

nouveau mentionné
après 1895
Vol XV
N 120

C'est une enfant grande, bien conformée, bien musclée, assez émotive, « très nerveuse », dit la mère. La face est un peu pâle, les yeux sont cernés de noir, les lèvres sont d'un rouge vif.

Le ventre est normal d'aspect ; la palpation n'est pas douloureuse ; le siège de la douleur spontanée est cependant bien au niveau du gros intestin. Pas de tension exagérée.

Traitement. — Je fais appliquer des compresses chaudes matin et soir sur le ventre ; ce traitement suffit à faire disparaître les crises douloureuses.

Je revois l'enfant 15 jours plus tard ; elle a meilleure mine et se sent bien.

C'était une entéralgie simple.

Colite chronique ; poussée aiguë cholériforme. Traitement par le sérum artificiel et les lavages. Guérison. — M..., 20 mois. M'est amené de la mer où on l'a conduit au mois d'août pour chercher la guérison (?) à une entérite muqueuse datant de quelques mois. Il est en algidité, inerte, les yeux excavés, sans voix, la bouche sèche, le ventre creux ; il rend constamment des matières glaireuses, claires ou verdâtres d'odeur fade, sans aucune trace de matières fécales.

Traité par les lavages répétés d'intestin, les injections de sérum artificiel (sel marin à 7/1000), l'enfant se rétablit lentement, et au bout de 15 jours peut repartir pour son pays.

✓
Fondation du pavillon des enfants débiles à la Maternité de Paris. — Son fonctionnement. — Observations et remarques faites dans ce pavillon, par M^{me} HENRY.

Le 13 juillet 1881, lors de ma nomination de sage-femme en chef à la Maternité, M. le professeur Tarnier, en me faisant visiter les différents services de l'hôpital, me mit au courant des améliorations et changements qu'il avait obtenus et de ceux qu'il projetait. Il me montra dans la salle des nourrices, appelée « la crèche », une couveuse qu'il venait de faire construire.

Il m'en expliqua le mécanisme, me dit tous les avantages qu'on pourrait en retirer pour les enfants nés prématurément ou débiles, me demanda de l'aider dans ses recherches et me

fit recommencer les expériences qu'il avait déjà faites. Tout le monde, aujourd'hui, reconnaît non seulement l'inocuité des couveuses, mais encore les excellents résultats qu'elles donnent.

Il n'en était pas de même en 1881; à cette époque, il était bon de prouver qu'un être vivant pouvait continuer à vivre dans cet appareil. Le premier enfant mis dans une couveuse était presque mourant; il fut, grâce à ce moyen, rapidement ranimé et sauvé.

Ce premier essai ayant réussi, d'autres enfants y furent mis et sauvés aussi.

Ces succès furent bientôt connus, non seulement dans le monde médical, mais encore en dehors de ce milieu. La presse s'empara de ce sujet. Au point de vue de la découverte et des services qu'elle pouvait rendre, cette publicité était parfaite, mais elle nous créa, très vite, des embarras matériels. On nous apportait souvent des enfants nés en ville; or, nous n'avions que six couveuses et cinq nourrices; cela était à peine suffisant pour les enfants débiles nés à la Maternité. Comme il était impossible de ne pas admettre ces enfants à la crèche de l'hôpital, notre service fut bientôt encombré.

Pour remédier à ces inconvénients, il n'y avait qu'un moyen, faire créer un service spécial. J'en parlai à M. Tarnier: il m'approuva et m'encouragea beaucoup, mais pour réaliser ce projet il fallait de l'argent. J'essayai de fonder une société qu'on appela « *l'Œuvre des couveuses* »; elle me procura assez facilement, avec des souscriptions et quelques dons, une dizaine de mille francs; cela était insuffisant. J'allai alors trouver M. Peyron, directeur général de l'Assistance publique; je lui parlai des difficultés matérielles du service de la crèche, il m'écouta avec bienveillance, comprit toute l'importance de la fondation que je sollicitais, me demanda de lui écrire tout ce que je venais de lui dire, ajoutant: « Trouvez encore un peu d'argent et nous vous aiderons. » — Je m'adressai alors au Conseil municipal de Paris. M. Paul Strauss voulut bien étudier la question, et la présenter au Conseil. M. Peyron consulté, donna un avis favorable et, en 1891, la création du service fut

vote; une somme de 40,000 francs, prise sur le pari mutuel fut accordée.

