

MANUEL D'ACCOUCHEMENT

A L'USAGE DES

SAGES-FEMMES

DU

C
CANTON DE VAUD

154



LAUSANNE

IMPRIMERIE HOWARD-DELISLE, PLACE ST-LAURENT

—
1872

PRÉFACE

Le Conseil d'Etat du canton de Vaud a ouvert en 1871 un concours pour la rédaction d'un Manuel d'accouchement à l'usage des sages-femmes du canton.

L'auteur du mémoire qui a obtenu le prix est M. A. Pellis, médecin des Bains de Lavey.

Après avoir été revu et modifié par le Conseil de santé, ce travail, qui n'a pas la prétention d'être une œuvre originale, car il a été emprunté en grande partie aux ouvrages les plus estimés sur la matière, a été adopté pour servir à l'enseignement de nos sages-femmes.

La rédaction de ce Manuel présentait certaines difficultés, en raison du temps consacré à cet enseignement. En effet, nos jeunes sages-femmes doivent apprendre dans l'espace de quatre mois ce qu'il y a de plus essentiel dans la pratique de leur art. Il fallait donc négliger les parties purement scientifiques et se borner à un résumé exclusivement pratique, laissant au professeur le soin de compléter, dans son cours, ce que le Manuel peut avoir de trop sommaire.

INTRODUCTION

Le but de ce manuel est de fournir aux sages-femmes un résumé complet des connaissances nécessaires à l'exercice de leur profession ; les élèves doivent l'étudier, non-seulement en vue de l'examen qu'elles auront à subir à la fin du cours, mais surtout afin de posséder l'instruction sans laquelle elles ne pourraient s'acquitter honorablement de leurs fonctions.

Le diplôme obtenu après des examens satisfaisants ne doit pas être pour la sage-femme un motif de croire que ses études sont terminées ; elle doit encore chercher continuellement à se perfectionner dans son art ; chaque fois qu'elle aura assisté une femme en couches, elle réfléchira à ce qui s'est passé, elle se demandera si elle a fait tout ce qu'elle devait faire, si elle n'a négligé aucun soin, aucune précaution, et elle relira dans son manuel les paragraphes relatifs aux particularités qui se seront présentées ; elle le fera surtout lorsque des difficultés et des accidents seront survenus.

Ce travail constant est le seul moyen de devenir une sage-femme instruite et habile, capable de porter honorablement la responsabilité qu'impose la confiance des familles, qui remettent à ses soins la santé et la vie de ses membres les plus chers.

Le rôle des sages-femmes est important. Il consiste : à diriger la mère pendant sa grossesse ; à l'assister pendant l'accouchement ; à surveiller ensuite la santé de la mère et du nouveau-né ; à reconnaître les accidents et les maladies, assez tôt, pour que le médecin puisse être appelé à temps ; à combattre les accidents qui se déclarent su-

bitement; à assister l'accoucheur dans les opérations qu'il doit pratiquer.

Les sages-femmes ne doivent jamais se laisser entraîner à dépasser leur compétence. Il leur est interdit de donner des remèdes ou de faire des opérations, à moins d'urgence et quand il n'est pas possible d'attendre l'arrivée d'un médecin; en agissant autrement, lors même que le résultat serait heureux, elles manquent à leur devoir.

Les sages-femmes peuvent se rendre très utiles en combattant les nombreux préjugés relatifs à la médecine; elles obtiendront sans peine par leurs conseils et leur exemple de meilleurs résultats que le médecin, qui vit moins dans l'intimité des familles.

La profession de sage-femme impose de grands devoirs et exige de rares qualités; elle est aussi pénible et difficile qu'elle est utile; c'est pourquoi elle est respectée, à la condition que celle qui l'exerce sache s'en montrer digne par un profond sentiment de ses devoirs.

La sage-femme doit être parfaitement honnête dans ses mœurs; elle donnera l'exemple d'une vie régulière et consacrée au travail; c'est le plus sûr moyen de mériter l'estime et la confiance.

Les devoirs de leur profession appellent tous les jours les sages-femmes à pénétrer dans les maisons particulières et à vivre plus ou moins dans l'intimité des ménages, ce qui exige de leur part beaucoup de tact et de discrétion.

La sage-femme doit garder sa dignité; elle sera complaisante, elle rendra à l'accouchée tous les services en son pouvoir, mais elle refusera de s'acquitter de la besogne qui regarde les domestiques; ce n'est que chez les pauvres gens, privés de tout secours, qu'elle ne craindra pas de se compromettre en s'occupant elle-même des travaux du ménage.

Les sages-femmes voient dans le cours de leur carrière bien des choses que le public ignore; à cet égard la discrétion est un devoir absolu; on comprend tout ce qu'il y a de déshonnête et d'indélicat à divulguer des secrets de famille que les circonstances vous ont amené à pénétrer.

La discrétion a cependant ses limites; si la sage-femme s'aperçoit

d'un délit, elle doit immédiatement aviser le Juge-de-Paix de son cercle : ni la peur, ni la pitié, ni des offres d'argent ne doivent la détourner de ce devoir, car en gardant secret ce qu'elle a découvert, elle se rend complice et s'expose à des peines sévères (v. p. 12, article 95).

Il est inutile d'ajouter que la sage-femme ne doit faire de dénonciation que lorsqu'elle a des indices très positifs, et qu'elle ne fera pas une démarche aussi grave sur de simples suppositions ; lorsqu'elle se décide à prévenir l'autorité, c'est à elle seule qu'elle fera part de ses soupçons.

Si la sage-femme était consultée par des femmes ou filles en état de grossesse peu avancée, venant lui demander des conseils pour rappeler leurs époques, il est évident qu'elle se refuserait à un semblable office. Dans les circonstances qui pourraient être embarrassantes, la sage-femme saura toujours trouver la conduite qu'elle doit tenir, si elle consulte sa conscience et si elle se souvient de son serment.

FORMULE DU SERMENT

que les sages-femmes sont appelées à prêter.

A la formule générale du serment, on ajoute :

« Je jure, de plus, quant à l'art pour lequel je suis patentée, de l'exercer en toute conscience et de remplir fidèlement les devoirs qui me sont imposés par les lois et par les règlements relatifs à ma profession.

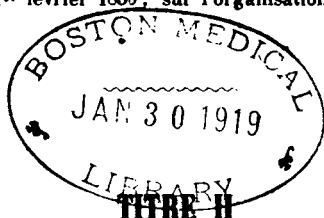
» Je jure toutes ces choses par le nom du Dieu fort, comme je veux qu'il m'assiste à mon dernier jour. »

(Lois du 22 octobre 1814 et du 1^{er} février 1850, sur l'organisation sanitaire, titre II, chap. I^{er}.)

DISPOSITIONS LÉGISLATIVES

concernant les sages-femmes.

(Loi du 1^{er} février 1850, sur l'organisation sanitaire.)



TITRE II

CHAPITRE I^{er}

Dispositions générales.

ART. 76. — Nul ne peut exercer dans le canton une partie quelconque de l'art médical sans être patenté à cet effet.

ART. 84. — Toute personne exerçant l'art médical, doit informer le Bureau de police sanitaire lorsqu'elle transporte son domicile d'une commune dans une autre.

CHAPITRE III

Des sages-femmes.

ART. 90. — Il est donné des cours d'accouchement pour l'instruction des sages-femmes; un enseignement pratique est joint au cours d'accouchement.

ART. 91. — Pour subir les examens de sage-femme, il faut avoir suivi un cours complet d'accouchement, soit à Lausanne, soit dans une autre école, soit enfin chez un praticien. Un règlement détermine les connaissances que les sages-femmes doivent posséder et ce qui concerne les examens qu'elles ont à subir.

ART. 92. — Les communes, qui n'ont pas de sage-femme dans leur arrondissement ou à leur portée, doivent y pourvoir.

ART. 93. — Les sages-femmes ne peuvent pratiquer les accouchements que dans la limite de leur patente.

ART. 94. — Dans tous les cas difficiles ou qui dépassent les limites de leur patente, les sages-femmes doivent appeler un médecin-chirurgien.

ART. 95. — Les sages-femmes sont tenues d'informer le juge de paix des avortements clandestins que la pratique de leur art les met dans l'état de découvrir.

Lorsqu'elles sont appelées à assister dans ses couches une fille ou une femme non mariée, elles transmettent au juge de paix, dans les deux fois vingt-quatre heures, une déclaration constatant le fait et l'époque de l'accouchement ainsi que le sexe de l'enfant.

ART. 96. — Le règlement mentionné à l'art. 91 ci-dessus, détermine le choix d'un manuel pour les sages-femmes ; ce manuel fixe leurs obligations et leurs attributions dans les soins qu'elles sont appelées à donner aux femmes qui ont recours à leur ministère.

TITRE V

DISPOSITIONS PÉNALES

Loi sanitaire.

CHAPITRE I^{er}

Contraventions aux dispositions générales.

ART. 233. — Celui qui exerce une partie quelconque de l'art médical, sur les hommes ou sur les animaux, sans être spécialement patenté ou autorisé à cet effet, ou qui excède les limites de sa patente, est puni pour la première faute, par une amende qui ne peut excéder 200 fr.; il peut de plus, suivant la nature du cas et les effets qui en sont résultés, être puni d'un emprisonnement qui n'excède pas trois mois.

En cas de récidive, le maximum de l'amende et de l'emprisonnement peut doubler.

Ces dispositions sont sans préjudice de la responsabilité civile et des autres peines que le délinquant peut avoir encourues.

ART. 234. — L'amende et l'emprisonnement statué à l'article précédent sont applicables à celui qui continue à pratiquer après avoir été condamné à la suspension ou au retrait de la patente ou après la cessation de l'autorisation qui lui avait été accordée.

ART. 235. — Lorsqu'une personne patentée pour une partie quelconque de l'art médical, ou autorisée à cette pratique, est convaincue, dans l'exercice de son art, d'immoralité, d'incapacité ou de négligence, le Conseil d'Etat peut, suivant la gravité du cas, la réprimander, la suspendre de sa profession ou lui retirer définitivement sa patente.

Cette disposition ne s'applique pas aux cas dont la répression appartient aux tribunaux, soit en vertu de la présente loi, soit en vertu du Code pénal.

CHAPITRE II

Contraventions aux dispositions touchant les sages-femmes.

ART. 236. — Indépendamment des peines statuées au chapitre précédent, qui sont applicables aux sages-femmes comme aux autres personnes de l'art, la sages-femme qui contrevient aux art. 94, 95 et 96 de la présente loi, est punie par une amende qui n'excède pas 50 fr., sans préjudice des peines plus graves qu'elle peut avoir encourues.

En cas de récidive, la peine peut être portée à un mois d'emprisonnement et à 120 fr. d'amende.

CODE PÉNAL

TITRE III

DES DÉLITS CONTRE LES MŒURS

CHAPITRE IV

De l'avortement procuré.

ART. 228. — Les gens de l'art, tels que médecins, chirurgiens, accoucheurs, sages-femmes qui, hors les cas où cela est nécessaire pour sau-

ver la mère, procurent un avortement ou qui aident à le procurer, sont punies par la réclusion de trois à douze ans, et de plus, par l'interdiction de leur profession pour un temps de cinq à vingt années.

ART. 229. — La peine de la réclusion, statuée à l'art. 228, est doublée, tant dans son maximum que dans son minimum :

- a) Si le délinquant se livre habituellement à ce genre de délit;
- b) Si le délit est commis sans le consentement de la femme enceinte;
- c) Si le délit a eu pour résultat la mort de la femme enceinte.

TITRE IV

DES DÉLITS CONTRE LA VIE D'AUTRUI

CHAPITRE II

De l'infanticide.

ART. 218. — La mère qui, volontairement, mais sans préméditation donne la mort à son enfant, au moyen d'actes de violence, au moment de la naissance ou immédiatement après, est punie par une réclusion de deux à quinze ans.

Si la mort de l'enfant est le résultat de l'omission volontaire des soins indispensables à sa conservation, la peine est une réclusion de dix mois à dix ans.

Si le délit prévu au présent article est commis avec préméditation, la peine est une réclusion de quatre à vingt ans.

ART. 219. — Dans les autres cas où la mère donne volontairement la mort à son enfant, le délit est puni conformément aux dispositions sur l'homicide.

ART. 220. — Dans les cas prévus à l'art. 218, l'instigateur du délit commis, celui qui coopère directement à l'exécution de ce délit ou qui s'en rend complice, est puni par une réclusion de quatre à vingt-cinq ans.

