TRAITEMENT. — La nature et la cause de la maladie étant inconnues, le traitement, à part les prescriptions relatives à l'alimentation et à une bonne hygiène, sera purement symptomatique. On préservera la peau de l'enfant de toute excoriation pendant la période d'exfoliation, en évitant la pression des vêtements et en recouvrant les parties malades de ouate enduite d'une huile de lin et d'eau de chaux (parties égales) ou d'un onguent antiseptique.

Dès que l'exfoliation sera terminée, on saupoudrera la surface de la peau avec la poudre suivante : dermatol, oxyde de zinc, talc, parties égales. Les bains et les nettoyages à l'éponge seront suspendus pendant toute la durée de la maladie. On combattra le refroidissement par des boules d'eau chaudes ou en plaçant l'enfant dans une couveuse.

CHAPITRE VI

ABCÈS MULTIPLES DES NOURRISSONS

Les abcès du tissu cellulaire sous-cutané sont particulièrement fréquents dans la première enfance. En dehors des cas où ils sont l'expression d'une affection générale, telle que la scrofule, la syphilis, une fièvre éruptive, le puerpérisme infectieux, l'érysipèle, il n'est pas rare de rencontrer, dans la première année, des abcès survenant sous la peau chez des enfants le plus souvent chétifs et mal nourris, mais jouissant parfois aussi d'une bonne santé.

Ces abcès sont généralement multiples ; ils siègent de préférence là où le tissu adipeux est peu abondant, au cuir chevelu, aux talons, aux coudes, ou dans les points particulièrement exposés aux frottements (Roulland) (1) ; on les observe aussi aux cuisses, au pourtour de l'anus, sur les parois de l'abdomen, au-devant du cou (Vilcoq) (2), etc. Ils apparaissent sous la forme de petites tumeurs fluctuantes, de volume variable, renfermant une quantité parfois assez considérable de pus, et guérissent rapidement à la suite d'une incision ou de leur ouverture spontanée, mais on les voit souvent récidiver sur un autre point du corps.

L'origine de ces abcès est difficile à expliquer ; ce ne sont pas des furoncles, car ils ne renferment aucun bourbillon. Escherich (3) pense qu'ils sont dus à l'inflammation des glandes sébacées quand ils sont superficiels, et des glandes sudoripares quand ils sont plus profonds ; l'introduction dans ces glandes du *Staphylococcus albus* ou *aureus* paraît être la cause de la suppuration. C'est à la même conclusion qu'est arrivé Longard (1) à la suite d'essais de culture et d'expérimentation sur es animaux ; il a constaté l'existence des mêmes microbes dans le pus provenant des abcès des glandes sudoripares chez les petits enfants et a reproduit la maladie chez le lapin par l'inoculation des cultures.

(1) Roulland, *Ann. de gynécol.*, févr. 1888.
(2) Vilcoq, *Revue mens. des mal. de l'enf.*, 1889, p. 63.
(3) Escherich, *Münch. med. Woch.*, 1886, nos 51 et 52.

Le traitement de ces abcès consistera dans l'incision précoce suivie d'un lavage de la cavité avec une solution d'acide salicylique à 3 pour 1000 et d'un pansement antiseptique. On cherchera à prévenir les récidives par des lotions avec une solution boriquée et par des soins minutieux de propreté du corps et des vêtements. Nous préférons ces moyens aux bains de sublimé préconisés par Escherich et Longard, qui nous semblent présenter plus de danger que d'avantage quand les abcès sont nombreux.

CHAPITRE VII

SCLÉRÈME

Nous décrivons sous le nom de *sclérème* une affection du premier âge connue également sous le nom d'*œdème des nouveau-nés*, et très différente de la *sclérodermie*, maladie rare dans l'enfance, que nous avons décrite plus haut.

ÉTIOLOGIE. — Le sclérème est une affection qui se rencontre presque exclusivement chez les nouveau-nés ; Billard et Suckling ont tous les deux observé un cas de sclérème congénital. La maladie survient le plus souvent dans les premiers jours qui suivent la naissance. Valleix (2) ne l'a jamais vue débuter après le troisième jour ; Isambert (3) a rapporté cependant une observation de sclérème avec œdème qui se développa chez un enfant de treize mois, et Barlow (4) cite un cas analogue relatif à un garçon de trois ans et demi, mais ces faits sont très exceptionnels. La maladie est plus fréquente chez les garçons que chez les filles.