Les plans de M. Rochet, architecte de l'Assistance publique, furent adoptés. On décida que le pavillon serait construit avec des carreaux de plâtre. M. Imard (ancien architecte et inspecteur de l'Assistance publique) voulut bien nous aider de ses conseils.

Le pavillon terminé, les frais dépassèrent de 17,000 francs, je crois, la somme prévue. Le Conseil municipal accorda à nouveau cette somme.

MM. Peyron, directeur général, Rousselle, président du Conseil municipal et le Dr Dubrisay, vinrent visiter la nouvelle construction, ils la trouvèrent très bien à l'intérieur, mais trop grise et trop triste à l'extérieur. Pour rompre la monotonie des carreaux de plâtre, nous fîmes appliquer sur les murs un treillage peint en vert sur lequel on fit grimper des plantes.

Les 10,000 francs qui m'avaient été donnés servirent à payer les appareils de chauffage, et d'autres appareils que l'administration ne pouvait pas nous donner, plus quatorze couveuses tout en verre que je fis construire sur le modèle de celles de M. Tarnier, avec quelques modifications qu'il voulut bien lui-même m'indiquer; enfin, un autoclave et tout ce qui était nécessaire pour embellir le pavillon, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur.

Le 20 juillet 1893, le pavillon fut ouvert. J'eus le bonheur de pouvoir mettre là, pour diriger le service avec moi, une de mes anciennes aides, M^{lle} Bataille, qui réunissait les trois qualités indispensables à tous ceux qui doivent diriger un service hospitalier : la bonté, l'honnêteté professionnelle et le dévouement. Aussi tout marcha-t-il très bien. Il n'y eut jamais de réclamations de la part du public, ni de reproches de l'Administration.

Malheureusement, pour des raisons personnelles, je fus obligée de donner ma démission et de quitter la Maternité, abandonnant, ainsi, le service que j'avais eu tant de plaisir à créer.

Je quittai l'hôpital à la fin de juin 1895, mais, le pavillon des débiles étant passé en d'autres mains, je ne m'en occupai plus et arrêtai ma statistique au 1^{er} janvier 1895.

Du 20 juillet 1893 au 1^{er} janvier 1895, nous avons reçu dans le service des débiles 721 enfants ; 364 sortirent en bon état, 357 moururent. Sur ces 357 enfants, 24 étaient nés avant le terme de la viabilité, 15 présentaient de graves malformations, 68 avaient été apportés mourants et étaient morts dans les 24 heures qui avait suivi leur entrée au pavillon, soit 107 enfants. Nous croyons devoir les défalquer pour faire un pourcentage juste. Nous devons donc dire : sur 614 enfants nous avons eu 250 décès. Nous acceptons tous les enfants qu'on nous apportait, débiles nés prématurément ou à terme, et ceux qui, mal alimentés, avaient besoin d'une bonne nourrice (v. tabl. p. 146 et 147).

Nous admettions même des enfants nés avant le terme de la viabilité, non seulement pour laisser une espérance aux parents, mais aussi pour savoir si nous ne pourrions pas arriver à élever des enfants ayant moins de six mois de gestation.

Nous avons une observation d'un enfant de 5 mois et demi de gestation, pesant 780 grammes ; il a vécu treize jours, il tétait un peu et digérait assez bien. Malheureusement, il mourut dans un accès de cyanose.

Entre ces deux dates : 20 juillet 1893 et 1^{er} janvier 1895, nous avons reçu 74 enfants, en très mauvais état, ayant tous été nourris artificiellement.

38 fois, on a noté sur l'observation que le lait avait été stérilisé ; 36 fois, cela n'a pas été indiqué.

Sur les 38 enfants nourris au lait de vache stérilisé, 15 moururent, soit 39,4 p. 100.

Sur les 36 observations sans indication de stérilisation du lait, 16 sont morts, soit 44 p. 100.

En réunissant les 74 observations d'enfants alimentés artificiellement, nous trouvons 31 décès, soit 41 p. 100.