ART. 221. — L'infanticide causé par négligence ou par imprudence, est puni par une amende qui ne peut excéder mille francs et, s'il y a lieu, par un emprisonnement qui ne peut excéder deux ans.

ART. 222. — Celui qui cèle le cadavre d'un nouveau-né, lors même qu'il n'est pas établi que la mort de cet enfant est le résultat d'un délit, est puni par une réclusion de 15 jours à 10 mois.

CHAPITRE III

De l'exposition.

ART. 223. — Celui qui expose un enfant, un vieillard infirme, un malade, et en général toute personne dont l'existence dépend des soins et de l'assistance d'autrui, est puni par une réclusion de 8 mois à 8 ans, lorsque la personne est exposée dans un lieu où elle n'a pas chance de secours.

L'exposition dans un lieu où la personne exposée a chance de secours, est punie par une réclusion de 4 mois à 4 ans.

L'ascendant qui expose son descendant peut, en outre, être puni par la privation des droits de la puissance paternelle pour un temps qui ne peut excéder vingt ans.

ART. 224. — Si la personne exposée est un enfant nouveau-né, mort par suite de l'exposition, la peine est celle statuée à l'art. 218, selon les dispositions établies au dit article.

Dans tous les autres cas où la personne exposée est morte par suite de l'exposition, le délit est puni conformément aux dispositions sur l'homicide.



MANUEL D'ACCOUCHEMENT

PREMIÈRE DIVISION

DESCRIPTION ABRÉGÉE DU CORPS HUMAIN

et des fonctions de ses organes (1).

Les végétaux et les animaux forment ce qu'on appelle le monde organique ou organisé.

Ils jouissent de la faculté de durer pendant un certain temps sous une forme déterminée et de se reproduire.

Les animaux jouissent en outre de la faculté d'exercer un certain ensemble d'actes dans le but de se développer et de se conserver.

L'homme est le plus parfait des animaux.

Le corps humain se compose de différentes parties solides et liquides nommées *organes*, qui ont, chacune, leur utilité particulière.

L'assemblage de plusieurs organes concourant au même but se nomme un *appareil*. Ainsi le cœur et les vaisseaux sanguins sont des organes qui ont pour but de faire circuler le sang à travers le corps et dont l'ensemble forme l'appareil de la circulation du sang.

On appelle *fonction* la série d'actes qu'exécute un appareil.

(1) La plupart des figures qui se trouvent dans ce *Manuel* ont été empruntées au *Traité de l'art des accouchements* de MM. Nægelé et Grenser, au nouveau *Dictionnaire de médecine*, et au *Guide de l'accoucheur*, par Pénard, édités par MM. J.-B. Baillière et fils, à Paris.

Il y a dans l'homme six grandes fonctions principales et six grands appareils.

Cinq servent à la conservation de l'individu ; le sixième est destiné à la conservation de l'espèce par la reproduction.

Ces fonctions sont :

1. *Fonction de l'innervation, appareil nerveux*, qui ordonne, fait exécuter les mouvements, et fait percevoir les sensations produites par les objets extérieurs.

2. *Fonction de la nutrition, appareil nutritif*, destiné à transformer en sang les différentes substances qui forment nos aliments.

3. *Fonction de la respiration, appareil respiratoire*, destiné à faire pénétrer l'air extérieur dans les poumons afin de le mettre en contact avec le sang et de le revivifier.

4. *Fonction de la circulation, appareil circulatoire*, dont le but est de distribuer le sang dans toutes les parties du corps et de le nourrir.

5. *Fonction de la locomotion, appareil de la locomotion*, action par laquelle l'homme se transporte d'un lieu à un autre, et en général exécute des mouvements.

6. *Fonction de la génération, appareil génital*, destiné à la conservation de l'espèce par la reproduction.

FONCTION DE L'INNERVATION

Les organes de l'innervation sont le *cerveau*, le *cervelet*, la *moëlle* et les *nerfs*.

Le *cerveau* est renfermé dans la tête qui contient, en outre, les principaux organes des sens ; la *moëlle épinière* est renfermée dans la colonne vertébrale.

La *tête* forme l'extrémité supérieure du corps humain ; elle est à peu près régulièrement arrondie. Elle se compose de deux parties distinctes ; la partie supérieure est le *crâne* ; la partie inférieure est la *face*.

Le *crâne* présente cinq régions, savoir le *front* en avant, l'*occiput* en arrière, les *tempes* de chaque côté et le *vertex* ou *sommet*. Il est en grande partie recouvert par le cuir chevelu.

Il est formé de huit os plats épais, assemblés solidement entr'eux ; ce sont : l'os du front ou *frontal* en avant, l'os *occipital* en arrière, les deux os *pariétaux* au-dessus et sur les côtés ; et les deux *temporaux*, aussi sur les côtés, au-dessus de chaque oreille. L'*ethmoïde* enchassé dans l'échancrure de l'os frontal. Le *sphénoïde* enclavé au milieu des os de la base du crâne.

Le *visage* ou *face* comprend 14 os. Ces os sont irréguliers et laissent entr'eux des cavités où sont situés les organes des sens, les orbites pour les yeux, les *fosses nasales*, *siège de l'odorat* ; la *bouche*, cavité dilatable par l'écartement des deux mâchoires renfermant la langue, organe du goût.

De chaque côté de la face se trouvent les *oreilles*, pavillon extérieur d'un canal qui pénètre dans l'intérieur de la tête où siège l'organe de l'ouïe.

Les os des mâchoires ont leur bord libre creusé de fossettes profondes pour recevoir les racines des *dents*. Ces fossettes ou cavités sont nommées *alvéoles*.

Les *dents* sont au nombre de 32 chez l'adulte et de 20 chez l'enfant.

La *moëlle épinière* est renfermée dans un canal creusé dans la longueur de la colonne vertébrale.

La *colonne vertébrale* ou *rachis* est destinée en outre à soutenir le corps et à l'empêcher de s'affaisser sur lui-même ; elle s'appuie en bas sur le bassin et s'élève à la partie postérieure du tronc comme une tige solide et flexible en même temps, sur laquelle la tête est placée.

Le rachis se compose de 24 vertèbres, anneaux osseux distincts, solidement reliés entr'eux par des ligaments fibreux, très résistants. Des trous placés de chaque côté donnent passage aux nerfs qui transmettent aux organes du corps le mouvement et au cerveau, le sentiment.

Les 24 vertèbres se divisent en 7 vertèbres du cou ou *cervicales*,

douze du dos ou *dorsales* et cinq des lombes ou *lombaires*. Les douze vertèbres dorsales se distinguent des autres en ce que chacune d'elles sert de point d'attache à une paire de côtes. Les sept premières vertèbres dorsales s'articulent en avant avec un os appelé *sternum*. Cet os situé au devant et au milieu du thorax s'articule en outre avec les *clavicules*.

Le *cerveau* est un organe volumineux d'un blanc grisâtre; on y distingue deux substances, l'une grise, molle, située particulièrement à la surface; l'autre, blanche, est située dans l'intérieur.

Le cerveau et le cervelet sont contenus dans une triple enveloppe membraneuse qu'on appelle *méninges*. Il est partagé en deux moitiés nommées *hémisphères*, séparés par une scissure profonde qui ne laisse entr'eux qu'une étroite communication.

Le *cervelet* est plus petit que le cerveau; il est formé par une substance de couleur et de consistance semblables; il est logé au dessous et en arrière du cerveau dans la partie postérieure du crâne.

La *moëlle épinière* est un prolongement du cerveau; sous la forme d'un cordon blanc, épais; il sort du crâne par un trou situé à sa base et pénètre dans le canal vertébral ou rachidien.

Les nerfs sont de minces cordons blancs qui prennent leur racine dans le cerveau ou dans la moëlle et vont se rendre dans toutes les parties du corps. Leur rôle est d'établir une communication entre le cerveau et les parties du corps auxquelles ils se distribuent; ce sont de simples conducteurs.

Il y a trois sortes de nerfs; les uns sont *les nerfs de la sensibilité* qui servent à transmettre les sensations douloureuses ou autres jusqu'au cerveau, comme celles de la lumière, du sens du toucher, du froid, du chaud, etc.

Les nerfs de la seconde espèce sont *les nerfs du mouvement*; ils sont les agents des mouvements volontaires et involontaires. Ainsi, par exemple, un homme est piqué au doigt par un insecte, la douleur est transmise au cerveau par le nerf de la sensibilité, le cerveau perçoit cette douleur, se rend compte d'où elle provient et envoie au doigt par le nerf du mouvement, l'ordre de le secouer pour

chasser l'insecte. Tout ceci se fait en un instant, instinctivement et sans même que nous nous en rendions compte.

Il est facile de prouver cette succession de phénomènes. Si, en effet, on expérimente sur un animal et que l'on coupe près de la moëlle épinière les nerfs de la sensibilité qui se rendent dans l'un de ses membres, on constate que ce membre a perdu immédiatement toute sensibilité, de sorte qu'on peut le pincer, le brûler, le piquer sans que l'animal manifeste aucune douleur.

Si au contraire on coupe les nerfs du mouvement qui vont dans le même membre, celui-ci reste parfaitement sensible, mais il est totalement paralysé ; l'animal témoigne de la douleur par des cris, si on le pique, mais il est incapable de s'éloigner ou de remuer le membre.

On voit donc que les nerfs soit de la sensibilité, soit du mouvement, sont de simples conducteurs.

Le cerveau est le siège de l'intelligence, de la volonté et de la perception des sensations. Lorsqu'il est malade ou blessé, on voit survenir des troubles graves de l'entendement ; la raison et la sensibilité sont profondément atteintes.

Le cervelet paraît présider à l'équilibration ou la régularité des mouvements.

DES SENS

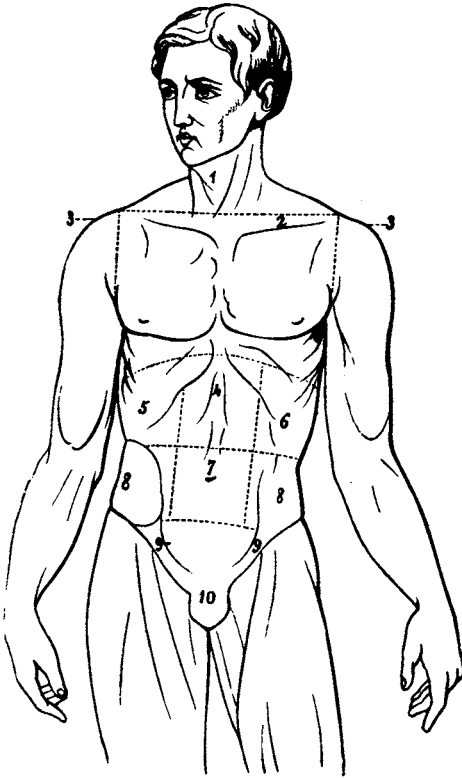
Les sens sont des appareils qui mettent l'homme en rapport avec les objets extérieurs, par le moyen des impressions que ces objets font directement sur lui.

L'homme a cinq sens, qui sont : la *vue*, dont les organes sont les yeux ; l'*ouïe*, ayant pour organe l'oreille ; l'*odorat*, dont le siège est dans les fosses nasales ; le *goût*, ayant pour organe la langue, et le *toucher*, dont l'organe est la peau et particulièrement la peau des doigts.

FONCTION DE LA NUTRITION

Les organes de l'appareil nutritif sont renfermés dans la cavité abdominale.

Le ventre ou abdomen est borné en haut par le muscle diaphragme, qui le sépare de la poitrine; en bas, par les contours du bassin, en arrière par la colonne vertébrale, sur les côtés et en avant par des muscles.



1. Région du larynx. — 2. Région claviculaire. — 3. Haut de l'épaule. — 4. Epigastre. — 5 et 6. Hypochondres. — 7. Région ombilicale. — 8-8. Flancs. — 9-9. Région iliaque. — 10. Région du pubis.

On y distingue trois régions; la première région comprend trois parties : l'*épigastre* au milieu, et les *hypochondres* sur les côtés.

La deuxième, au niveau du nombril ou ombilic s'appelle *région ombilicale*, au milieu, et sur les côtés les *flancs*.

La troisième région située entre les saillies des os des hanches s'appelle la *région hypogastrique* au milieu, et région *iliaque* sur les flancs.

A la partie supérieure gauche de l'abdomen et au dessous du diaphragme, se trouve l'estomac. C'est une poche assez vaste, musculieuse, contractile où les aliments apportés par l'œsophage

subissent leur première transformation, et forment ce qu'on appelle le *chyme*.

