

*Par l'insufflation.* — L'insufflation peut se faire de bouche à bouche. Mais l'insufflation directe, outre qu'elle ne donne qu'un air déjà brûlé, le fait pénétrer non seulement dans les voies aériennes, mais dans l'œsophage et l'estomac, qui se gonflant relève et refoule en haut le diaphragme, d'où gêne de la pénétration aérienne.

On la pratique surtout avec un instrument nommé *insufflateur*. L'insufflation mécanique a été combattue par certains accoucheurs, qui l'accusent de distendre outre mesure et de crever les alvéoles pulmonaires. Mais l'insufflation intermittente, bien faite, ne produit pas d'accident.

On peut faire l'insufflation à l'aide d'un simple tube recourbé par l'intermédiaire duquel on souffle directement dans la trachée; les instruments de ce type (insufflateur de Chaussier-Depaul) ont contre eux la difficulté de leur manuel opératoire — il faut leur faire franchir la glotte et éviter l'œsophage — et le reproche adressé à l'insufflation bouche à bouche — on insuffle de l'air déjà brûlé.

L'insufflateur de Ribemont comble ces desiderata. Il se compose d'un tube courbé dont la courbure a été réglée à

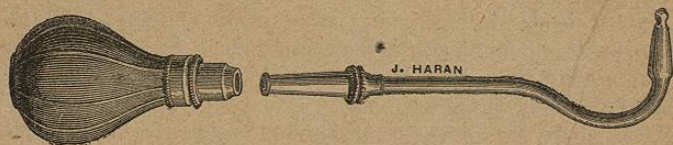


Fig. 122. — Insufflateur de Ribemont-Dessaigne.

la suite d'expériences anatomiques nombreuses; son extrémité est disposée de telle façon que l'air injecté ne peut plus revenir. L'insufflation se pratique à l'aide d'une poire en caoutchouc qui injecte l'air normal et en quantité modérée, 25 à 30 centimètres cubes par insufflation.

On doit surtout avoir beaucoup de constance, interroger continuellement les battements du cœur qui doivent servir de guide; enfin il ne faut pas s'arrêter lorsqu'on aura ainsi obtenu deux ou trois inspirations spontanées. Pour être

certain d'avoir atteint le but, il ne faut pas seulement que l'enfant respire, il faut qu'il *crie*.

#### FRACTURES

Il arrive quelquefois que pendant les manœuvres de l'accouchement, il se produit des fractures ou des décollements épiphysaires. La famille pardonnant difficilement cet accident, si on peut il faut tâcher de dissimuler ce contre-temps; s'il s'agit d'une fracture de membre, appliquer un petit appareil consistant en un simple enveloppement ouaté.

### CHAPITRE III

#### ÉVOLUTION DU NOUVEAU-NÉ ET DES SOINS QU'IL RÉCLAME

##### ÉVOLUTION DE L'ENFANT

L'enfant séparé de sa mère vit de la vie commune, mais les mouvements cardiaques et respiratoires sont plus fréquents que chez l'adulte; le pouls bat de 120 à 130 pulsations par minute, et les inspirations sont au nombre de 30 environ à la minute.

Quand l'enfant vient au monde, ses *réservoirs naturels* sont, en général, remplis. Dans la vessie, il y a de l'urine qui est, parfois, évacuée dès la naissance.

Dans l'intestin, se trouvent des amas épithéliaux, provenant de la surface intestinale, colorés en vert noirâtre par la bile; ces amas forment une substance molle, visqueuse, analogue au suc épais du pavot (*μηκων*) d'où son nom, *méconium*. C'est cette matière qui constitue les premières selles, pendant les trois ou quatre premiers jours; puis survient le résidu de la digestion lactée, bouillie d'abord jaune clair, puis jaune d'or.

Les *garde-robes* sont, pendant le premier mois, de deux à quatre par jour.