Quelle est la maladie qui donne une pareille statistique ? Tous ces enfants sont morts d'entérite ou d'infections diverses ; un certain nombre venait pourtant de services hospitaliers, où ce mode d'alimentation était préconisé, et où certainement il avait dû être bien fait.

Lorsqu'on a assisté à l'agonie de ces pauvres petits êtres, on

**Tableau de la mortalité des Enfants amenés au pavillon des Débiles, du 20 juillet 1893
au 1^{er} janvier 1895**

POIDS	NOMBRE	ÉTAT A LA SORTIE		TERME APPROXIMATIF D'APRÈS LA DERNIÈRE ÉPOQUE DES RÈGLES
		Vivants	Morts	
600-650 gr.	1	1		1 de 5 mois.
650-700	1	1		1 de 5 mois.
750-800	4	3	1	2 de 5 mois 1/2. — 1 de 5 mois 1/2. — un de près de 6 mois.
800-850	2	2		2 de 5 mois 1/2.
850-900	3	2	1	2 de 5 mois 1/2. — 1 de près de 6 mois.
900-950	5	3	2	1 de 5 mois. — 4 de 5 mois 1/2.
950-1000	7	5	2	4 de 5 mois 1/2. — 2 de 5 mois 3 semaines. — 1 de 6 mois.
1000-1050	6	4	2	1 de 5 mois 1/2. — 5 de 6 mois.
1050-1100	7	1	6	1 de 5 mois 3 semaines. — 3 de 6 mois. — 1 de 6 mois 1/2. — 1 de 7 mois.
1100-1150	9	2	7	4 de 6 mois. — 3 de 6 mois 1/2. — 2 de 7 mois.
1150-1200	11	2	9	4 de 6 mois. — 7 de 6 mois 1/2.
1200-1250	16	2	14	1 de 5 mois 1/2. — 4 de 6 mois. — 8 de 6 mois 1/2. — 1 de 6 mois 3 sem. — 1 de 7 mois. — 1 de 8 mois.
1250-1300	9	1	8	5 de 6 mois. — 2 de 6 mois 1/2. — 1 de 7 mois.
1300-1350	22	6	16	2 de 6 mois. — 10 de 6 mois 1/2. — 10 de 7 mois.
1350-1400	20	6	14	2 de 6 mois. — 10 de 6 mois 1/2. — 6 de 7 mois. — 1 de 7 mois 1/2. — 1 de 8 mois.
1400-1450	12	1	11	3 de 8 mois 1/2. — 9 de 7 mois.
1450-1500	19	4	15	8 de 6 mois 1/2. — 6 de 7 mois. — un de 7 mois 1/2. — 4 de 8 mois.
1500-1550	22	5	17	1 de 6 mois. — 3 de 6 mois 1/2. — 16 de 7 mois. — 2 de 7 mois 1/2.
1550-1600	28	11	17	5 de 6 mois 1/2. — 19 de 7 mois. — 2 de 7 mois 1/2. — 2 de 8 mois.
1600-1650	19	3	16	4 de 6 mois 1/2. — 2 de 7 mois. — 4 de 7 mois 1/2. — 2 de 8 mois.
1650-1700	12	7	5	1 de 6 mois. — 7 de 7 mois. — 1 de 7 mois 1/2. — 2 de 8 mois. — 1 de 9 mois.
1700-1750	35	17	18	2 de 6 mois 1/2. — 20 de 7 mois. — 8 de 7 mois 1/2. — 4 de 8 mois 1/2. — 1 de 9 mois.
1750-1800	31	19	12	1 de 6 mois 1/2. — 19 de 7 mois. — 6 de 7 mois 1/2. — 5 de 8 mois.
1800-1850	29	16	13	8 de 7 mois. — 14 de 7 mois 1/2. — 6 de 8 mois. — 1 de 9 mois.
1850-1900	31	15	16	14 de 7 mois. — 5 de 7 mois 1/2. — 11 de 8 mois. — 1 de 9 mois.
1900-1950	20	10	10	7 de 7 mois. — 11 de 7 mois 1/2. — 2 de 8 mois.
1950-2000	26	18	8	3 de 7 mois. — 7 de 7 mois 1/2. — 11 de 8 mois. — 5 de 9 mois.
2000-2100	32	22	10	4 de 7 mois. — 3 de 7 mois 1/2. — 20 de 8 mois. — 5 de 9 mois.
2100-2200	42	28	14	3 de 7 mois. — 6 de 7 mois 1/2. — 23 de 8 mois. — 3 de 8 mois 1/2. — 7 de 9 mois.
2200-2300	91	16	75	
	23	23	6	