A la sortie de l'estomac appelée *pylore* commence une longue suite de canaux appelés *intestins*. On les divise en *intestins grêles* et en *gros intestins*. Les intestins grêles sont divisés en trois parties. La première portion n'est pas mobile, elle a une longueur d'environ 12 travers de doigt; elle porte le nom de *duodenum*. — Les deux autres parties qui sont libres et flottantes dans l'abdomen s'appellent le *jejunum* et l'*iléon*. Le gros intestin, beaucoup moins long, mais beaucoup plus large que le grêle, se divise aussi en trois parties; Le *cæcum*, qui sépare par un renflement considérable l'iléon du gros intestin, est situé à droite à la partie la plus basse de l'abdomen; le *colon* qui s'étend de droite à gauche; enfin le *rectum* à gauche dans le bassin qui se termine par l'anus.

Trois organes importants, le foie, la rate et le pancréas se rattachent à l'appareil de la digestion :

Le *foie* est un organe d'un brun foncé, il est situé à la partie supérieure droite de l'abdomen; il sécrète la bile ou fiel qui se rend dans une vessie appelée la vésicule du fiel et de là dans l'intestin grêle.

La *rate* est un organe mou, spongieux, d'un rouge violet, situé profondément dans l'hypochondre gauche, dont les fonctions sont liées à celles des globules de sang.

Le *pancréas* est une glande analogue aux glandes salivaires qui se trouvent dans la bouche; il sécrète un liquide qui se rend dans le duodenum; sa fonction est de modifier les parties grasses et féculentes de nos aliments et d'en faciliter la digestion.

La digestion est la fonction par laquelle les aliments introduits dans les organes dont nous venons de parler sont convertis en un suc appelé *chyle*. La partie devenue impropre à remplir ce but est rejetée au dehors sous la forme d'excréments. Les aliments introduits dans la bouche y sont triturés par la mastication et imprégnés d'air et de salive. Ils descendent par le pharynx et l'œsophage dans l'estomac qui bientôt se contracte et les pousse dans l'intestin où ils reçoivent la bile et le suc pancréatique.

Un ordre de vaisseaux appelés *chylifères* absorbent les parties grasses des aliments ; les veines reçoivent les autres substances ; toutes sont jetées dans le sang pour servir à la nutrition du corps. A mesure qu'il s'éloigne du duodenum, le chyme prend une couleur plus foncée et plus de consistance. Les parties qui ne peuvent être assimilées arrivent au gros intestin où elles se durcissent et se colorent encore davantage ; elles acquièrent là une fétidité qu'elles n'avaient pas jusqu'alors ; enfin elles parviennent au rectum et sont rejetées au dehors par l'anus.

FONCTION DE LA RESPIRATION

APPAREIL DE LA RESPIRATION

Les organes de l'appareil de la respiration sont le larynx, la trachée et les deux poumons.

Le *larynx* est la partie supérieure des voies aériennes dans laquelle se produit la voix ; il s'ouvre en haut, dans l'arrière-bouche, ou pharynx, par une fente appelée la glotte, qui au moment de la déglutition des aliments se ferme au moyen d'un petit couvercle appelé *épiglotte*.

La *trachée* est un canal fibre-cartilagineux, situé au devant de l'œsophage, se continuant en haut avec le larynx et se divisant à sa partie inférieure en deux canaux appelés grosses bronches, qui se rendent chacun dans l'un des poumons, où ils se divisent et se subdivisent en petites bronches ou bronchioles.

Les *poumons* sont deux organes de structure spongieuse, mous, compressibles et dilatables, renfermés chacun dans l'une des cavités thoraciques. Ils sont séparés l'un de l'autre par le médiastin et le cœur. Le poumon droit, plus court et plus large que le gauche, est divisé en trois lobes inégaux par deux scissures obliques. Le poumon gauche est divisé en deux lobes par une seule scissure.

La respiration est la fonction par laquelle l'air extérieur, introduit

dans les poumons pour revivifier le sang, est ensuite expulsé après avoir été modifié dans sa composition. Ces mouvements alternatifs de dilatation et de rétrécissement du thorax sont produits par des muscles de la poitrine et par le diaphragme.

On donne le nom d'asphyxie à l'état dans lequel la respiration est suspendue, et, par extension, on le donne aussi à l'état du fœtus lorsque sa circulation est arrêtée; en effet, quoique ne respirant pas, les modifications que la respiration apporte au sang de l'adulte s'opèrent chez le fœtus par le contact de son sang avec celui de la mère.

FONCTION DE LA CIRCULATION

APPAREIL CIRCULATOIRE

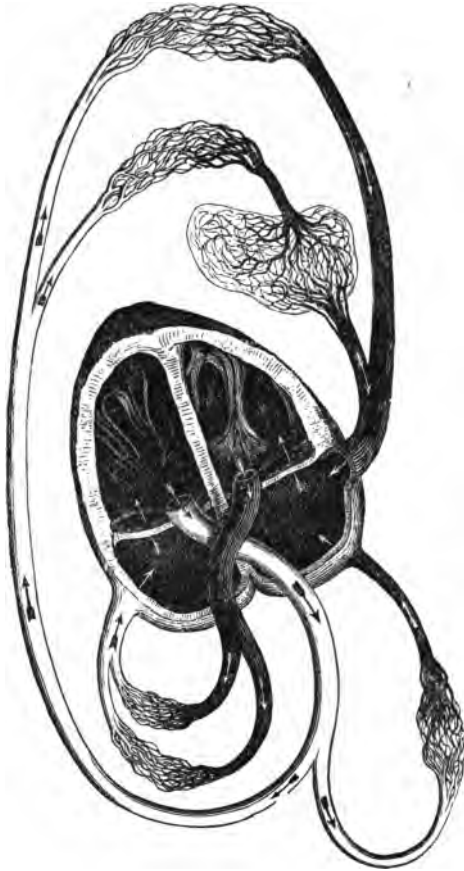
Les organes de la circulation sont le cœur et les vaisseaux sanguins.

Le cœur est l'organe central, logé dans la cavité gauche du thorax, où aboutissent et d'où émanent les vaisseaux sanguins. C'est un muscle creux, rougeâtre, formé de quatre cavités; deux de ces cavités communiquent avec les vaisseaux à sang noir; elles sont à droite et s'appellent les cavités droites, ou simplement le cœur droit; les deux autres communiquent avec les vaisseaux à sang rouge, ce sont les cavités gauches ou cœur gauche.

Le sang est un liquide assez épais, d'une couleur rouge-vermeil dans les artères, foncée, brunâtre dans les veines. Il se compose de deux parties, la partie liquide, ou *serum*, et la partie solide, ou *caillots*, qui ne se séparent que lorsqu'elles sont extraites des vaisseaux. Dans les vaisseaux, les parties essentielles du sang sont les globules rouges; les globules blancs, en petite quantité; la fibrine; l'albumine.

Les vaisseaux sanguins sont de deux genres; les vaisseaux à sang rouge, ou artères, émanent du cœur et conduisent le sang dans toutes

les parties du corps; les vaisseaux à sang noir, ou veines, ramènent le sang au cœur. Le cœur, en se contractant, anime de battements les artères, battements que l'on perçoit en pressant l'artère contre un os, ce qu'on appelle le *pouls*.



La circulation a lieu comme suit chez l'adulte : Le sang artériel est poussé par les contractions du cœur gauche dans une longue artère appelée *aorte*, qui le distribue dans les autres artères qui se rendent dans toutes les parties du corps. Les veines le reprennent et le ramènent au cœur droit; il est mélangé de parties impropres à entretenir la vie. Le cœur droit se contractant pousse le sang vicié dans les poumons, où il se revivifie et reprend sa couleur rouge au contact de l'air inspiré dans la respiration. Des poumons il revient au cœur gauche

qui le fait de nouveau *circuler* dans le corps.

On appelle vaisseaux *capillaires* les vaisseaux sanguins extrêmement ténus qui mettent en communication les artères et les veines.

A mesure que les veines charrient le sang noir en sens opposé des artères, elles se réunissent en conduits de plus en plus volumineux. Au tronc se trouvent deux veines principales, les veines caves; la *veine cave supérieure* reçoit, avec le sang qui lui arrive des

bras et de la tête, le liquide nourricier (chyle) produit pendant la digestion; la *veine cave inférieure* est la réunion des veines des jambes, du bassin et du ventre.

Les veines sont pourvues dans leur intérieur d'un grand nombre de replis, nommés valvules dont le bord libre est dirigé du côté du cœur; de cette manière le sang qui se dirige vers le cœur, refoule les valvules contre les parois de la veine et continue son cours, mais si une cause quelconque tend à le repousser en sens contraire, les replis des valvules se relèvent et l'empêchent de rétrograder.

La circulation chez le fœtus est différente, elle sera étudiée plus tard; il y aura à examiner avec plus de soin les veines caves et l'artère pulmonaire pour les cavités droites; les veines pulmonaires pour les cavités gauches.

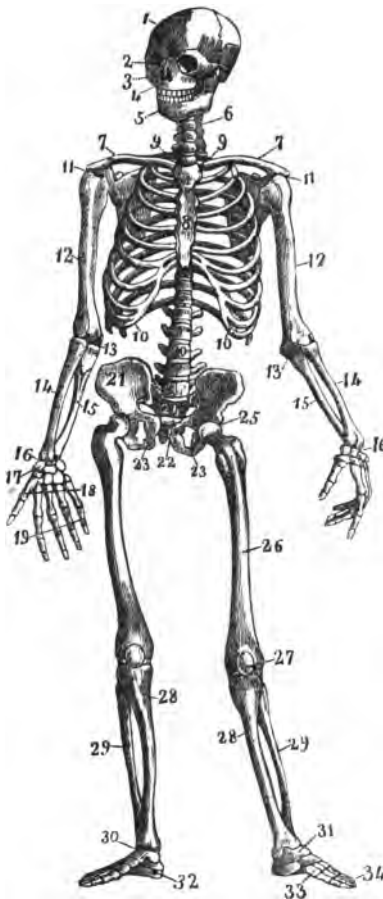
FONCTION DE LA LOCOMOTION

APPAREIL DE LA LOCOMOTION

Les organes de la locomotion sont les os ou le squelette et les muscles qui constituent les membres qu'on nomme aussi extrémités. Les membres sont au nombre de 4. Deux sont attachés à la partie la plus élevée du tronc, sur les côtés de la poitrine, *membres supérieurs*; deux autres sur les côtés du bassin qu'ils supportent, *membres inférieurs*.



Os du crâne. — 2. Mâchoire inférieure. — 3-3. Colonne vertébrale. — 4. Omoplate. — 5. Sacrum.



1. Os du crâne. — 2. Orbites. — 3. Fosses nasales. — 4. Mâchoire supérieure. — 5. Mâchoire inférieure. — 6. Vertèbres cervicales. — 7. Clavicule. — 8. Sternum. — 9. Première côte. — 10. Dernière côte inférieure. — 11. Articulation de l'épaule. — 12. Os du bras. — 13. Articulation du coude. — 14. Radius. — 15. Cubitus. — 16. Articulation de la main. — 17. Os du carpe. — 18. Os du métacarpe. — 19. Phalanges des doigts. — 20. Vertèbres lombaires. — 21. Os iliaque. — 22. Pubis. — 23. Ischion. — 25. Articulation de la hanche. — 26. Fémur. — 27. Rotule et articulation du genou. — 28. Tibia. — 29. Péroné. — 30. Articulation du pied. — 31. Tarse. — 32. Calcaneum. — 33. Métatarse. — 34. Phalanges des orteils.

Le membre supérieur est formé de l'épaule qui unit le bras au tronc; elle se compose de l'omoplate en arrière et de la clavicule placée transversalement au dessus de la poitrine. Le bras suit l'épaule; il est formé d'un seul os, l'*humérus*; à sa partie inférieure est l'avant-bras composé de deux os, le *radius* et le *cubitus*. Le cubitus forme surtout l'union du bras et de l'avant-bras au moyen d'une articulation en forme de charnière dont la saillie constitue le coude. Le radius ne joue qu'un rôle secondaire dans l'articulation du coude, mais il constitue en grande partie celle du poignet et supporte la main, ce qui permet à celle-ci de se renverser sur son dos (supination) ou de s'appuyer sur sa paume (pronation).

La main se continue avec l'avant-bras au moyen du poignet(carpe). Elle est formée de 5 doigts qui sont le pouce, le plus mobile et le plus externe, l'indicateur, le médius ou grand doigt, l'annulaire et le petit doigt ou auriculaire.