Le sclérème atteint presque toujours les enfants mal vêtus, mal nourris, et surtout ceux qui naissent avant terme ou dans un état de débilité extrême ; il s'observe principalement dans les hôpitaux et les asiles d'enfants trouvés. Le *froid* est considéré comme une des causes déterminantes du sclérème ; les statistiques de Billard et de Bouchut établissent que la maladie est plus fréquente en hiver que dans les

(1) Longard, *Arch. für Kinderheilk.*, 1887, VIII, p. 369.
(2) Valleix, *Clin. des mal. des enf. nouveau-nés*, 1838, p. 601.
(3) Isambert, *Gaz. hebd.*, 1863, p. 840.
(4) Barlow, *Obstetric. Journ. of Great Britain*, 1876, p. 451.

mois chauds de l'année, mais elle peut néanmoins s'observer en toute saison.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les téguments présentent une dureté remarquable chez les enfants qui ont succombé au sclérème. Si l'on fait une incision à travers la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, il sort en général par cette ouverture une quantité assez abondante d'un liquide légèrement visqueux et jaunâtre. D'après Valleix, l'infiltration cellulaire sous-cutanée est un phénomène constant dans la maladie, de là le nom d'œdème des nouveau-nés qu'il lui avait donné. Cependant on observe quelquefois chez les petits enfants un sclérème sans œdème ; cette forme de la maladie se rencontre surtout chez les sujets déjà épuisés par une maladie antérieure, telle que la pneumonie ou l'entérite [Clementovski (1), Parrot].

Le tissu adipeux sous-cutané est en général d'une coloration rouge, plus ou moins vive; il se présente sous la forme de grains séparés par des lamelles de tissu cellulaire remplies de sérosité ; l'infiltration s'étend parfois aux interstices des muscles, mais y est généralement peu abondante. Dans les points où le tissu adipeux n'est pas œdématié, la peau semble collée aux parties sous-jacentes et les lobules de graisse sont serrés les uns contre les autres. Dans un cas observé par Ballantyne (2), la peau et le tissu graisseux sous-cutané paraissaient épaissis par une néoformation de tissu cellulaire.

Les organes internes présentent des lésions assez diverses. Le cerveau est généralement congestionné; dans un cas observé par Clementovski, la substance corticale des hémisphères était le siège d'une hypérémie intense qui lui donnait une coloration rouge foncé. Le tissu cérébral et les méninges sont quelquefois gorgés de sérosité. Les organes thoraciques présentent en général des lésions analogues, les plèvres et le péricarde renferment un liquide séreux; le poumon est œdématié, il est congestionné surtout à sa base, et on y rencontre fréquemment des foyers apoplectiques (Hervieux) (3). Très souvent aussi il est le siège d'une *atélectasie* plus ou moins étendue ; d'après West, cette dernière lésion se rencontre dans le sclérème beaucoup plus souvent que la pneumonie, avec laquelle elle a été confondue. Le cœur est fréquemment en état de dégénérescence graisseuse. Dumas (4) a constaté dans un cas une thrombose de deux veines fémorales. Le péritoine est quelquefois le siège de suffusions sanguines et d'un épanchement séreux. Le tissu du foie, de la rate et des reins est graisseux et ramolli. Ballantyne a trouvé dans un cas les lésions de la néphrite aiguë.

(1) Clementovski, *Oester. Jahrb. für Pæd.*, 1873, I, p. 1.
(2) Ballantyne, *Brit. med. Journ.*, 21 févr. 1890.
(3) Hervieux, *Gaz. hebd.*, 1863, p. 489.
(4) Dumas, *Ann. de gynéc.*, déc. 1887 et janv. 1888.

PATHOGÉNIE. — La pathogénie du sclérème est encore obscure ; il est probable que sous l'influence de la faiblesse congénitale de l'enfant et du développement incomplet des poumons qui en est la conséquence, la respiration se fait mal ; de là une gêne dans la circulation et une diminution dans la chaleur animale, qui se traduisent par des épanchements séreux et une coagulation partielle de la graisse à la face interne de la peau. On sait que la graisse du nouveau-né est plus riche que celle de l'adulte en acide palmitique et en acide stéarique, ce qui la rend plus coagulable. Les recherches de Knöpfelmacher (1) confirment cette manière de voir ; il a démontré que le contenu en acide oléique de la graisse du nourrisson est très inférieur à la naissance à ce qu'il est chez l'adulte et qu'il n'atteint la proportion de celui-ci qu'à la fin de la première année. L'amaigrissement augmente encore la pauvreté de la graisse du nouveau-né en acide oléique. Il en résulte que le sclérème s'observe principalement dans les premiers mois et ne se voit plus après le sixième, parce que la quantité d'acide oléique est alors assez élevée pour s'opposer à la solidification de la graisse sous l'influence de l'abaissement de la température et de la perte de liquide.

