

entre le pouce et l'index le noyau que l'on sent à la partie centrale de l'aréole, à l'énucléer afin de le rendre saillant et de permettre au nouveau-né de le saisir. En répétant à chaque tétée cette petite opération, on voit souvent le mamelon ne plus rentrer et conserver sa configuration normale. Dans d'autres cas, les mamelons ombiliqués sont au contraire irréductibles, ils semblent retenus dans la profondeur de la mamelle par une sorte de tractus fibreux, par conséquent inextensible, ne permettant pas l'énucléation. Lorsqu'on tente l'allaitement dans ces conditions, le mamelon rentré paraît attiré avec plus de force dans la profondeur sous l'influence du réflexe produit par la succion ; le thélisme s'exagère en dedans au lieu de se manifester au dehors. L'allaitement est rarement possible dans cette malformation anatomique ; parfois cependant l'enfant arrive à former une sorte de mamelon factice aux dépens de la peau de l'aréole.

Tantôt, au contraire, il s'agit de gros bouts de sein offrant un aspect framboisé avec des sillons profonds qui limitent des tubercules exubérants ; souvent même ces mamelons représentent une véritable massue, rattachée au centre de l'aréole par un pédicule plus étroit que l'extrémité libre.

La véritable cause déterminante est le mode de succion de nouveau-né ; certains enfants semblent avoir la bouche plus dure. Nous avons constaté à plusieurs reprises que des femmes ayant allaité une première fois sans incidents présentaient des crevasses à un autre allaitement, alors que les mêmes précautions avaient été prises. Dans ces cas, l'enfant produit dès les premières tétées des phlyctènes sanguinolentes sur le bout des seins ; ces phlyctènes crèvent aux tétées suivantes, d'où mise à nu du derme et ulcérations souvent considérables.

A côté de ces causes, il faut citer les fautes si souvent commises par les nourrices ; ou bien elles ne prennent pas les précautions sur lesquelles nous aurons à revenir plus loin à propos du traitement prophylactique, ou bien elles mettent à tout propos leur enfant au sein lorsqu'elles ne l'y laissent pas suspendu pendant des heures entières. Sous cette influence l'épiderme subit une véritable macération qui favorise les crevasses.

Quant à l'action de certaines affections buccales du nouveau-né, elle a été très exagérée ; ce qui peut agir c'est l'acidité de la salive que détermine la fermentation du lait retenu dans la bouche du nouveau-né ou qui accompagne les troubles gastriques dus à la suralimentation.

Les lésions du mamelon sont d'ordinaire annon-

cées par une sensibilité plus ou moins accusée au moment où l'enfant saisit le bout du sein et parfois pendant toute la durée de la tétée. Cette sensibilité se transforme en douleur dès qu'il y a solution de continuité, gerçure, fissure, crevasse ; celle-ci siège habituellement au sommet du mamelon, et ne présente aucune direction bien définie ; parfois elle est parallèle ou perpendiculaire au grand axe du tubercule mamillaire ; dans ce dernier cas, lorsqu'elle siège au niveau du point d'attache du mamelon, elle est très tenace.

La douleur peut prendre une acuité telle qu'elle arrache des pleurs et même des cris à la nourrice ; celle-ci recule à l'approche de la bouche de l'enfant ; si elle est encore au lit on la voit s'agiter, se ramasser sur elle-même ; elle paraît se raidir pour mieux supporter la douleur angoissante qu'elle connaît et qui offre son maximum au moment où l'enfant saisit le sein. Elle se reproduit de nouveau avec la même intensité lorsqu'on veut faire lâcher brusquement le mamelon à l'enfant.

Ces crises douloureuses deviennent pour la jeune mère une crainte constante ; la tétée une fois terminée, elle pense à la suivante et, une demi-heure avant, elle commence à s'agiter à l'idée qu'elle va avoir à supporter une nouvelle épreuve. Chez certaines névropathes il peut en résulter un ébranlement nerveux tel que l'allaitement doit être abandonné.

La douleur est souvent une cause de diminution dans la sécrétion lactée, et cela pour différentes raisons : action réflexe, moindre durée des tétées (car, si l'enfant vient à lâcher le mamelon, on hésite à le remettre au sein), suppression volontaire d'une ou de plusieurs tétées dans les vingt-quatre heures.

En dehors de ces complications, nécessité d'abandonner l'allaitement ou hypogalactie, il faut craindre les infections ayant pour point de départ au niveau de la petite plaie, infections qui se manifestent, du côté de la mère, sous forme de lymphangite, de galactophotite, d'abcès mammaires et du côté du nourrisson, sous forme de troubles gastro-intestinaux, car le lait provenant de mamelons sur lesquels existent des crevasses, est souvent riche en staphylocoques. Nous ne parlons pas du melaena, dû à l'absorption de sang par l'enfant au moment de la tétée ; il s'agit d'un faux melaena, "melaena spuria", qui ne peut être considéré comme une complication.

Existe-t-il un traitement prophylactique des crevasses ? Peut-on, en prenant certains soins pen-