Le membre inférieur se compose de la cuisse formée par le fémur, analogue de l'humérus, s'articulant directement avec le bassin; de la jambe analogue de l'avant-bras

avec deux os le tibia et le péroné, l'articulation de la gauche avec la cuisse et le genou ; il porte à sa partie antérieure la rotule ; le pied, qui représente la main, est uni à la jambe par les extrémités inférieures du tibia et du péroné, on y remarque deux saillies appelées maléoles.

On distingue au pied comme à la main les doigts appelés les orteils : la partie inférieure, la plante ; la partie postérieure, le talon et la partie supérieure où face dorsale ou dos du pied.

Les os forment entr'eux des articulations unies par des organes appelées ligaments.

La colonne vertébrale a été étudiée.

Les organes destinés à exécuter les mouvements sont les *muscles* ; ceux-ci sont composés de fibres rouges (la chair), ils ont des aspects variés ; quelques-uns sont larges et étalés en éventail comme ceux de l'abdomen ; d'autres sont étroits, allongés, épais comme ceux des membres ; d'autres sont à peine rosés comme ceux des intestins. Les muscles sont attachés par des tendons aux os, et en se contractant et se raccourcissant, ils les font mouvoir.

FONCTION DE LA GÉNÉRATION ET DE LA SÉCRÉTION URINAIRE

APPAREIL GÉNITAL URINAIRE

Les organes de la génération sont chez l'homme le pénis et les testicules ; ceux-ci sécrètent le sperme. Chez la femme les organes externes et internes, seront étudiés plus loin avec détail.

On appelle génération la production du nouvel être, semblable à celui dont il tire son origine. Cette fonction est commune à tous les êtres organisés vivants ; mais les organes qui servent à l'accomplir et les phénomènes qui l'accompagnent offrent des différences notables, selon les diverses classes et les diverses familles du monde organique. L'appareil de la sécrétion urinaire se compose des reins, des uretères, de la vessie et de l'urètre.

Les reins sont deux organes sécréteurs de l'urine, situés profondément des deux côtés des vertèbres lombaires, en dehors du périnée, au milieu d'un tissu graisseux, abondant. Leur fonction est de sécréter l'urine qui coule goutte à goutte dans la vessie par deux canaux membraneux appelés *uretères*. Ils partent de chaque rein, descendent obliquement en dedans, jusqu'à la symphyse sacro-iliaque; de là chaque uretère pénètre dans l'excavation du bassin jusqu'à la partie postérieure de la vessie, dans laquelle il s'ouvre en traversant obliquement l'épaisseur de ses parois.

La vessie est un réservoir musculo-membraneux dans lequel se rend l'urine où elle séjourne jusqu'à ce que le besoin de l'expulser se fasse sentir. Elle est située dans l'excavation du bassin derrière le pubis, au-dessus et au devant du rectum, de la matrice et du vagin chez la femme. L'urètre est le canal excréteur de l'urine chez les deux sexes: il sert de plus chez l'homme à l'émission du sperme. Chez la femme l'urètre a une longueur d'environ 54 millimètres, il s'ouvre au bas du vestibule, au-dessus du vagin.

DU BASSIN

Le bassin, ceinture solide, formée par quatre os, placés en cercle au bas de la colonne vertébrale, doit être étudié d'une manière complète comme formant la charpente du canal franchi par l'enfant dans l'accouchement. Celui-ci sera facile, difficile ou même impossible selon la bonne ou mauvaise conformation du squelette.

Les os qui le composent sont, en arrière, le sacrum et le coccyx; sur les côtés et en avant les deux iliaques (os des hanches) qui, se réunissant sur la ligne médiane, complètent ainsi la ceinture pelvienne et constituent ensemble presque toute la circonférence du bassin, laissant seulement en arrière un espace triangulaire où s'enchâsse le sacrum et le coccyx, qui le termine.

I. Les os iliaques présentent chacun quatre bords et deux surfaces.

a) Le bord *supérieur* (ou crête iliaque) unit par une ligne courbe deux tubérosités, l'une antérieure, saillante sous la peau, l'autre postérieure, moins proéminente. On nomme la première *épine iliaque antérieure supérieure*, la seconde, *épine iliaque postérieure supérieure*.

b) Le bord *antérieur* part de la première, descend verticalement jusqu'à une éminence appelée *iléo-pectinée*, et se rend de là horizontalement sur la ligne médiane, où il se rencontre avec son congénère du côté opposé. Au-dessus de l'éminence iléo-pectinée est une protubérance nommée *épine iliaque antérieure ou inférieure*.

c) Le bord postérieur part de la seconde, longe le sacrum de haut en bas, puis se dirige d'arrière en avant, formant deux échancrures séparées par une éminence très pointue, qui est l'*épine iliaque postérieure et inférieure*. Les échancrures se nomment *grande et petite échancrures sciatiques*. Le bord postérieur se termine, après les avoir formées, à une protubérance renflée sur laquelle le corps repose lorsqu'on est assis. C'est la *tubérosité sciatique* (ischion).

d) Le bord inférieur part de cette dernière pour aller de bas en haut, d'arrière en avant, se joindre sur la ligne médiane au bord antérieur et à son congénère du côté opposé avec lequel il forme, sous la réunion des deux bords antérieurs, un angle plus ou moins ouvert nommé *arcade du pubis*, parce qu'on appelle aussi *os pubis* la partie horizontale du bord antérieur.

Quant aux surfaces, nous distinguerons seulement l'externe et l'interne.

L'externe présente, au-dessous de la crête iliaque, une surface unie, convexe en avant, concave en arrière, appelée *fosse iliaque externe*. Au-dessous de cette surface irrégulière se trouve la cavité cotyloïde, creusée dans l'épaisseur de l'os pour recevoir la tête du fémur. Au-dessous et au dedans de la cavité cotyloïde et circonscrit par les bords antérieurs et inférieurs, se remarque le *trou ovale* ou *sous pubien*.

La *face interne* est partagée en deux portions inégales par un rebord saillant semi-circulaire qui, partant du sacrum de chaque côté, se continue horizontalement jusqu'à la symphyse pubienne. Ce bord est nommé *ligne courbe*. Au-dessus de lui, la face interne de l'os présente une surface lisse et concave qui est la fosse *iliaque interne*. Au-dessous de lui on voit la face interne des bords antérieurs et inférieurs qui limitent le trou ovale ou sous-pubien.

II. Le *sacrum*, os pyramidal et postérieur, aplati d'avant en arrière, et présentant une concavité antérieure, continue la colonne vertébrale en remplissant l'espace laissé entre les os iliaques. Il a deux faces (antérieure et postérieure), deux bords, une base et un sommet. La face antérieure concave forme la paroi postérieure du bassin, la face postérieure convexe en forme la portion extérieure; toutes deux sont percées d'une double rangée de trous pour le passage des nerfs venant de la moëlle. La base du sacrum s'unit solidement avec la dernière vertèbre lombaire et forme un angle saillant nommé *promontoire* ou *angle sacro-vertébral*. Le sommet du sacrum s'unit au *coccyx*, qui en forme la pointe par une articulation permettant quelque mobilité d'avant en arrière. Quant au *coccyx* lui-même, ce n'est qu'un sacrum en miniature, moins la courbure et les trous pour le passage des nerfs.

ARTICULATIONS DES OS DU BASSIN

Elles appartiennent toutes à la catégorie des *symphyses*, c'est-à-dire de celles dont les ligaments serrés ne permettent presque pas de mouvements.

Nous distinguons : 1° La *symphyse du pubis*, réunissant sur la ligne médiane les portions horizontales du bord antérieur des os iliaques; 2° la *symphyse sacro-coccygienne*, unissant les deux os dont elle porte les noms; 3° les deux *symphyses sacro-iliaques*, réunissant le sacrum avec les bords postérieurs correspondants des iliaques.

DU BASSIN CONSIDÉRÉ DANS SON ENSEMBLE

Quand on prend un bassin dépouillé des parties molles, son squelette paraît divisé en deux moitiés d'inégale grandeur, par une ligne courbe. On nomme *grand bassin* ce qui est au-dessus d'elle, et *petit bassin* ce qui est au-dessous.

Le premier est limité en arrière par l'angle sacro-vertébral, sur les côtés par les fosses iliaques internes, en avant par des parties molles.

Le second, constituant essentiellement le canal où doit passer l'enfant, présente une entrée, une cavité et une sortie.

On nomme la première *détroit supérieur*, la seconde *excavation*, la troisième *détroit inférieur*.

Le détroit supérieur est circonscrit par la ligne courbe et le promontoire, dont la saillie en avant lui donne assez la forme d'un cœur de carte à jouer.

L'excavation constitue un canal, limité en arrière par le sacrum, sur les côtés, et en avant par les bords postérieurs, inférieurs et antérieurs des os iliaques. Les lacunes que ces os laissent entr'eux (celle du trou ovale par exemple), sont comblées par des parties molles. La concavité du sacrum élargit le centre de l'excavation.

Le détroit inférieur est limité d'avant en arrière par le bord inférieur de l'arcade pubienne et la pointe du coccyx, sur les côtés, par les tubérosités sciatiques. Il se trouve par là rétréci dans ces deux sens.

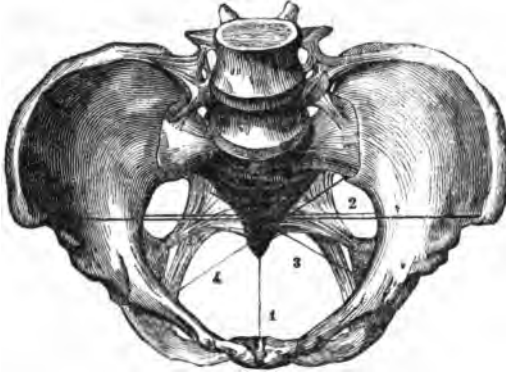
DIAMÈTRES DU PETIT BASSIN

Les dimensions du petit bassin s'apprécient à l'aide de lignes fictives qu'on se représente unissant certains points opposés de la circonférence des détroits et de l'excavation.

Ce sont les *diamètres*.

Il y a quatre diamètres au détroit supérieur.

$\frac{1}{1}$



1. Diamètre antéro-postérieur. — 2. Diamètre transverse. — 3 et 4. Diamètres obliques.

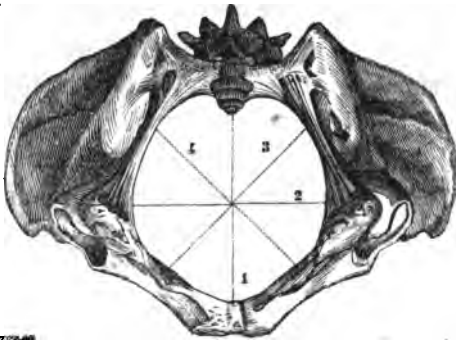
1. *L'antéro-postérieur* ou *sacro-pubien*, du promontoire à la symphyse pubienne, mesure 11 centimètres.

2 et 3. Les deux *obliques*, allant des symphyse sacro-iliaques aux éminences iléo-pectinées du côté opposé, se croisent et mesurent chacun 12 centimètres.

4. *Le transverse* ou *bis-iliaque* unissant les centres des deux demi-cercles formés par la ligne courbe mesure 13 et demi centimètres.

Il y a aussi quatre diamètres au détroit inférieur, ce sont :

$\frac{1}{1}$



1. Diamètre sacro-pubien. — 2. Diamètre transverse. 3 et 4. Diamètre oblique.

1. *L'antéro-postérieur* ou *coccyx-pubien* de la pointe du coccyx au bord inférieur de l'arcade pubienne, qui mesure 11 centimètres et peut s'allonger jusqu'à 12 par le recul de cette pointe.

2. *Le transverse* ou *bis-sciatique*, d'une tubérosité sciatique à l'autre qui mesure pareillement 11 centimètres, mais ne peut s'augmenter.

3 et 4. Les deux *diamètres obliques* allant du centre des ligaments *sacro-sciatiques* au milieu du bord opposé de l'arcade pubienne

mesurent chacun 11 centimètres et peuvent en acquérir 12 dans l'accouchement. Dans l'excavation, tous les diamètres sont approximativement de 12 centimètres.

PROFONDEUR DU PETIT BASSIN

En avant, la paroi de l'excavation ne mesure que la hauteur de la symphyse pubienne, soit 4 centimètres ; en arrière, la hauteur du sacrum et du coccyx mesure 11 centimètres. Sur les côtés, les parois internes de l'excavation mesurent 9 1/2 centimètres.