**L'enfant change d'aspect.** — Venant au monde, la peau était d'une coloration rose rouge, due à une congestion du tégument, produite par le contact de l'air; puis elle brunit, pour ensuite pâlir petit à petit et amener l'enfant à sa coloration blanc rose ordinaire.

Pendant cette dernière transformation de coloration se produit une véritable *mue* de l'épiderme.

**Poids.** — Le nouveau-né pèse à la naissance *en moyenne* 3,000 grammes. Ce poids varie dans les jours qui suivent.

Pendant les trois premiers jours, l'enfant diminue de poids, d'environ 100 grammes pour ces trois jours (évacuation méconiale). A partir de ce jour, normalement il augmente régulièrement.

Tout enfant qui, à partir du quatrième jour, n'augmente pas de poids, est un enfant qui dépérit.

**Taille.** — La taille de l'enfant s'accroît d'environ 4 centimètres le premier mois, 3 le second, 2 le troisième.

**Dentition.** — En naissant, l'enfant, sauf exception (Louis XIV, Mirabeau), n'a pas de dents.

C'est vers six mois qu'apparaissent **les dents**, dites *dents de lait*, destinées à tomber (dentition caduque) pour faire place aux dents définitives (dentition permanente). La dentition caduque est composée de vingt dents.

La dentition commence par les dents de la mâchoire inférieure (exception pour les incisives latérales).

Leur ordre moyen d'apparition (sujet à écarts) se fait par poussées, de trois mois en trois mois, dans l'ordre suivant :

Incisives médianes . . . . .	$\frac{2 \text{ supér.}}{2 \text{ infér.}}$	vers 6 mois.
Incisives latérales . . . . .	$\frac{2 \text{ supér.}}{2 \text{ infér.}}$	— 9 —
Premières petites molaires . . . . .	$\frac{2 \text{ supér.}}{2 \text{ infér.}}$	— 12 —
Canines . . . . .	$\frac{2 \text{ supér.}}{2 \text{ infér.}}$	— 15 —
Deuxièmes petites molaires . . . . .	$\frac{2 \text{ supér.}}{2 \text{ infér.}}$	— 18 —

L'enfant, pendant la première période de son existence, dort la plupart du temps; quand il se réveille, il crie. Les cris quelquefois accompagnés de pleurs, ne témoignent de l'état de souffrance de l'enfant que lorsqu'ils sont intenses et prolongés; ils sont alors ordinairement dus à ce qu'il a faim, froid, ou qu'il est mal à l'aise dans son maillot, trop serré ou sale; cette dernière cause est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit, et c'est à elle qu'il faut attribuer la plupart des cris dits de *coliques* qui existent pourtant.

Le cri est normalement l'appel de la faim; quand l'enfant a tété, il se rendort.

## SOINS A DONNER A L'ENFANT

**Bains.** — **Toilette.** — *Le matin* on donnera à l'enfant un bain chaud (28 à 30 degrés); ce bain sera court (deux à trois minutes), et on achèvera le nettoyage sur les genoux. L'on veillera tout particulièrement à la propreté de la région ano-génitale qui est sujette à s'excorier, surtout quand les enfants ont un peu de diarrhée acide.

Il faudra faire soigneusement le *pansement du cordon*, qui sera lavé à l'eau boriquée, replacé dans un matelas de ouate vaseliné, maintenu par une bande.

Les yeux seront, à l'aide d'un petit tampon, nettoyés à l'eau boriquée tiède.

Dans la *journée* l'enfant sera, sans tarder, changé dès que les langes seront souillés; il faut surveiller de très près l'état de ces linges.

**Berceau.** — Le berceau, dont les rideaux ne sont nullement utiles, sera placé dans un endroit non exposé aux courants d'air, loin des portes et des fenêtres.

**Température.** — La température de la chambre sera de 16 à 18 degrés. A moins que la température ambiante ne soit très élevée, il faudra mettre des boules chaudes dans le berceau et surtout la nuit. Le nouveau-né est extrêmement sensible aux abaissements de température; ses cris de réveil, vers trois ou quatre heures du matin, n'ont souvent pas d'autre cause; à ce moment la température extérieure

est la plus froide, celle de la chambre s'est abaissée et les boules se sont refroidies.