2900-3000	11	5	6	7 de 8 mois 1/2. — 3 de 8 mois 1/2. — 10 de 9 mois.
3000-3100	14	7	7	1 de 7 mois. — 1 de 8 mois 1/2. — 9 de 9 mois.
3100-3200	13	12	1	1 de 8 mois. — 13 de 9 mois.
3200-3300	13	8	5	1 de 7 mois (apporté à 3 mois). — un de 8 mois 1/2. — 11 de 9 mois.
3300-3400	7	6	2	1 de 8 mois 1/2. — 12 de 9 mois.
3400-3500	6	4	2	1 de 6 mois 1/2 (apporté à 6 mois 18 jours). — 6 de 9 mois.
3500-3600	9	6	3	1 de 8 mois 1/2. — 5 de 9 mois.
3600-3700	1	1	3	9 de 9 mois.
3700-3800	4	2	2	1 de 9 mois.
3800-3900	»	»	2	4 de 9 mois.
3900-4000	1	»	»	»
4000-4100	1	1	»	1 de 9 mois.
4100-4200	4	2	2	4 de 9 mois.
4200-4300	1	1	»	1 de 9 mois.
4300-4400	2	2	»	2 de 9 mois.
4400-4500	»	»	»	»
4500-4600	1	1	»	1 de 9 mois.
4600-4700	1	1	»	1 de 9 mois.
4700-4800	0	0	»	1 de 9 mois.
4800-4900	1	1	»	1 de 9 mois (apporté à 8 mois 2 jours).
4900-5000	1	1	»	1 de 9 mois (apporté à 3 mois 16 jours).
5000-5740	1	1	»	1 de 9 mois (apporté à 7 mois 1/2).
6060	1	1	»	1 de 9 mois.
	721	364	357	

{ nés avant 6 mois de gestation..... 24
 { présentant de graves malformations 15
 { morts dans les 24 heures qui ont suivi l'entrée au Pavillon. 68
 Total..... 107

Dans les 357 morts sont comptés

Si l'on fait abstraction, sur les chiffres totaux, de ces 107 cas pour lesquels on ne peut apprécier l'effet des soins donnés au Pavillon des Débiles, il reste 614 enfants vivants contre 250 enfants morts, soit une proportion de 40,71 p.100 de mortalité.

s'étonne qu'on ose encore prôner ce genre d'alimentation.

Déjà en 1883, M. Tarnier nous faisait stériliser le lait qu'on donnait aux enfants nés à la Maternité. Ce lait était mis dans une marmite américaine. Pour porter à plus de 100° la température du liquide dans lequel plongeait le récipient, il nous a fait employer de l'huile (1), puis de l'eau additionnée de chlorure de sodium. Il espérait ainsi assurer la stérilisation complète du lait.

Nous avons de cette façon expérimenté le lait stérilisé non coupé avec un tiers ou avec moitié d'eau, et enfin le lait stérilisé avec du bouillon, non salé, par parties égales.

* Les marmites américaines restaient une heure dans le liquide en ébullition. Lorsqu'on enlevait le couvercle, il n'y avait pas de frangipane sur le lait. On le versait immédiatement, dans de petits verres contenant 50 ou 60 grammes et qui servaient à faire boire les enfants.

Avec ces différentes préparations, nous avons nourri un certain nombre d'enfants. Avec aucune d'elles nous n'avons pu continuer l'allaitement artificiel au delà de quelques jours, une semaine, deux au plus. L'état de l'enfant nous a toujours forcé à l'interrompre, momentanément ou définitivement, pour le remplacer par l'allaitement naturel ou direct, soit que l'enfant diminuât ou qu'il eût trop de diarrhée.