TABEAU DES DIMENSIONS DU PETIT BASSIN

	Dim. ant. post.	Dim. obliq.	Dim. transv.
Détroit supérieur . .	11	12	13 1/2
Excavation	12	12	12
Détroit inférieur . .	11	11	11

DE LA COURBE FORMÉE PAR LE CANAL PELVIEN

Le petit bassin forme un canal courbe à concavité antérieure. Cette direction lui est donnée par la courbure analogue du sacrum et du coccyx. La ligne qui passe au milieu de ce canal et réunit les centres des deux détroits se nomme l'*axe du petit bassin*. A partir du détroit supérieur, il se dirige d'abord de haut en bas, d'avant en arrière, puis d'arrière en avant. On voit par ces changements de direction que le bassin n'est point horizontal, par rapport à la colonne vertébrale, mais plus ou moins incliné, et que les plans de ses détroits forment avec elle un angle plus ou moins ouvert (c'est surtout le plan du détroit supérieur que cela concerne).

a) *Modification du détroit supérieur.* Les fosses iliaques internes étant remplies par les muscles psoas et iliaques, la dimension indiquée plus haut n'existe plus, le diamètre bis-iliaque de 13 1/2 sur le bassin osseux, est réduit à 12 au plus.

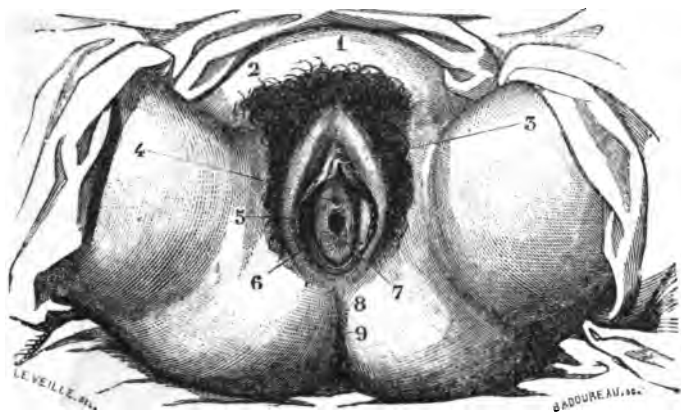
b) *Modification dans l'excavation.* Les parties molles remplissant les lacunes formées par les parois osseuses, l'excavation présente une cavité ouverte supérieurement, close inférieurement par les muscles et la peau, formant le plancher du petit bassin. Les diamètres sont peu réduits; l'antéro-postérieur de quelques millimètres à peine, les deux obliques également, par les muscles obturateurs. Quand la vessie et le rectum sont pleins, la réduction de ces diamètres augmente.

c) *Modification du détroit inférieur.* Le détroit inférieur est fermé par la peau et les muscles du périnée, qui constituent le plancher du bassin.

DES ORGANES DE LA GÉNÉRATION CHEZ LA FEMME

Ils sont *externes* et *internes*. A l'*extérieur* se présente une ouverture en forme de fente verticale appelée *vulve*, bornée par deux replis de peau couverts de poils et appelés *grandes lèvres*. En dedans de ceux-ci, deux autres replis, plus petits, de couleur rose se réunissent à leur extrémité supérieure et inférieure, enveloppant comme d'un capuchon (prépuce), une petite éminence dont on ne voit que l'extrémité en forme de gland; les replis sont les *petites lèvres*; le corps qu'elles entourent, le *clitoris*. Au bas de la fente vulvaire, entre les bords divergents des petites lèvres, se trouve une ouverture circulaire fermée chez les vierges par une membrane semi-lunaire, ou percée au centre. Cette ouverture est celle du *vagin*; la membrane qui la ferme en partie s'appelle l'*hymen*. Entre l'ouverture du vagin, les petites lèvres et le clitoris se trouve un espace triangulaire nommé *vestibule*, au centre duquel débouche, par un

orifice proéminent, l'urètre venant de la vessie. On reconnaît sa place au simple toucher par la présence d'un petit tubercule, placé au-dessous de lui, sur le bord antérieur du vagin.



1. Pénil. — 2. Grandes lèvres. — 3. Clitoris. — 4. Méat urinaire. — 5. Petites lèvres.
6. Orifice du vagin. — 7. Hymen. — 8. Périnée. — 9. Anus.

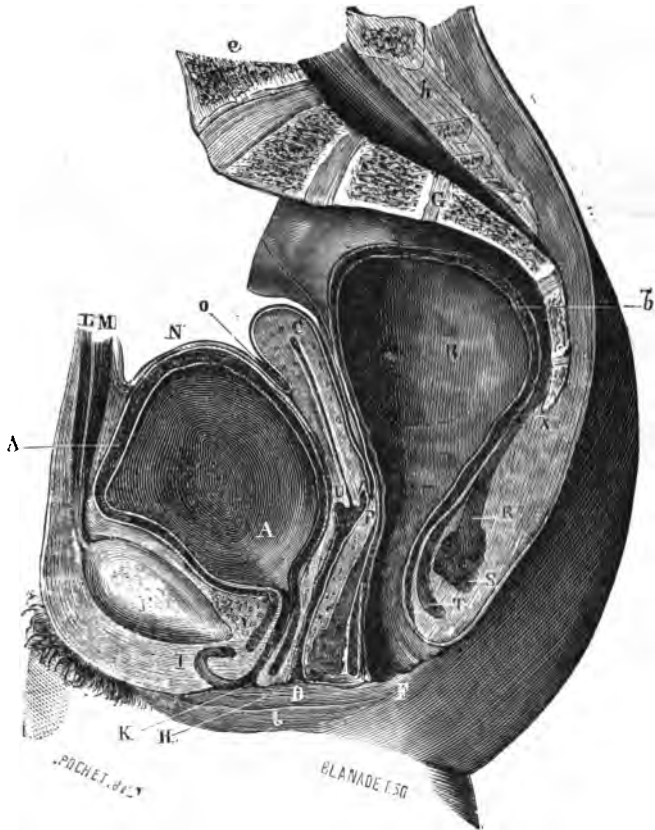
Les grandes lèvres sont unies à leur partie inférieure par un repli de la peau nommé *fourchette* qui d'ordinaire ne se trouve plus après le premier accouchement. Derrière ce repli est une fossette appelée *fosse naviculaire*.

Au-dessus de la vulve, se trouve une éminence qui repose sur la symphyse couverte de poils. C'est le *mont de Vénus*. L'espace compris entre la vulve et l'anus est le *périnée*.

ORGANES GÉNITAUX INTERNES

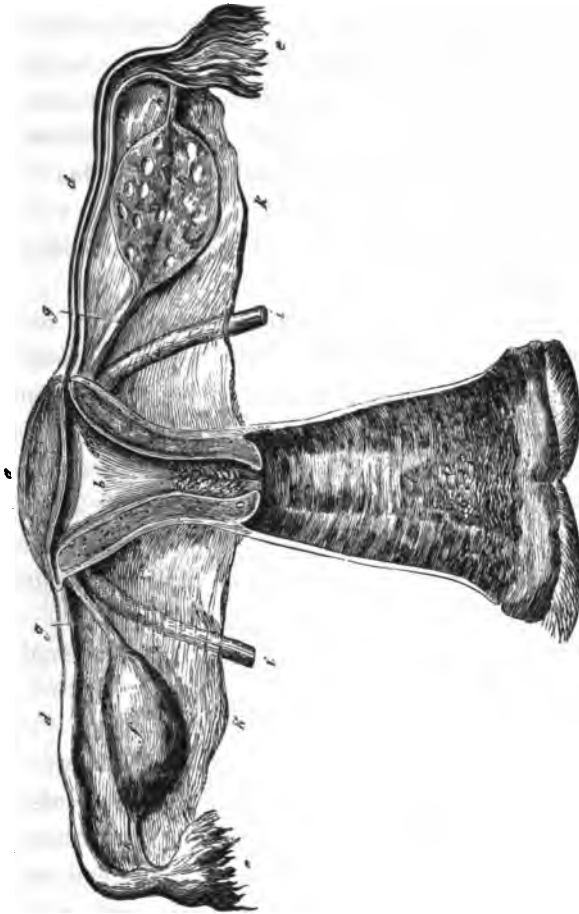
A l'intérieur nous rencontrons, procédant du *dehors au dedans*, de *bas en haut* : 1° Le *vagin*, canal membraneux, qui, de la partie inférieure de la vulve, se rend, en suivant l'axe du petit bassin, jusqu'à la matrice, dont il entoure la partie inférieure nommée le *col*. Ce canal est doublé d'une membrane muqueuse, sillonnée de nom-

breux replis qui la rendent dilatable; elle est munie de glandules destinées à la maintenir toujours humide. Immédiatement en arrière de l'orifice vaginal débouchent à droite et à gauche les conduits de deux glandes plus volumineuses, de la taille d'une amande, et versant, à chaque excitation, un liquide plus ou moins abondant. Ce sont là les *glandes vulvo-vaginales*.



A. Vessie. — B. Rectum détendu par les matières fécales. — C. Corps de l'utérus. — D. Ouverture du vagin. — E. Symphyse du pubis. — F. Anus. — G. Sacrum. — H. Petite lèvre droite. — I. Clitoris, racine du corps caverneux coupée. — J. Grande lèvre droite. — K. Méat de l'urètre. — L. Muscle pyramidal. — M. Grand droit de l'abdomen. — N. Péritoine. — O. Cul-de-sac utéro-vésical. — P. Cul-de-sac recto-utérin. — R. Releveur de l'anus. — S. Sphincter externe de l'anus. — T. Sphincter interne. — U. Lèvre antérieure du col de l'utérus. — V. Lèvre postérieure. — X. Coccyx. — Y. Plexus veineux de Santorini. — Z. Plexus veineux du vagin. — a. Tunique musculieuse de la vessie et de l'urètre. — b. Tunique musculieuse du rectum. — c. Cinquième vertèbre lombaire. — h. Canal rachidien.

2° La *matrice* (ou *utérus*) est un organe musculeux en forme de poire aplatie, logé entre la vessie en avant et le rectum en arrière. Elle est maintenue entre ces deux organes et comme suspendue au-dessus du vagin par deux replis membraneux partant de chaque



L'utérus et le vagin sont ouverts; l'ovaire est fendu d'un côté, ainsi que la trompe. — a. Fond de l'utérus. — b. Cavité de l'utérus. — c. Cavité du col. — d. Trompe utérine. — e. Pavillon de la trompe. — f, f'. Ovaire. — g. Ligament de l'ovaire. — h. Ligament de la trompe. — i. Ligament rond. — k. Ligaments larges. — l. Vagin.

côté pour se fixer au rebord inférieur des fosses iliaques internes; ce sont les *ligaments larges*. Deux autres ligaments en forme de cordon partent de son sommet pour se rendre au pubis de chaque côté de la symphyse. Ce sont les *ligaments ronds*.

On divise l'utérus en trois régions. La région supérieure arrondie se nomme le *fond* ou sommet; la région centrale, qui va en s'atténuant de haut en bas, est le *corps*; la région inférieure, allongée, est le *col*, dont la moitié s'avance dans le vagin, qui s'attache plus haut au pourtour de l'utérus.

La matrice, hors l'état de grossesse, est *complètement contenue dans la cavité du petit bassin*. Elle ne présente alors qu'une longueur d'environ 9 centimètres. La cavité qu'elle forme est aplatie, triangulaire, la pointe en bas, la base en haut. Elle communique au dehors par un étroit canal qui traverse le col et s'ouvre dans le vagin par une fente simulant la bouche d'un petit poisson. De là son nom de *museau de tanche*; celui-ci ne présente plus les mêmes caractères après l'accouchement.

Le fond de l'utérus présente deux ouvertures latérales fort étroites et qui marquent les embouchures des *trompes de Fallope*, ou oviductes. Ces derniers organes sont deux canaux membraneux de douze à quatorze centimètres de longueur, ayant exactement la forme d'une trompette à pavillon évasé. Les bords de ce dernier sont comme frangés et déchiquetés, et dans sa position ordinaire il se trouve placé au niveau des ovaires, de façon à s'y appliquer au moment où ceux-ci laissent échapper l'ovule lors de la rupture mensuelle des vésicules de Graaff.

L'ovule tombe dans le pavillon et de là dans l'oviducte qui le conduit à la matrice.

Ovaires. Les ovaires sont deux glandes de la forme d'une grosse amande. Ils sont logés dans un repli des ligaments larges. Leur surface est bosselée chez la femme adulte, apparence causée par une foule de vésicules dont les plus développées font saillie à la surface. Ces vésicules contiennent le germe ou ovule qui fécondé par sa rencontre avec le sperme, s'accroît pour former l'embryon. On les nomme vésicules de Graaff, nom de l'anatomiste qui les décrit le premier. L'ovule lui-même, presque imperceptible à l'œil nu, est une simple cellule arrondie comme une tête d'épingle.