**Première sortie.** — La première sortie variera avec l'état de la température; si le temps est beau, elle pourra se faire vers le quinzième jour, mais sera courte dans les débuts: dix minutes, un quart d'heure. Ces promenades ont souvent un heureux effet sur le sommeil de l'enfant.

#### ALLAITEMENT

L'alimentation de l'enfant nouveau-né ne commence guère que vingt-quatre heures après sa naissance; il n'a besoin de rien avant ce temps; il est de tradition de lui donner un peu d'eau sucrée, ce qui est inutile.

L'alimentation du bébé doit être exclusivement lactée, et constitue l'allaitement.

**Allaitement.** — L'allaitement est *naturel* (lait de femme, mère ou nourrice), *artificiel* (lait d'un animal pris directement ou indirectement); enfin, il est *mixte* quand on réunit les deux modes d'allaitement.

**Allaitement naturel.** — L'allaitement *maternel* est l'allaitement normal; la sécrétion lactée maternelle est, en effet, parfaitement adaptée aux besoins de l'enfant.

La sécrétion lactée ne commence pas immédiatement après l'accouchement. Elle ne s'établit que du deuxième au quatrième jour, précédée de phénomènes congestifs, désignés sous le nom de *montée du lait*; les seins deviennent douloureux, tendus, puis apparaissent quelques gouttes opalines au niveau du mamelon, la sécrétion lactée s'établit, et alors la tension diminue; si la femme allaite, la sécrétion continue pour cesser en général vers le commencement de la seconde année; elle peut durer plus longtemps, dix-huit mois, deux ans.

Le liquide de la sécrétion lactée revêt deux aspects: fluide, opalin, léger, on l'appelle *colostrum*; blanc bleuâtre, plus ou moins épais, c'est le *lait* proprement dit. Ce ne sont pas deux liquides différents, mais un même liquide à deux degrés d'évolution.

Le *colostrum* est composé de sérum dans lequel nagent des débris épithéliaux; on y voit des corps muriformes, qui ne sont que des cellules épithéliales sécrétantes et détachées, réunies et gonflées de corpuscules graisseux; ces corps muriformes éclatent, se répandent en fines particules qu'on retrouve dans le lait; il contient aussi de la lactose.

Le *lait* est un liquide formé pour ses 9/10<sup>mes</sup> d'eau. Dans cette eau sont en suspension, en émulsion très fine, des globules graisseux, et l'on y trouve dissous du sucre de lait ou lactose (60 grammes par litre), et de la caséine qui, au contact du suc gastrique, se coagule. Il y a enfin en dissolution des matières inorganiques: phosphate de chaux, chlorure de potassium, phosphate de soude, de manganèse, etc.

Il contient aussi des gaz libres: acide carbonique, azote, oxygène.

Cette composition du lait varie physiologiquement, suivant: A. le moment de la traite; B. l'âge du lait.

A. Dans une même traite, plus on avance vers la fin, plus le lait s'épaissit. Lorsqu'on presse le mamelon, il sort d'abord un jet terne, presque incolore, qui devient de plus en plus blanc et crémeux. Il y a là une corrélation physiologique intéressante entre le développement et le fonctionnement de l'organe maternel et le développement et le fonctionnement de l'organisme infantile. Dans les premiers jours de son existence, l'enfant tète faiblement, superficiellement, et il n'absorbe qu'un lait très léger; c'est grâce à ce fait qu'un bébé qui vient de naître peut être allaité par une nourrice dont le lait date de deux ou trois mois; il ne peut en prendre que les premières gouttes. Plus l'enfant devient fort, plus profondément il vide le sein et plus riche aussi est le lait qu'il prend.

Dans les premiers temps, pendant la première semaine, c'est surtout du *colostrum*, du lait où la graisse et la caséine sont en minorité que la femme sécrète.