Nos observations ont toutes été contrôlées par M. Tarnier; sur chaque feuille, nous avons noté la préparation employée, le nombre et les heures des repas, la quantité de lait prise dans les 24 heures, l'état de l'enfant, sa température du matin et celle du soir, le nombre et l'aspect des garde-robes. Pour 90 de ces observations, j'ai copié, tous les jours, à l'aquarelle, la couleur des selles. Toutes ces aquarelles ont été vues aussi par M. Tarnier, qui les comparait à la couche de l'enfant. On en trouvera un spécimen joint à cette étude.

(1) Pendant l'ébullition l'huile répandait une odeur si désagréable que nous avons dû renoncer à ce moyen.

Tous les matins et tous les soirs, l'enfant en observation était pesé ; ce tracé graphique est très intéressant.

Dans l'allaitement direct par une nourrice mercenaire, 5 ou 6 jours après sa naissance, l'enfant a repris son poids initial. S'il est allaité par sa mère, surtout si elle nourrit pour la première fois, ce poids n'est repris que vers le neuvième ou le dixième jour.

Dans l'allaitement artificiel, il est rare qu'il soit repris à cette époque.

Toutes les recherches que nous avons faites nous ont amené à conclure que l'allaitement artificiel était particulièrement dangereux dans les deux premiers mois qui suivent la naissance, et nous sommes convaincus qu'on a eu tort de croire que la stérilisation du lait de vache évitait tous ses dangers. Chez les enfants alimentés de cette façon, nous avons vu souvent des diarrhées vertes et nous avons toujours été frappés de la fétilité des garde-robes et des vomissements ; nous avons vu aussi presque toujours du ballonnement du ventre et un érythème persistant. Dans l'allaitement mixte, le pronostic est plus favorable, ce mode d'alimentation, surtout si les repas pris au sein sont plus nombreux, réussit assez bien. Dans ce cas, le lait et le bouillon non salé (1), stérilisés ensemble (10, 15, 20 grammes avant la tétée), nous a donné d'assez bons résultats même chez les enfants nouvellement nés. Sur 62 alimentés de cette façon 59 sont partis en bon état, 3 sont morts.

M. Michel, interne de M. Prunier, pharmacien de la Maternité, voulut bien, en 1894, nous faire quelques expériences de digestions artificielles du lait. Nous lui avons donné deux échantillons : un de lait de vache pur stérilisé, l'autre de lait et de bouillon non salé, coupé par moitié et stérilisés. Il ne savait pas ce que contenaient les deux bouteilles, la première était étiquetée n° 1, l'autre n° 2. Voici comment il a procédé et les résultats qu'il a obtenus.

(1) C'est sur le conseil de M. Tarnier que nous avons employé à la Maternité ce mode d'alimentation. Nous l'avons continué au pavillon des débiles.

Digestions artificielles de deux échantillons de lait remis à M. Michel le 8 janvier 1894 (1).

EXPÉRIENCE I

Prise d'essai... 100 c. c.

Addition de... $\left\{ \begin{array}{l} 0 \text{ gr. } 50 \text{ d'HCl.} \\ 1 \text{ gr. de pepsine amylacée du} \\ \text{Codex.} \end{array} \right.$

Digestion d'une durée de trois heures à la température de 40°.

10 c.c de chacun des échantillons ainsi traités sont évaporés à 100° (après filtration) jusqu'à dessiccation complète.

Le n° 1 (lait stérilisé pur) laisse 0 gr. 719 de résidu sec contenant les peptones et les matériaux solubles du lait.

Le n° 2 (lait et bouillon stérilisés) laisse 0 gr. 616 de résidu sec.

Les deux échantillons ont été stérilisés à l'autoclave.

EXPÉRIENCE II

Dans les mêmes conditions que la première. Mais durée de la digestion quatre heures.

Le n° 1 laisse 0 gr. 875 de résidu.

Le n° 2 laisse 0 gr. 750 —

Comparaison :

1 ^{re} EXPÉRIENCE	2 ^e EXPÉRIENCE
N° 1.... 0,719	0,875
N° 2.... 0,616	0,758
0,103	0,117

Les deux essais concordent donc pour montrer la supériorité du n° 2 quant à la quantité de principes tenus en dissolution.

Ces principes préexistaient-ils dans le lait ou bien est-ce la digestion qui les y a accumulés ?

De nouvelles expériences dans lesquelles on tiendra compte des matériaux dont le lait aura été additionné sont nécessaires.

