'est vers la même époque, au 5^e mois, que les glandes de la bouche et le pancréas entrent en activité et fournissent les liquides nécessaires à la transformation des féculs en glucose.

Nægel a prétendu que la salive existe chez le nouveau-né, mais il est certain que la quantité en est fort minime et ne peut suffire à digérer les bouillies dont des personnes gorgent les petits enfants. Il est donc prudent d'attendre le 6^e mois.

On donne alors des panades, des bouillies, du lait de vache pur ou coupé.

Les panades sont faites à l'eau ou au lait. La simple panade à l'eau est connue sous le nom de soupe au beurre; elle est composée d'un biscuit bouilli à l'eau avec un peu de sucre et de beurre, puis passé. Cette soupe, plus ou moins liquide selon la quantité de biscuit et d'eau, est fort légère et généralement bien supportée. On la fait prendre à la cuiller, à la timbale ou au biberon. On débute par quelques cuillerées à café; on augmente, si elle est bien digérée; ensuite on la fait au lait de vache étendu, puis pur. On peut aussi se servir de croûtes de pain, de pain séché au four, de biscottes de Bruxelles, de nursery, de biscuits des crèches et d'autres analogues bien préparés.

Les soupes ordinaires ou bouillies se font aussi à l'eau ou au lait et à l'aide d'un des nombreux féculents en vogue: farine de froment légèrement séchée au four, farine d'orge, de riz, de pommes de terre, d'avoine, farine lactée Nestlé, farine maltée Defresne, farine Renaux, phosphatine Falières, tapioca, sagou, arrowroot, semoule, maïzona, racahout, revalenta, etc. Ces potages seront d'abord clairs, légers, donnés en petite quantité. Le choix est presque indifférent, à condition que la substance soit de bonne qualité, pure, non altérée.

Il faut surtout consulter le goût et l'estomac de l'enfant, ce qui, évidemment, est une affaire de tâtonnement. Certains enfants refusent obstinément une farine et acceptent volontiers une autre, ou bien ils ne digèrent pas tel féculent et supportent parfaitement tel autre.

Chaque potage (panade ou bouillie) remplace une tétée complète ou une partie de tétée, selon la dose absorbée; la consistance et la quantité augmentent avec le résultat obtenu et l'âge de l'enfant.

Le lait de vache est donné pur ou coupé; dans ces deux cas, on y ajoute un peu de sucre (5 %).