(1) D'après le vétérinaire Weber, le lait de la vache en gestation diminue de quantité et augmente en richesse plus on approche du terme. (Communication écrite in *thèse* Poirier, 1890).

Le lait a sa composition moyenne normale vers dix ou quinze jours; il atteint, au point de vue de sa composition, l'état parfait, comme *quantité* et comme *qualité*, vers six mois. Au bout d'un an, la sécrétion diminue, tout en donnant un lait nourrissant. La sécrétion lactée cesse vers dix-huit mois, quelquefois un peu plus tard lorsque la femme allaite.

Au bout de la première semaine, une bonne nourrice sécrète environ un demi-litre et, au sixième mois (maximum) un litre par jour.

Une nourrice trop jeune (au-dessous de vingt ans), trop âgée (au-dessus de trente-cinq ans) fournit, en général, une quantité inférieure de lait.

Outre ces variations normales, dues à une évolution physiologique, la quantité et la qualité du lait varient suivant un certain nombre de causes contingentes.

Une *alimentation insuffisante* diminue, une *alimentation trop riche* augmente les principes solides, en particulier le beurre : double cause (nourriture insuffisante, ou difficile à digérer) de dépérissement de l'enfant.

L'alimentation est donc à surveiller chez les nourrices : une alimentation réglée est nécessaire pour une lactation normale et régulière.

Il importe de rappeler ici que les principes de *certaines ingesta* passent directement dans le lait; c'est là un moyen précieux pour administrer — par une voie médiate — des médicaments, mais aussi une voie d'élimination et de passage dans l'organisme infantile, qu'il ne faut pas oublier.

Les règles diminuent les principes aqueux, rendent le lait plus lourd à digérer.

L'effet de la *grossesse* sur la qualité du lait est très discuté; la grossesse affaiblit le lait pour les uns; pour d'autres, elle l'enrichit. Il est certain que beaucoup d'enfants peuvent être élevés par des femmes enceintes sans en souffrir. L'état de la sécrétion dépend surtout de l'état de santé des femmes, de la façon dont la grossesse les traite; l'on voit parfois lorsqu'une grossesse survient pendant la lacta-

tion les seins se flétrir, indice d'une activité moindre.

Toutes les causes de modifications ou d'irrégularité des actes nutritifs chez la mère : crises nerveuses, vie agitée, émotions, nuisent à la bonne sécrétion lactée.

Les *affections fébriles aiguës* tarissent ou diminuent la sécrétion lactée; souvent l'effet est temporaire et la reprise de la lactation peut se faire.

**L'allaitement maternel est un devoir** : c'est, de plus, le meilleur des allaitements. Mais il demande à être pris au sérieux et il faut que les nourrices se condamnent à la vie sobre, qui est indispensable à la bonne conduite de la lactation.

Il est des cas où l'allaitement maternel est une obligation, et où l'allaitement par une nourrice est interdit, quelles que soient les conventions de la famille avec une femme de bonne volonté c'est lorsque l'enfant est syphilitique : c'est un conseil formel que le médecin doit laisser *par écrit*.

À part la question de situation ou de nécessité sociale, trop souvent une excuse qu'il faut démasquer, il n'est que quatre motifs d'impossibilité à l'allaitement maternel admissibles :

1° Impossibilité, faute de lait; il peut y avoir absence totale ou à peu près totale, ce qui est une cause péremptoire; mais il peut y avoir simplement insuffisance, et l'on doit faire profiter l'enfant en partie de l'allaitement maternel et avoir recours à l'*allaitement mixte*.

2° Impossibilité tenant à l'état d'épuisement et de cachexie de la femme.

3° Impossibilité due à la disposition anatomique du mamelon. Ces cas, du reste, peuvent être restreints par une malaxation, un étirement du bout du sein, que l'on fait avant l'accouchement. On a enfin inventé des *bouts de sein*; soit le bout de sein commun, qui suffit la plupart du temps, soit des *téterelles bi-aspiratrices*, de modèles variés : la femme aspire le lait dans le réservoir où le nouveau-né le pompe par succion à l'aide d'une tétine.