Remarques et observations faites au pavillon des débiles.

Certaines affections sont plus fréquentes chez les enfants

nés prématurément ou débiles que chez les autres. Celles que nous avons le plus souvent remarquées à la crèche de la Maternité ou au pavillon sont :

Le sclérème,

L'ophtalmie,

Quelques affections de l'appareil respiratoire et du tube digestif.

Ces maladies sont très connues, sauf deux, peut-être, qui n'ont pas encore été, croyons-nous, complètement étudiées. La première, dont nous allons parler, est une affection des fosses nasales, non syphilitique. Elle est assez fréquente chez les enfants débiles et doit tenir : 1^o à la difficulté qu'ils ont à déglutir ; 2^o à la facilité avec laquelle ils vomissent. Dans ces deux cas, ils rejettent, très souvent, du lait par le nez ; un peu de ce lait reste à la partie supérieure du pharynx et à la partie postérieure des fosses nasales, se mélange aux sécrétions, s'altère et fermente vite. Les muqueuses, sur lesquelles il s'est déposé, s'irritent et s'enflamment. On voit alors sortir par les narines, un liquide d'apparence purulente ; si on n'arrive pas à désinfecter ces foyers, les tissus s'altèrent de plus en plus, le squelette du nez se déforme, s'aplatit, la racine se déprime plus ou moins profondément, le lobule reste seul saillant, il est petit et rond, la forme du nez est tout à fait changée, il paraît cassé. Si l'enfant guérit, le nez garde toujours cette apparence. Il est déformé comme chez les sujets atteints d'ozène syphilitique.

Tous ces petits malades ne guérissent pas ; un certain nombre meurent d'accès de cyanose simple ou de broncho-pneumonie, et présentent, quelques jours avant leur mort, une tuméfaction de la lèvre supérieure et des téguments de la face. — A l'autopsie on trouve : les fosses nasales pleines d'un détritit putride, ce détritit chassé par un filet d'eau, la muqueuse apparaît ulcérée par endroits. Rien à la coupe du cerveau, ni dans les organes, ne peut faire supposer que l'enfant a été syphilitique.

Les lavages du nez sont indiqués, mais ils sont difficiles à faire ; nous nous servions de coton hydrophile imbibé d'eau

boriquée et porté aussi loin que possible. Nous avons aussi employé la vaseline mentholée et boratée. Au moment où j'ai quitté la Maternité, je voulais faire faire un instrument pour porter plus haut les petits tampons. Mon départ m'a fait abandonner ce projet.

D'autres enfants, atteints de la même façon, meurent, avon-nous dit, de broncho-pneumonie. Cette affection, bien que localisée, d'abord, dans les fosses nasales, peut donc envahir les organes voisins et déterminer des accidents mortels. Au point de vue du retentissement des affections locales sur la santé générale, on peut comparer cette maladie à l'ophtalmie purulente des nouveau-nés.

Nous venons de faire un relevé de cette dernière maladie et nous avons trouvé sur 45 ophtalmiques, 15 décès de broncho-pneumonie, de méningite ou de convulsions sans méningite appréciable.

Chez les nouveau-nés les éléments microbiens peuvent pénétrer facilement, par cinq voies : les yeux, le nez, la bouche, l'ombilic et les oreilles. (Cette cinquième porte d'entrée nous a été signalée par M. le professeur Pinard.)

Donc ces régions doivent être l'objet d'une surveillance attentive, surtout pendant les 15 premiers jours qui suivent la naissance. Car, si certains enfants peuvent ne présenter que des accidents infectieux légers, d'autres ont des accidents graves. Ces accidents peuvent se localiser, soit que l'enfant se trouve dans un meilleur état de défense, ou que, par un traitement approprié, on arrive à empêcher la propagation de la maladie. Mais dans d'autres cas, l'infection s'étend, gagne les organes voisins et peut amener des accidents mortels.

Nous avons vu quelquefois des abcès métastatiques, ne reconnaissant pas d'autres causes, au début, qu'une infection légère d'une des régions que nous venons d'indiquer.