Quand on ouvre avec la lancette des vésicules de Graaff, mûres,

l'ovule sort avec le liquide qui s'en échappe. La même chose arrive au moment des règles, époque où la vésicule la plus mûre se rompt d'elle-même à la surface de l'ovaire, laissant couler son contenu dans le pavillon prêt à le recevoir.

En résumé, les parties génitales de la femme se composent :

A l'extérieur, de la vulve, avec le mont de Vénus, les grandes et petites lèvres, le clitoris, l'urètre, l'orifice du vagin et le périnée.

A l'intérieur, du canal vulvo-utérin, c'est-à-dire du vagin, de la matrice et des trompes avec les ovaires. Tous ces organes sont en grande partie logés dans la cavité du petit bassin, et placés entre la vessie avec l'urètre en avant, et le rectum en arrière.

MENSTRUATION

Pendant l'enfance aucun ovule ne vient à maturité; ce n'est que vers l'âge de 13 à 15 ans, quand les organes de la génération de la jeune fille commencent à entrer en fonction, que ce phénomène a lieu. Cette époque de la vie se nomme *puberté*. Elle s'annonce par des changements dans la santé générale, par le développement des seins et un écoulement de sang qui a lieu par le vagin. Cet écoulement se nomme *menstruation*, *règles*, *périodes*; il se reproduit dès lors régulièrement tous les 28 ou 30 jours.

Il correspond à l'expulsion d'un des ovules de l'ovaire; la petite vésicule qui renfermait l'ovule se déchire et l'*ovule* se rend dans la *matrice* en passant par les trompes.

La menstruation se compose donc de deux faits bien distincts :

1° L'expulsion d'un ovule de l'ovaire.

2° L'écoulement d'une certaine quantité de sang par le vagin.

Le sang, qui constitue le phénomène le plus apparent des règles, provient de la matrice, qui est le siège d'une fluxion sanguine au moment de l'expulsion de l'ovule. Le volume de la matrice augmente, ses vaisseaux se gonflent et il se produit dans la cavité utérine un écoulement sanguin.

La menstruation cesse pendant la grossesse et d'habitude aussi pendant l'allaitement ; elle disparaît définitivement vers l'âge de 45 à 50 ans, époque que l'on désigne sous le nom d'*âge critique* ou *ménopause*, parce qu'il se produit assez souvent à ce moment de la vie différentes maladies (congestions utérines, congestions à la tête, troubles nerveux, vapeurs). On exagère cependant l'influence de cette époque sur la santé, car dans la plupart des cas il ne survient aucun symptôme fâcheux.

L'âge dans lequel la menstruation s'établit varie avec les climats et les races humaines ; dans notre pays, c'est presque toujours de 12 à 15 ans qu'elle a lieu pour la première fois.

La première apparition des règles est ordinairement précédée de malaises, tels que maux de reins, coliques, douleurs de tête, lassitude et quelquefois un peu de fièvre.

Chez les femmes bien constituées et en bonne santé, les règles reviennent régulièrement tous les 28 ou 30 jours. Leur durée est de 3 à 6 jours ; elles causent toujours un léger trouble dans la santé et rendent plus impressionnable à toutes les causes de maladies ; aussi convient-il d'user de précautions pendant leur durée.

La quantité de sang qui s'écoule varie beaucoup suivant les femmes ; elle est en moyenne de 150 grammes (la valeur d'un verre). Au début, le sang est blanchâtre et mêlé d'une certaine quantité de glaires provenant du vagin, puis il devient plus rouge, plus foncé et reprend vers la fin les caractères qu'il avait au commencement.

Le sang des règles ne diffère pas de celui qui circule dans le reste du corps, et c'est à tort qu'on le croit impur, âcre ou même vénéneux ; si l'on néglige les soins indispensables de propreté, il se corrompt rapidement et cause une irritation des organes génitaux. On fera donc bien de laver les parties génitales externes avec de l'eau tiède, ce qui, loin d'être dangereux, ne peut être que salutaire.

Les règles s'arrêtent pendant la grossesse ; cette loi très générale présente parfois des exceptions et l'on voit des femmes enceintes conserver pendant quelques mois leurs époques sans que leur grossesse en soit troublée ; mais ces faits sont si exceptionnels que la sage-femme ne doit pas en tenir compte et qu'elle doit considérer

toutes les pertes de sang qui ont lieu par le vagin pendant la grossesse comme un accident grave qui réclame la présence du médecin et les soins que nous indiquerons plus loin.

Etsats maladijs auxquels la menstruation peut donner lieu. Chez certaines femmes, les règles sont très douloureuses et accompagnées de violents maux de reins, de coliques, souvent de vomissements ; il faut alors conseiller le repos, l'application de cataplasmes chauds sur le ventre et des boissons chaudes.

Dans d'autres cas, les règles sont trop abondantes ; le sang s'écoule en grande quantité et avec des *caillots*.

Le sang menstruel ne se coagule pas d'ordinaire ; aussi lorsque la sage-femme trouve des caillots, elle pensera en premier lieu à une fausse couche et agira comme dans les hémorrhagies qui accompagnent l'avortement.

Lors même que la perte de sang n'est pas assez forte pour offrir un danger immédiat, on conçoit que son retour affaiblisse les femmes et compromette leur santé ; il va sans dire que le traitement d'un état pareil est du ressort du médecin, mais en son absence et dans un cas pressant la sage-femme agira de la manière suivante : elle délacera complètement la femme, desserrera ses vêtements, elle la fera coucher sur un lit dur et plat, placera des coussins sous le siège, de manière à soulever le bassin, lui donnera des boissons froides (eau fraîche ou limonade). Si la perte de sang devient décidément grave, elle pourra appliquer des compresses d'eau froide et même d'eau glacée sur le ventre ; ces compresses devront être fréquemment renouvelées pour qu'elles ne se réchauffent pas.

DES MAMELLES

Les *mamelles* ou *seins* sont les organes destinés à la production du lait et sont placées au nombre de deux au devant de la poitrine ;

elles restent peu apparentes jusqu'à la puberté, époque où elles prennent de l'accroissement.

Le *mamelon* est une petite éminence qui s'élève du milieu de la mamelle et que le nourrisson prend dans sa bouche pour téter ; c'est un organe érectile, beaucoup plus gros chez les femmes qui ont nourri que chez celles qui n'ont pas eu d'enfants ou qui ne les ont pas allaités.

L'*aréole* du sein est un cercle d'un brun plus ou moins foncé qui entoure le mamelon.

Les mamelles sont formées par des glandes placées immédiatement sous la peau, et dans l'intérieur desquelles le lait se forme et s'écoule par de petits canaux qui s'ouvrent à l'extrémité du mamelon.

Ces parties glanduleuses des seins sont entourées de graisse ; aussi ne sont-ce pas toujours les plus grosses mamelles qui donnent le plus de lait ; c'est du volume de la glande que dépend la quantité de lait sécrété. Les veines superficielles sont ordinairement très prononcées lorsque la glande est volumineuse.

II^e DIVISION

DE LA GROSSESSE NORMALE

La *conception*, qui est le début de la grossesse, a lieu au moment où l'ovule, produit par l'ovaire, est fécondé par le contact du sperme, qui lui donne la vie et le rend capable des merveilleux progrès qui feront de lui une créature humaine.

La grossesse est normale lorsque le développement de l'œuf dans la matrice se fait régulièrement et sans accident pour la mère ou pour l'enfant ; mais elle est *anormale* ou *irrégulière* dès qu'il y manque une de ces conditions ; ainsi, lorsque par suite de la dégénérescence du placenta ou des membranes, l'œuf devient une masse informe appelée *môle* ou *faux germe*, ou quand l'accouchement se fait longtemps avant terme, accident qui constitue la *fausse couche* ou *avortement*.

La grossesse est *simple* lorsqu'il n'y a qu'un enfant ; elle est *multiple* dès qu'il y en a deux ou plusieurs, ce qui arrive lorsque plusieurs ovules se sont détachés des ovaires et qu'ils ont été fécondés en même temps.

C'est à tort qu'on appelle *fausse grossesse* des maladies qui peuvent simuler la grossesse.

Durée de la grossesse. La durée de la grossesse normale, à partir de la conception jusqu'à l'accouchement, est de 280 jours ; le terme communément indiqué de neuf mois n'est pas tout à fait exact et l'on doit se souvenir de ce chiffre précis de 280 jours, soit quarante semaines.

Deux-cent quatre-vingts jours font juste dix mois lunaires de vingt-huit jours chacun ; c'est probablement ce fait qui a produit le préjugé très répandu d'après lequel les phases de la lune auraient une influence marquée sur l'époque de l'accouchement ; il est inutile de dire que cela est absolument faux, puisque le jour de l'accouchement dépend de celui de la conception.

Comme il est rare qu'on puisse connaître sûrement le moment précis de la conception, on compte la grossesse à partir de la fin de la dernière menstruation ; cette règle est d'autant plus justifiée qu'on est sûr ainsi, à moins d'accident, de fixer la date de l'accouchement plutôt trop tôt que trop tard.

Voici un moyen simple de calculer le jour de l'accouchement : à partir de la dernière menstruation, on retranche de l'année 3 mois, puis on ajoute 7 jours et on a la date cherchée. Par exemple, si les règles ont cessé le 10 juin, en retranchant 3 mois on a le 10 mars et en ajoutant 7 jours, le 18 mars, jour probable de l'accouchement.

Si l'époque où les règles ont cessé est incertaine, il faut ajouter 4 mois et demi au moment où la mère a senti pour la première fois les mouvements de l'enfant ; cela a lieu assez exactement au milieu de la grossesse.

Il est très rare que la durée de la grossesse dépasse 280 jours, cependant on cite des cas exceptionnels d'enfants nés après une gestation de 10 mois révolus.

DU FŒTUS

Le mot de *fœtus* sert à désigner l'enfant pendant le temps de son séjour dans la matrice depuis la conception jusqu'à la naissance ; durant les 4 premiers mois on l'appelle ordinairement *embryon*.

Il est intéressant pour la sage-femme de connaître les dimensions

du fœtus et ses transformations, pour que, dans un cas de fausse couche, elle puisse se rendre compte de son âge.

On ne distingue nettement l'embryon à l'œil nu qu'au bout de trois semaines ; il est blanchâtre, gélatineux, enflé au milieu, obtus à une extrémité, pointu à l'autre, et de la grosseur d'une fourmi.

A trois mois le fœtus a pris forme humaine ; on distingue la tête, le tronc et les extrémités ; les doigts et les orteils commencent à se former, on peut aussi reconnaître le nez, les yeux, la bouche et les oreilles. Le fœtus est long de huit centimètres et pèse 50 grammes.

A la vingtième semaine, c'est-à-dire au milieu de la grossesse, le fœtus a pris assez de force pour que la mère commence à sentir ses mouvements ; toutes les parties du corps ont une forme distincte ; les ongles ne se voient pas encore ; la tête est très grosse ; le corps est recouvert d'un duvet blanchâtre, sa longueur est d'à peu près 20 centimètres et pèse 250 grammes.

Lorsque le fœtus est arrivé au sixième mois de la grossesse, il est long de trente à trente-cinq centimètres et pèse de 500 à 1000 grammes ; dès lors il se rapproche de plus en plus de sa maturité qu'il atteint à la fin du neuvième mois.

Les poils apparaissent sur les membres depuis le cinquième mois ; la peau devient ferme et se couvre d'un enduit sébacé depuis le huitième mois ; les ongles croissent dès le cinquième mois.

Les enfants nés depuis le septième mois peuvent vivre s'ils reçoivent les soins convenables.

Il faut en premier lieu les tenir dans une chaleur artificielle, rappelant celle de l'utérus (38 degrés). Et on aura d'autant plus de chance de réussite qu'ils seront nés plus près du terme normal, contrairement au préjugé ; l'enfant né à huit mois sera donc plus viable que celui né à sept.

La loi reconnaît *viable* l'enfant qui atteint le 180^e jour.

NUTRITION ET CIRCULATION DU SANG CHEZ LE FŒTUS

PLACENTA ET CORDON OMBILICAL

Le sang de la mère nourrit l'enfant et lui fournit les substances nécessaires à son accroissement pendant la vie intra-utérine.