4° Si les mamelons étaient recouverts de croûtes d'eczéma

coupés de crevasses, il faudrait encore renoncer à l'allaitement.

Il en est un cinquième, inadmissible en soi, mais auquel il faut se rendre : c'est la mauvaise volonté tenace de la femme et de son entourage; il n'en est pas de pire.

**Nourrices.** — Après l'allaitement maternel vient l'allaitement par les *nourrices*.

L'allaitement par envoi en nourrice, sauf cas tout à fait exceptionnels de très étroite surveillance, doit être proscrit; c'est le plus mauvais des modes d'allaitement; mieux vaut l'allaitement artificiel.

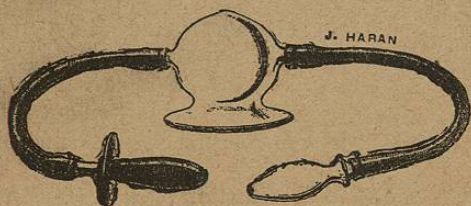


Fig. 123. — Téterolle bi-aspiratrice de Budin.

**Choix d'une nourrice.** — Elle peut être fille-mère ou mère : ceci est une affaire de préférence des familles.

Elle doit être âgée de vingt à trente ans; une multipare, plus experte, est, en général, préférable.

Elle doit être d'une bonne santé, non seulement ne pas avoir de tare diathésique (tuberculose, syphilis, etc.), mais posséder des fonctions organiques régulières; non réglée, loin de son mari; propre. Voilà les conditions générales.

L'âge de son lait devra, le plus possible, se rapprocher de l'âge du nourrisson à lui donner; on n'admettra pas plus de trois mois d'écart; s'éloigner de cette règle générale c'est s'exposer à des déboires.

Les glandes mammaires devront avoir un mamelon bien conformé, souple, prenant et indolore. Le volume trompe souvent; ce qui fait la valeur d'un sein au point de vue mammaire, c'est l'élément glandulaire et non la graisse qui

compose souvent la plus grande partie des mamelles énormes de certaines femmes; un sein de moyen volume, en poire, veiné, dur, **grenu**, est de bon augure. On fera la traite des deux seins. Il arrive que des nourrices qui veulent se placer ne donnent à têter que d'un sein, laissant l'autre se gonfler de réserves; parfois aussi, dans ce but, elles affament leur nourrisson, qu'il faut se faire présenter.

L'examen clinique du lait (aspect, saveur) a une valeur très relative; il est bon d'en faire faire une analyse.

La composition moyenne du lait de femme est la suivante :

Beurre. . . . .	44.65	par litre.
Lactose . . . . .	60.30	—
Matières albuminoïdes . . . . .	27.35	—
Sels. . . . .	1.65	—
	134.15	( <sup>1</sup> )

Extrait séché à + 95.

Le meilleur répondeur de la valeur de la nourrice, c'est son nourrisson, mais *le sien*, car il n'est pas rare de voir les femmes en quête de place offrir un nourrisson d'emprunt.

Il ne faut jamais accepter de nourrice sans avoir vu son véritable enfant.

**Réglementation de l'allaitement naturel.** — Elle concerne la *nourrice*, l'*enfant*.

**Nourrice.** — Vie régulière, alimentation d'une digestion aisée, facilitant les bonnes évacuations. Suppression des excitants, mets épicés, boissons alcooliques; exercice modéré.

La propreté de la femme sera minutieuse. Les seins seront lavés avec de l'eau boricuée après chaque tétée et le mamelon enveloppé d'un fin linge enduit de vaseline; on l'essuiera avant de donner le sein.

**Enfant.** — Pendant les trois ou quatre premiers jours, l'enfant pourra têter dès qu'il le demandera, puis il faudra le régler, lui donner le sein toutes les deux heures dans la journée, toutes les trois heures pendant la nuit. A

(1) Lajoux. *Le Lait*.

partir du deuxième mois, toutes les trois heures le jour, toutes les quatre heures la nuit.