Parmi les affections de l'appareil respiratoire, il en est une dont la cause est assez difficile à apprécier. Nous voulons parler des accès de cyanose qu'on remarque si souvent chez les enfants nés prématurément, qui ne s'accompagnent d'aucun

signe stéthoscopique, et dans lesquels, à l'autopsie, on ne trouve rien, dans les voies aériennes, pour les expliquer.

Cette « cyanose des nouveau-nés » peut, croyons-nous, dépendre de deux causes : l'une d'origine nerveuse, l'autre d'ordre mécanique.

Origine nerveuse. — Avec cette cause, l'accès de cyanose débute sans avoir été annoncé; l'enfant, dans sa couveuse ou dans son berceau, est d'un rose plus ou moins vif, il respire régulièrement, paraît dormir, puis tout à coup il cesse de faire des mouvements respiratoires, et ne fait aucun autre mouvement, il est atone, semble oublier de respirer; son teint devient gris, puis bleuâtre, enfin presque noir. Si on ne le fait pas respirer artificiellement, il meurt.

Nous pensons qu'on peut souvent attribuer à cette cause le décès d'enfants trouvés morts dans leurs lits.

PRONOSTIC. — Il est grave; pourtant, nous avons vu un certain nombre d'enfants guérir malgré de nombreux accès.

TRAITEMENT. — Pendant l'accès, l'insufflation et les excitations sur la peau. Bains chauds, frictions à l'alcool suffisent. Sous l'influence de ces moyens, on voit ordinairement, peu à peu, la respiration se régulariser et l'enfant redevenir rose.

Dans l'intervalle des accès, il faut surveiller attentivement le petit malade, ne pas le suralimenter. Dans ces cas, nous avons donné avec avantage un peu de grog chaud, une ou deux cuillerées à café, avant les tétées; nous avons employé avec succès l'ozonateur du docteur Labbé, les inhalations d'oxygène (voir la thèse du Dr Patet, 1895) et les injections sous-cutanées de liquide testiculaire, deux piqûres par jour de 10 gouttes chacune. Sur 20 enfants auxquels ces piqûres ont été faites, 13 sont partis en bon état, 7 sont morts.

CYANOSE D'ORDRE MÉCANIQUE. — Les accès de cyanose, dans ces cas, sont dus : au développement anormal de l'estomac, ou des intestins. Ces organes, trop à l'étroit dans la cavité abdominale, refoulent le diaphragme, gênent ses mouvements, et diminuent la capacité de la cavité thoracique.

Cet état se remarque chez les enfants suralimentés et surtout

chez ceux qui sont nourris avec un lait trop riche en caséine, comme cela se voit chez les enfants alimentés artificiellement.

Dans ces cas, nous avons vu les accès de suffocation cesser après un vomissement abondant, dans lequel souvent on trouvait un caillot de caséine plus ou moins gros (1).

L'aspect de l'enfant ne ressemble pas à celui que nous avons décrit dans la cyanose d'origine nerveuse. Avec cette dernière cause l'enfant se cyanose aussi par accès, mais il n'est pas atone, il se débat, essaie de crier et enfin vomit. Habituellement, après le vomissement, l'accès cesse, l'enfant redevient rose. Le pronostic est grave aussi, mais moins grave que celui de la cyanose d'origine nerveuse.

TRAITEMENT. — Le traitement de l'accès consiste à faire respirer artificiellement l'enfant. Mais dans ce cas, nous croyons que les tractions de la langue sont préférables à l'insufflation; les excitations sur la peau rendent aussi de grands services.

Dans l'intervalle des accès, soigner les troubles digestifs et changer l'alimentation de l'enfant.

Chaque fois qu'un cas embarrassant se présentait dans le service des débiles, M. Guéniot, alors chirurgien en chef de la Maternité et M. Labadie-Lagrave, médecin de l'hôpital, ont toujours mis une très grande bonne grâce à nous aider de leurs conseils et nous leur devons, certainement, une grande part des succès que nous avons eus dans le service. Nous les prions, ici, de bien vouloir accepter nos plus sincères remerciements.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Il y a eu au mois de janvier un grand nombre de communications touchant à la pédiatrie; aussi nous a-t-il semblé préférable de les résumer sous forme de revue au lieu de les exposer par rubriques comme nous l'avons fait jusqu'à présent.

(1) M. Tarnier en cite un cas.