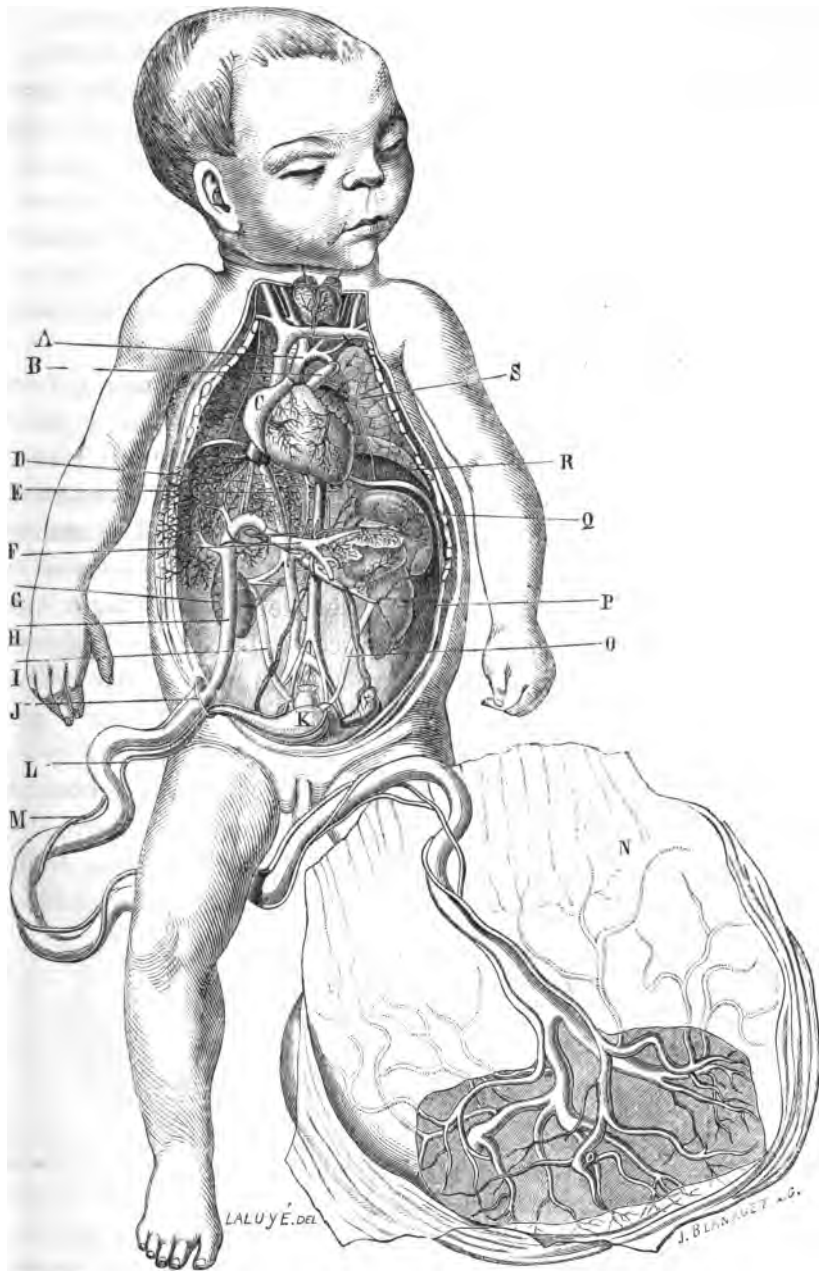
Pour cela l'ovule se fixe au fond de la cavité utérine dans les replis de la muqueuse par de petits appendices qui se forment à sa surface, lesquels croissent rapidement et se transforment en un corps charnu de la forme d'un gâteau rond qu'on appelle le *placenta*.

Le placenta arrivé à son plus grand développement, à la fin de la grossesse, représente un cercle aplati de 16 à 22 centimètres de diamètre et de l'épaisseur d'un doigt; il est mou, rouge, charnu, rempli de sang, semblable à une éponge; il a deux faces: l'une regardant le fond de l'utérus et adhérente à son tissu par un entrelacement de vaisseaux, tandis que l'autre est tournée contre le fœtus avec lequel elle communique au moyen d'un cordon qu'on appelle le *cordon ombilical*.

Le *cordon ombilical* va du nombril du fœtus au centre du placenta; il est de la grosseur du doigt, quelquefois même de celle du pouce et a 45 à 50 cent. de longueur; il contient deux artères et une veine, enroulées les unes sur les autres et renfermées dans une gaine extérieure remplie de substance gélatineuse épaisse.

Les artères servent à conduire le sang du fœtus et à le mettre en contact avec celui de la mère dans l'intérieur du placenta. Il n'y a pas communication directe entre les vaisseaux de la mère et ceux de l'enfant, aussi à la suite d'hémorrhagie la mère peut être exsangue sans que l'enfant le soit. Lors de la déchirure ou de la compression du cordon, l'enfant ne tarde pas à mourir par *asphyxie*, parce que son sang n'est plus vivifié par le contact de celui de la mère dans le placenta.

Puisque le fœtus ne respire pas dans la matrice, on comprend

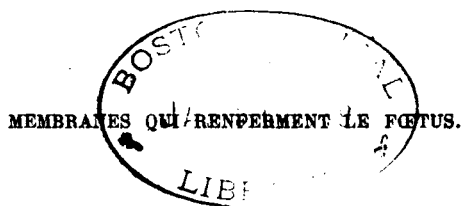


Système vasculaire du fœtus à terme : A. Aorte. — B. Artère pulmonaire. — D. Terminaison de la veine ombilicale dans les veines sus-hépatiques. — E. Veine cave inférieure. — F. Veine porte. — G. Rein droit. — H. Veine ombilicale. — I. Ureter droit. — J. Anneau ombilical. — K. Vessie. — L. Artère ombilicale gauche. — M. Artère ombilicale droite. — N. Placenta. — O. Ureter gauche. — P. Rein gauche. — Q. Rate. — R. Partie gauche du diaphragme. — S. Nerf phrénique gauche.

aisément que les organes chargés de cette fonction, c'est-à-dire les poumons, sont peu développés jusqu'à la naissance et ne reçoivent presque pas de sang. Il existe chez le fœtus une disposition particulière en vertu de laquelle le sang qui devait aller aux poumons se dirige par le cordon ombilical vers l'organe qui les remplace, c'est-à-dire vers le placenta. Il existe pour cela une ouverture nommée *trou de Botal*, qui fait communiquer l'oreillette droite du cœur avec l'oreillette gauche et un canal dit le *canal artériel*, qui va de l'artère pulmonaire à l'aorte. L'aorte elle-même donne naissance aux deux artères ombilicales.

- Le trou de Botal fait qu'une grande partie du sang noir qui arrive dans l'oreillette droite du placenta par la veine ombilicale, passe directement dans l'oreillette gauche et de là par l'aorte aux parties supérieures du corps et dans les artères ombilicales qui le ramènent au placenta. Le reste du sang noir qui, malgré le trou de Botal, est entré dans le ventricule droit se rend dans l'artère pulmonaire et y trouve le canal artériel qui le reconduit de même à l'aorte, aux artères ombilicales et finalement au placenta. L'artère pulmonaire, chez le fœtus, est presque fermée à partir du point où elle donne naissance au canal artériel, ce qui force le sang à passer par celui-ci.

Après la naissance, le trou de Botal et le canal artériel se ferment ainsi que les artères ombilicales; l'artère pulmonaire s'ouvre, de sorte que le sang noir commence à passer depuis l'oreillette droite dans le ventricule droit et de là par l'artère pulmonaire dans les poumons.



Le fœtus n'est pas en contact immédiat avec les parois de la matrice, il est renfermé dans un sac membraneux rempli de liquide, au milieu duquel il flotte et se meut librement. Ce sac s'attache aux bords du placenta et enveloppe l'enfant. Pendant l'accou-

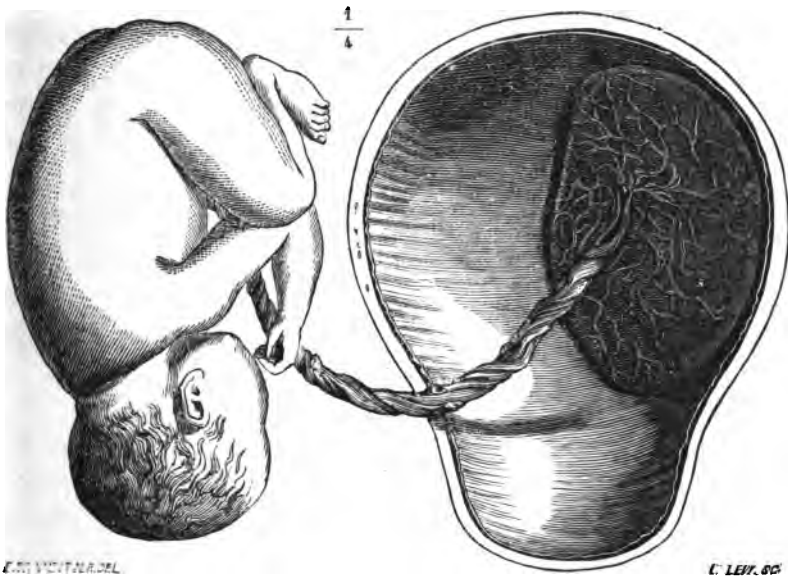
chement, il fait saillie au travers de l'orifice de l'utérus et porte alors le nom de *poche des eaux*.

L'eau contenue dans cette poche (*liquide amniotique*) ne sert pas à nourrir le fœtus, mais à le protéger contre les violences extérieures, et durant les contractions de la matrice ; puis, dans l'accouchement, elle facilite la sortie de l'enfant.

La quantité de liquide contenu dans cette poche est à peu près d'un litre ; elle est du reste très variable.

POSITION ET ATTITUDE DU FŒTUS DANS LA MATRICE.

Dans la matrice, le fœtus est replié, pelotonné sur lui-même, de manière à prendre le moins de place possible. Le tronc est en



Attitude du fœtus, insertion du placenta (d'après Schultze).

avant, la tête est fléchie et le menton appuyé sur le devant de la poitrine ; les bras sont appliqués sur les côtés, les avant-bras rame-

nés sur le devant du sternum et croisés de façon que les mains viennent embrasser le menton, les cuisses sont pliées sur le ventre et les jambes fléchies sur les cuisses, de telle sorte que les talons touchent les fesses.

L'enfant ainsi pelotonné représente très bien un œuf, long d'environ 28 centimètres, et dont le gros bout, formé par la tête, est presque toujours en bas, tandis que la petite extrémité, formée par les fesses et les pieds, est tournée vers le haut de la matrice, dont elle remplit le fond : c'est la tête qui constitue la plus grosse extrémité du fœtus.

L'enfant peut prendre différentes positions dans la matrice, grâce à la facilité avec laquelle il remue dans le liquide où il est plongé. La tête se trouve cependant presque toujours en bas, ce qui s'explique par la forme de la cavité utérine et par l'action de la pesanteur.

La tête se fixe dans le bassin, ou à son entrée, tandis que l'extrémité pelvienne est dans le fond de la matrice, où les membres inférieurs trouvent ainsi plus de place pour exécuter leurs mouvements.

L'enfant né à terme (280 jours) a environ 50 centimètres de long ; son poids est le plus souvent de 2 1/2 à 3 1/2 kilogrammes.

Le poids et la taille des nouveaux-nés varient trop pour qu'on puisse tirer de ce seul caractère une conclusion certaine quant à la durée de la grossesse ; il en est des enfants comme des fruits pour lesquels la grosseur n'est point toujours une preuve de maturité.

L'enfant né à terme a des ongles durs, fermes, et qui atteignent toujours l'extrémité des doigts ; la tête est bien garnie de cheveux ; la peau n'a plus de duvet ou poils courts, excepté aux épaules, où il en reste toujours, mais est recouverte par une matière blanche, grasseuse, dite enduit sébacé ; chez les petits garçons, les testicules sont descendus dans les bourses ; chez les petites filles, les grandes lèvres sont appliquées l'une contre l'autre ; dans les deux sexes, les mamelles sont saillantes et contiennent souvent un liquide laiteux. Né à terme et vivant, l'enfant pousse des cris perçants dès qu'il est sorti du vagin, à moins qu'il n'ait souffert pendant l'accouchement ; il se débat, il ouvre bientôt les yeux et saisit avidement le sein ou le doigt qu'on lui présente.

Enfin si l'on prend avec un fil la mesure exacte de la longueur de l'enfant depuis le sommet de la tête jusqu'aux talons, on trouve que s'il est à terme, le milieu de ce fil correspond au nombril; s'il est né à huit mois, le milieu se trouve au-dessus du nombril; à sept mois, il aboutit encore plus haut, et à six mois, il ne va qu'à la pointe de l'os sternum. Ces différences viennent de ce que la partie supérieure du corps se développe plus tôt que la moitié inférieure.