Suivant quelques auteurs, l'endurcissement des téguments est le phénomène primitif, et l'œdème sous-cutané serait le résultat de la gêne qu'éprouve la circulation capillaire de la peau.

DESCRIPTION. — Le sclérème survenant généralement chez des enfants déjà chétifs et atteints d'un épuisement précoce, le début de la maladie peut passer inaperçu.

Le premier symptôme qui frappe l'attention est l'endurcissement de la peau ; ce phénomène se manifeste d'abord dans un point limité de l'enveloppe cutanée, le plus souvent au niveau du mollet; de là il s'étend au pied, à la cuisse, puis au reste du corps. Dans quelques cas, il se montre en premier lieu au visage. Les parties indurées conservent parfois au début leur coloration normale ; habituellement elles sont d'une teinte violette plus ou moins foncée, surtout aux extrémités et à la face ; les lèvres sont cyanosées ; quelquefois le corps tout entier est d'un rouge foncé ou présente des taches violacées séparées par des intervalles plus clairs (Valleix). Plus tard, la peau prend une teinte cireuse ou jaune terne qui s'étend aux sclérotiques. Sa consistance est dure et résistante, elle se laisse difficilement plisser; cependant, lorsqu'on exerce sur elle une forte pression avec le doigt, elle en garde quelques instants l'empreinte; elle présente en général un certain degré de tuméfaction déterminé par l'œdème. Ce phénomène est surtout sensible sur le dos du pied, qui offre quelquefois l'aspect d'un vrai bourrelet; parfois aussi les paupières sont

(1) Knöpfelmacher, *Jahrb. für Kinderheilk*, 1897, t. XLV, p. 177.

gonflées au point de devenir demi-transparentes (Valleix). Les membres conservent leur mobilité les premiers jours, mais les mouvements des lèvres sont entravés par la raideur des téguments ; la succion devient impossible. Lorsque le sclérème est généralisé, le corps acquiert dans quelques cas une raideur telle qu'on peut le soulever d'une seule pièce. La sensibilité de la peau est conservée.

La température du corps décroît rapidement; ce symptôme apparaît en général dès le début de la maladie. La peau est froide au toucher, particulièrement au niveau des surfaces durcies. La diminution de la chaleur animale atteint un degré qu'elle ne présente dans aucune autre maladie ; ainsi, chez 29 enfants affectés de sclérème, observés par Roger (1), le thermomètre placé dans l'aisselle descendit 19 fois au-dessous de 33° et 7 fois au-dessous de 26° ; chez un des petits malades, il tomba jusqu'à 22°. Parrot a constaté dans un cas une température rectale de 21°,8. Le corps résiste à tous les moyens employés pour le réchauffer ; l'explosion d'une pneumonie ne suffit même pas à ramener la température à la normale (Gerhardt). Malgré cette diminution extrême de la température, la vie de l'enfant peut se prolonger encore pendant quelques jours. Le refroidissement s'accroît en général avec les progrès de la maladie ; dans quelques cas, cependant, le thermomètre présente des oscillations diverses ou même une légère élévation dans les derniers jours de la vie (Roger).

Le pouls et la respiration se ralentissent en raison directe de l'abaissement de la température ; Roger n'a constaté dans un cas que soixante pulsations, chiffre très peu élevé pour un nouveau-né ; chez un de ses petits malades, le chiffre des respirations était tombé à quatorze. Les mouvements respiratoires sont généralement embarrassés, les inspirations sont pénibles, courtes et séparées par des intervalles pendant lesquels le thorax reste immobile ; quelquefois elles sont presque imperceptibles. Le cri a un timbre aigu, mais très faible et souvent étouffé. L'enfant est plongé dans un état d'engourdissement général, les paupières sont constamment fermées, même dans les cas où elles ne sont pas œdématiées ; l'appétit est nul, la langue est froide. Le petit malade s'éteint en général progressivement et succombe sans agonie pénible.