La réglementation, quelquefois un peu pénible au début, — il faut savoir résister aux cris de l'enfant et le réveiller quand il dort — finit par très bien s'établir : l'enfant demande à boire au moment voulu.

Les premiers jours, la mère se penchera pour offrir le sein à son enfant, placé à côté d'elle; plus tard, elle pourra le prendre. L'enfant sera couché obliquement sur le thorax et l'abdomen de la femme, la tête en dehors, soutenue et approchée par le bras homonyme du sein, tandis que le bras libre présente le bout du sein à la bouche du bébé, s'il ne l'a pas happé lui-même. En quinze ou vingt minutes, la tétée doit être finie. Si elle dure plus longtemps, c'est qu'il y a un vice dans l'alimentation, et, le plus souvent, lorsque l'enfant est vigoureux, c'est que le sein contient peu de chose, se vide vite, et alors, malgré les apparences, l'enfant se nourrit mal.

Le seul moyen de vérification, c'est la pesée pratiquée après chaque tétée.

Un enfant bien portant, tête en *moyenne* :

	Quantité d'aliments pour chaque tétée.	Nombre de tétées en 24 heures.	Quantité d'aliments en 24 heures.
1 jour . . .	7 grammes.	10	70 grammes.
2 jours . . .	15 —	10	150 —
3 jours . . .	43 —	10	430 —
10 jours . . .	53 —	10	530 —
20 jours . . .	62 —	10	620 —
1 mois . . .	70 —	10	700 —
2 mois . . .	80 —	9	810 —
3 mois . . .	100 —	8	800 —
4 mois . . .	120 —	7	840 —
5 mois . . .	140 —	7	980 —
6 mois . . .	160 —	6	1060 —

Les chiffres de ce tableau varient surtout suivant la vigueur, la grosseur des enfants.

*Changement de nourrice ou d'allaitement.* — On peut résumer les indications à la suspension d'un allaitement

commencé, dans la formule générale suivante : il faut changer de nourrice quand l'enfant souffre de l'alimentation qu'elle lui donne ou quand la nourrice (maternelle ou mercenaire) est menacée dans sa santé.

L'enfant peut souffrir, parce que le lait est de *quantité* insuffisante : on s'en convaincra en pesant l'enfant après chaque tétée; parce que la *qualité* du lait ne lui convient pas; on pourra s'en rendre compte par l'état des digestions (digestions pénibles — cris — lientérie — selles anormales contenant des grumeaux), par l'analyse du lait; cette analyse donne des renseignements précieux; il faut pourtant savoir que dans certains cas où le lait ne convient manifestement pas à l'enfant, l'analyse le trouve dans des conditions normales.

Il faut se méfier de la *qualité* du lait, lorsque sa *quantité* est suffisante et que l'enfant dépérit.

Faut-il cesser l'allaitement lorsque survient une affection aiguë chez la nourrice?

Si l'affection aiguë est passagère, on mettra l'enfant en observation, particulièrement minutieuse, et on continuera l'allaitement. Si l'affection est une affection aiguë infectieuse à marche caractérisée (pneumonie, fièvres éruptives, fièvre typhoïde, rhumatisme articulaire, septicémie puerpérale), il faut changer de nourrice.

Ces affections fébriles diminuent, tarissent ou altèrent la sécrétion lactée, et enfin, il ne faut pas perdre de vue la possibilité de la transmission des éléments infectieux de la nourrice à l'enfant.

On suspendra de même l'alimentation dans le cas d'ictère.

Si l'aréole d'un sein présente des crevasses nombreuses, s'il y a des signes d'inflammation, on supprimera l'allaitement de ce côté, jusqu'à sa guérison; à plus forte raison agirait-on de même dans le cas d'abcès.

Si les deux seins sont pris, on changera de nourrice ou de mode d'allaitement.

**Allaitement artificiel.** — L'allaitement artificiel se pratique à l'aide du lait d'un animal.