La mort survient habituellement au bout de trois à cinq jours ; parfois cependant on l'a vue tarder jusqu'au vingtième jour. Dans les cas rares où la maladie tend vers la guérison, la circulation et la respiration se raniment peu à peu, le corps se réchauffe, l'appétit renaît, l'induration des tissus diminue, puis disparaît, l'allaitement redevient possible, et les forces se rétablissent ; quelquefois néanmoins cette marche favorable s'arrête au bout de peu de jours, et l'enfant succombe à l'affaiblissement général ou à une complication.

(1) Roger, *Rech. clin. sur les mal. de l'enf.* Paris, 1872, I, p. 405.

DIAGNOSTIC. — L'endurcissement des téguments et l'abaissement de la température sont des symptômes pathognomoniques, qui ne permettent de confondre le sclérème avec aucune autre maladie. Dans l'*érysipèle des nouveau-nés*, on peut observer aussi une infiltration et une induration de la peau et du tissu cellulaire, mais ces phénomènes sont généralement localisés à une partie de la peau ; ils s'accompagnent d'ailleurs de douleur, de fièvre avec élévation de la température, symptômes qui n'existent jamais dans le sclérème.

PRONOSTIC. — Le sclérème est toujours une affection grave ; les cas de guérison sont rares. La faiblesse extrême de l'enfant au moment où il est pris de la maladie, la généralisation de l'induration à toute l'enveloppe cutanée et l'abaissement extrême de la température sont les indices les plus fâcheux pour le pronostic. Dans les cas où la tuméfaction reste partielle, on peut espérer la guérison ; nous en avons observé plusieurs exemples.

TRAITEMENT. — Le traitement du sclérème sera surtout dirigé contre le refroidissement du corps ; on pratiquera sur la peau des frictions excitantes, et on y appliquera des sachets de sable chaud ; on plongera l'enfant dans un bain d'eau chaude ou dans un bain de vapeur ; on le maintiendra jusqu'à son entière guérison dans une couveuse. Malheureusement, ces moyens échouent le plus souvent, le corps perd presque immédiatement la chaleur qui lui a été communiquée artificiellement. Roger conseille, pour les cas où l'abaissement de la température n'est pas encore très considérable, des affusions froides ou des frictions sur les membres avec de la glace, dans le but de provoquer une réaction favorable. Le gavage sera pratiqué quand l'enfant sera trop faible pour teter. L'alcool administré par la bouche ou en lavement et les injections de sérum artificiel pourront être également essayées pour soutenir les forces défaillantes.

Legroux (1) a préconisé le *massage* méthodique comme un procédé de traitement du sclérème des nouveau-nés ; le massage facilite la résorption de l'œdème et active les mouvements respiratoires ; il a donné quelques succès, mais il doit être combiné avec les moyens déjà indiqués. Il en est de même de l'exposition de l'enfant sur des vapeurs de benjoin, traitement qui donne parfois de bons résultats (Depaul).

(1) Legroux, *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1885, n° 14.

CHAPITRE VIII

TÉTANOS

ÉTIOLOGIE. — L'étiologie du tétanos des nouveau-nés est la même que celle du tétanos traumatique, qui est dû à l'infection des plaies en suppuration par le bacille de Nicolaier. Peiper (1) a réussi à déterminer un tétanos expérimental chez les souris en inoculant à ces animaux des fragments de tissus provenant de l'ombilic d'un nouveau-né tétanique. Kitasato (2) a pu même retirer le bacille tétanique de la sécrétion sanguinolente de l'ombilic et le cultiver à l'état pur. Il faut donc admettre comme la cause efficiente de la maladie l'infection de la plaie ombilicale par les impuretés provenant d'un sol tétanifère ou de plaies tétaniques. Le seul cas que nous en ayons observé à Genève est celui d'un enfant né dans une cabane de chiffonnier.

L'infection de l'air avait paru dans plusieurs cas être la cause d'épidémies de tétanos des nouveau-nés. Ainsi à Westmannoé, sur la côte méridionale de l'Islande, plus de la moitié des enfants qui venaient au monde dans les misérables huttes enfumées des pêcheurs succombaient à ce redoutable fléau entre le cinquième et le douzième jour après leur naissance ; la maladie disparut dès qu'on eut purifié l'air des habitations et installé de bonnes maternités (Schleissner). Le tétanos a été observé aussi de temps à autre dans de grandes maternités (Copenhague, Pétersbourg, Dublin). Il y a soixante ans, près de 1 pour 6 des enfants nés dans la maternité de Dublin succombaient au trismus dans la quinzaine qui suivait la naissance ; des mesures efficaces ayant été prises pour purifier l'hôpital, la mortalité des nouveau-nés tomba à 1 pour 20, puis à 1 pour 60, et sur ce nombre le tétanos ne figurait dans la mortalité que pour 1 pour 9 (West). Keber (3) a signalé une épidémie de tétanos des nouveau-nés survenue dans la clientèle d'une sage-femme à Elbing dans le Holstein ; la maladie avait été attribuée à l'administration de bains trop chauds aux enfants ; il y eut plus probablement transmission de l'infection.

Le tétanos des nouveau-nés est très rare dans nos climats ; il sévit principalement soit dans le nord de l'Europe, soit dans les pays chauds (Cayenne, Java, Ceylan), où il atteint de préférence les enfants de la race noire.

(1) Peiper, *Deutsch. Arch. für klin. Med.*, 1891, XLVII, nos 1 et 2.
(2) Voir : Baginsky, *Deutsche med. Woch.*, 1891, no 7.
(3) Keber, *Monatschr. für Geburtsk.*, 1868.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Parmi les résultats assez discordants donnés par les autopsies des enfants morts de tétanos, il faut relever néanmoins la fréquence de la congestion médullaire et des extravasations sanguines à la face externe de la dure-mère rachidienne ; ces lésions sont peut-être dues à l'infection ou plus probablement consécutives aux convulsions.

DESCRIPTION. — La maladie éclate habituellement le premier ou le second jour après la naissance, plus rarement après le quatrième jour, exceptionnellement après le neuvième jour. Sur 93 cas de trismus des nouveau-nés observés de 1863 à 1872 à la maternité de Copenhague, un seul éclata le douzième jour (Stadfeldt) (1).

Le début est annoncé par des cris continuels d'un timbre plus sourd que le cri naturel. L'enfant saisit encore le mamelon, mais il l'abandonne bientôt, ne pouvant réussir à teter. Bientôt la mâchoire inférieure se raidit, la bouche reste entr'ouverte, le carré du menton forme un relief très apparent et prend la dureté du bois, les lèvres sont immobiles, les mouvements de la langue deviennent de plus en plus difficiles ; la déglutition n'est possible qu'au début ou dans les cas légers.

La contracture ne tarde pas à s'étendre aux muscles du dos et des extrémités ; le malheureux petit être présente alors la rigidité d'une barre de fer incurvée en arrière (*opisthotonos*). La contracture offre moins de rémittence que chez l'adulte.

La coloration de la peau passe du rouge au violet. On observe de la fièvre dès le début ; la température, qui dépasse 40° dès les premières heures, peut atteindre dans les derniers moments 43° et même 44°. Néanmoins, dans les cas légers, Monti (2) a constaté l'absence de fièvre et d'élévation de température. Dans un cas qui se termina favorablement, après une durée de vingt-huit jours, Hryntschak (3) a même vu la température anale s'abaisser jusqu'à 35°,3.

La mort arrive parfois au bout de quelques heures ou d'un jour ; elle ne survient presque jamais au delà du quatrième ou du cinquième jour de la maladie.

La guérison est exceptionnelle et ne s'observe que dans les cas tardifs qui ont débuté de trois à cinq jours après la naissance. On ne peut espérer une terminaison favorable que si la vie se prolonge au delà du sixième jour de la maladie et si la température reste peu élevée (Monti).

PRONOSTIC et TRAITEMENT. — Hüttenbrenner (4) distinguait deux variétés de tétanos chez les nouveau-nés : l'une *infectieuse*, à

(1) Stadfeldt, *Archiv der Tocologie*, juillet 1874.
(2) Monti, *Jahrb. für Kinderheilk.*, 1869, II, p. 298.
(3) Hryntschak, *Arch. für Kinderheilk.*, 1883, IV, p. 35.
(4) Hüttenbrenner, *Jahrb. für Kinderheilk.*, 1873, VII, p. 40.

marche rapide, à température très élevée, qui est probablement l'expression symptomatique d'une intoxication du sang ; l'autre *réflexe*, à durée plus longue, à température normale ou inférieure à 39°, due très vraisemblablement, suivant lui, à une excitation nerveuse périphérique. La première est presque absolument fatale ; la seconde laisse plus de chances favorables, et c'est à elle qu'il faudrait rapporter presque tous les cas de guérison publiés. Si l'on rapproche ce fait de la diversité des médications employées dans les cas heureux et de la rareté de la guérison en général, on en conclura qu'il n'existe pas de spécifique contre le tétanos, et que la thérapeutique en est réduite à la médecine des symptômes.

On a cité des cas de guérison du tétanos des nouveau-nés par l'huile de térébenthine (Byrd), par la fève de Calabar (Kirchstetter), par le chloral, par l'atropine, par le cannabis indica, par le sulfonal, etc.

L'*extrait de fève de Calabar* a été administré à l'intérieur et en injections sous-cutanées. C'est ce dernier mode qui paraît préférable. La dose pour chaque injection varie de 5 milligrammes à 1 centigramme ; s'il n'y a pas de détente musculaire au bout de dix ou quinze minutes, on répète l'injection jusqu'à ce qu'on observe une amélioration et, quand on a obtenu une rémission, on ne renouvelle l'injection qu'à la réapparition des convulsions toniques. Monti (1) a vu survenir la guérison dans un cas après une dose totale de 40 centigrammes répartie sur huit jours, dans un second cas dès le premier jour après deux injections de 1 centigramme chacune. Par contre, Ingerslev a employé cette médication sans résultat chez quatre enfants atteints de trismus et qui succombèrent tous dans les vingt-quatre heures.

Le *chloral* a tantôt réussi (1 cas d'Auchenthaler, 3 cas de Monti, 2 cas d'Hüttenbrenner, 1 cas de Hryntschak), tantôt échoué (8 cas de Steiner, 1 cas d'Hüttenbrenner, etc.), et l'on peut se demander, avec Steiner, si dans les cas de guérison la terminaison n'eût pas été la même sans le chloral ; on ne peut nier néanmoins que ce médicament ne diminue la contracture dans un court espace de temps. Il devra être donné à doses fractionnées de 5 à 10 centigrammes par le rectum et non par le nez, l'irritation de la muqueuse nasale pouvant augmenter momentanément les convulsions toniques. Dans le cas de Hryntschak, la dose journalière fut portée jusqu'à 1 gramme.

Le *cannabis indica* (Bouchut) peut être donné à l'intérieur sous forme d'extrait alcoolique étendu d'eau, à la dose de 5 à 8 centigrammes toutes les deux heures.

Le *sulfonal* a été administré par Bérenyi (2) à l'intérieur et en lavement à la dose de 0,20 à un nouveau-né qui guérit après

(1) Monti, *Jahrb. für Kinderheilk.*, 1869, II, p. 298.
(2) Bérenyi, *Pest. med. chir. Presse*, 1891, n° 3.

six jours de traitement ; il avait pris en tout 10 grammes du médicament, sans avoir éprouvé de somnolence ou d'autre inconvénient de la médication.

Le traitement de Bacelli contre le tétanos des adultes, consistant dans l'injection sous-cutanée d'acide phénique au 2 pour 100, a donné un succès dans le tétanos des nouveau-nés (1).

Les injections de *sérum antitoxique* proposées par Tizzoni et Cattani ont donné également un succès entre les mains de ces auteurs, mais ont été sans action dans un cas où elles ont été essayées par Kitasato (2). Escherich (3) a obtenu une guérison sur 4 cas par les injections de sérum antitétanique. Nous ne connaissons pas de cas où l'injection intracérébrale du sérum ait été tentée chez le nouveau-né.

L'inanition sera combattue par l'injection forcée de lait par la bouche ou par le nez.

La meilleure *prophylaxie* du tétanos des nouveau-nés consistera dans un pansement antiseptique, mais non irritant, de la plaie ombilicale, dans une aération convenable et dans la préservation des nourrissons contre l'impression du froid. Les enfants atteints de tétanos dans une maternité doivent être isolés avec soin des autres nourrissons. Baumes (4) rapporte que beaucoup de nègres à Cayenne sont parvenus à soustraire leurs enfants au tétanos en oignant leur corps d'une substance huileuse pendant les neuf jours qui suivent la naissance. Les injections prophylactiques de petites doses de sérum antitétanique pourraient être essayées dans les cas où la maladie régnerait épidémiquement.

(1) Voir : Comby, *Traité des mal. de l'enf.*, 3e éd. Paris, 1899, p. 149.
(2) Voir : Baginsky, *loc. cit.*
(3) Escherich, *Wien. klin. Woch.*, 1893, p. 586.
(4) Baumes, *Traité des convulsions de l'enfance*. Paris, 1802, p. 361.