DE LA TÊTE DU FŒTUS.

C'est la tête qui est la partie la plus volumineuse du fœtus, et lorsqu'elle est sortie, le reste du corps se dégage sans difficulté.

Dans la tête on distingue le *crâne* et la *face*.

La voûte du crâne est formée par sept os larges et plats. En avant, les *deux os frontaux* (qui chez l'adulte sont réunis en un seul), l'*occipital* en arrière, les deux *pariétaux* en haut et les deux *temporaux* sur les côtés. Ces os ne sont pas soudés les uns aux autres, mais simplement réunis par une forte membrane qui laisse entre leurs bords un espace libre, mou et élastique, facilement reconnaissable au toucher.

Ces espaces membraneux se nomment les *sutures* et les *fontanelles*; les *sutures* sont étroites et allongées entre les bords de deux os placés l'un à côté de l'autre, les *fontanelles* sont les endroits où plusieurs sutures se réunissent. Leur utilité pour l'accouchement est de permettre aux os du crâne de se rapprocher et de chevaucher les uns sur les autres sous l'influence de la pression, ce qui diminue le volume de la tête.

Les sutures du crâne sont les suivantes :

1^o La *suture sagittale* ou *grande suture* qui s'étend d'avant en arrière sur le crâne; elle commence au-dessus du nez, entre les deux yeux, sépare les deux os du front, puis les deux pariétaux et finit à l'angle supérieur de l'os occipital, où elle donne naissance aux deux sutures occipitales;

2° Les *deux sutures transversales*, ou *coronales*, qui coupent la précédente à angle droit; chacune d'elles commence au-dessus des tempes et s'élève en séparant le frontal du pariétal jusqu'à ce qu'elle se rencontre avec la suture sagittale;

3° Les *deux sutures occipitales*, ou *lambdoïdes*, qui séparent l'os occipital des deux pariétaux.

Les fontanelles se trouvent aux points de rencontre de ces diverses sutures :

1° La *grande fontanelle*, ou *fontanelle antérieure* ou *bregmatique*, a quatre côtés, qui sont formés en avant par les deux os frontaux, en arrière par les deux pariétaux; chacun de ces quatre angles donne naissance à une suture, en avant et en arrière à la suture sagittale, à droite et à gauche aux sutures coronales. La fontanelle a une forme quadrangulaire;

2° La *petite fontanelle*, ou *fontanelle postérieure*, est placée en arrière du crâne, à la rencontre de la suture sagittale avec les deux sutures occipitales; sa forme est triangulaire, son bord postérieur appartient à l'os occipital, ses deux bords antérieurs aux pariétaux; elle ne donne naissance qu'à trois sutures et est de moitié plus petite que la grande fontanelle.

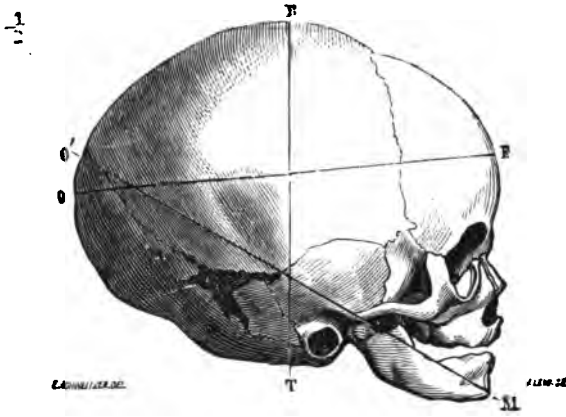
La sage-femme doit s'exercer à reconnaître les sutures et les fontanelles, parce qu'elles indiquent la manière dont la tête de l'enfant est placée au moment de l'accouchement; il faut se rappeler que la grande fontanelle est en *avant* et *quadrangulaire*, tandis que la petite est en *arrière* et *triangulaire*.

La forme générale de la tête du fœtus est celle d'un œuf dont le gros bout serait vers l'os occipital et le petit bout au menton.

Les dimensions de la tête s'apprécient au moyen de lignes fictives qui traversent le crâne dans différentes directions et qu'on appelle diamètres. Ces diamètres sont :

1° Le diamètre *occipito-mentonnier* qui s'étend de l'occiput au menton, a 13 1/2 centimètres; c'est le plus grand de tous;

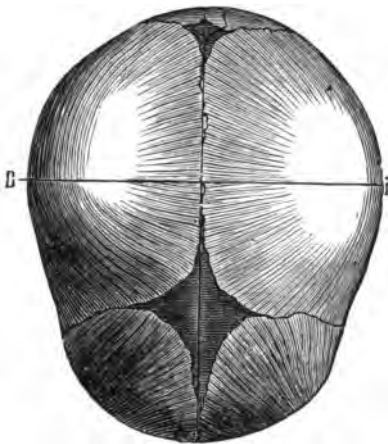
2° Le diamètre *occipito-frontal*, qui va de l'occiput au front; il a de 11 à 11 1/2 centimètres;



Tête du fœtus à terme (profil.)

O F. Diamètre occipito-frontal. — O' M. Diamètre occipito-mentonnier.
B T. Diamètre vertical.

$\frac{1}{2}$



Tête du fœtus à terme (sommet).

B P. Diamètre bi-pariétal.

3° Le diamètre *occipito-bregmatique*, qui va de l'occiput à la grande fontanelle, mesure 9 à 10 centimètres ;

4° et 5° Les deux diamètres *transverses*, c'est-à-dire le *bi-pariétal*, qui va d'une bosse pariétale à l'autre, long de 9 à 9 1/2 centimètres, et le *bi-temporal*, qui va d'une tempe à l'autre, long seulement de 7 à 8 centimètres.

Diamètre occipito-mentonnier . . .	13 1/2 centimètres	
» occipito-frontal	11—11 1/2	»
» sous-occipito-bregmatique . .	9—10 1/2	»
» bi-pariétal	9— 9 1/2	»
» bi-temporal	7— 8	»

DES CHANGEMENTS QUE LA GROSSESSE PRODUIT SUR LA FEMME

La grossesse apporte des modifications dans toute l'économie; les plus importantes sont celles de la matrice, nous les étudierons en premier lieu.

Les parois de la matrice, qui dans l'état de vacuité sont blanchâtres, fermes et résistantes, ne contenant pas de sang, changent de nature dès le début de la grossesse. Elles se ramollissent, deviennent très vasculaires et charnues. Les vaisseaux sont destinés à fournir les éléments nécessaires au développement du fœtus, et les muscles à favoriser son expulsion au moment de l'accouchement.

La matrice change de *forme et de volume*. D'abord aplatie sur les deux faces, elle s'arrondit pour prendre dans les derniers mois la forme d'un œuf.

Situation de la matrice. Pendant les trois premiers mois la matrice reste dans l'excavation du bassin, et n'est d'habitude pas sentie à la palpation au-dessus du pubis; à deux mois, elle a à peu près la grosseur d'un œuf d'oie et le col se rapproche de la vulve et peut être plus aisément touché par le doigt introduit dans le vagin.

A la fin du troisième mois, la matrice s'élève au-dessus du pubis où on la sent à la palpation.

A quatre mois, le fond de la matrice est entre le pubis et le nombril ; on la sent comme une boule ferme et résistante si l'on presse avec les mains posées à plat sur le bas-ventre.

• A cinq mois l'utérus s'élève à deux travers de doigt au-dessous du nombril.

A six mois, la matrice dépasse le nombril qui semble moins enfoncé.

A sept mois, le fond de la matrice est à trois travers de doigt au-dessus du nombril.

A huit mois, l'utérus arrive jusqu'au creux de l'estomac, le museau de tanche est porté très haut et très en arrière dans la concavité du sacrum et il est difficile de l'atteindre.

Au neuvième mois, la matrice cesse de s'élever, et dans les deux dernières semaines, elle tend à redescendre. Les femmes se sentent soulagées pour respirer et pour digérer et l'accouchement est dès lors très prochain.

Au terme de la grossesse, la matrice a la forme d'un gros œuf ; elle a environ 35 centimètres de longueur, 24 de largeur ; son poids qui était de 30 grammes avant la conception, atteint un kilogramme et plus.

La matrice, en grossissant et en remontant dans la cavité abdominale, s'incline d'habitude par son fond à droite et en avant. Cette inclinaison explique pourquoi au toucher il faut chercher le col en haut, en arrière et du côté gauche.

Les changements subis par le col de la matrice sont très différents chez les *primipares*, c'est-à-dire chez les femmes enceintes pour la première fois, et chez les *multipares*, ou femmes qui ont déjà eu des enfants.

Le plus important est le *ramollissement*, qui commence dès le début de la grossesse par l'extrémité inférieure du col et fait des progrès réguliers de bas en haut en gagnant peu à peu la portion qui est au-dessus du vagin et l'orifice interne. Le ramollissement est beaucoup plus lent et moins complet chez les *primipares* que

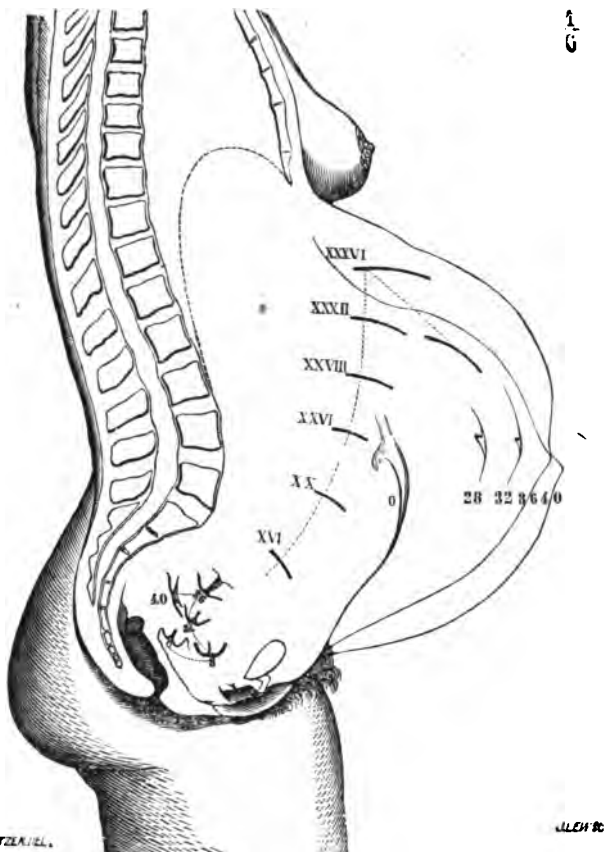


Figure schématique indiquant la hauteur du col et du fond de la matrice, et la forme de la paroi abdominale antérieure à différentes époques de la grossesse.

o) Hauteur du col à l'état de vacuité. — 8, 30, 36, 40, hauteur du col à la 8^e, 30^e, 36^e, 40^e semaine de la grossesse. — XVI, XX, XXVIII, XXXII, XXXVI, fond de la matrice à la 16^e, 20^e, 26^e, 28^e, 32^e, 36^e semaine. (La ligne non numérotée, au niveau et en avant de la ligne marquée XXXII, indique la hauteur du fond de l'utérus au moment de l'accouchement.) — o Paroi abdominale antérieure à l'état de vacuité. — 28, 32, 36, 40, la même paroi aux semaines correspondantes. (SCHULTZE, *Atlas* s.)

chez les multipares ; il est très peu marqué jusqu'au sixième mois où il n'atteint encore que la moitié du museau de tanche, puis il devient de plus en plus prononcé, et à la fin de la grossesse le col est si mou qu'on le distingue parfois difficilement des parois du vagin.

Chez les primipares, le col présente certains changements appréciables dès les deux premiers mois de la grossesse ; la fente transversale du museau de tanche se change en un orifice arrondi comme une petite fossette ; la muqueuse du col donne la sensation d'un morceau de drap tendu sur un corps dur.

Chez les multipares, le col est déchiré, plus ou moins déchiqueté par les accouchements précédents, ensorte qu'on ne peut apprécier dans les deux premiers mois les mêmes changements que chez les primipares.

La grande différence entre les primipares et les multipares concerne l'orifice externe du col : chez les femmes qui sont grosses pour la première fois, il reste fermé jusqu'au terme de la grossesse, tandis qu'il s'entr'ouvre dès les premiers mois chez celles qui ont déjà eu des enfants ; cette ouverture de l'orifice, qui est très petite au commencement s'élargit, et vers le septième mois on peut y introduire le bout du doigt jusqu'à la moitié de la longueur du col ; celui-ci prend ainsi la forme d'un dé à coudre ou d'un éteignoir ; au neuvième mois le doigt peut pénétrer jusqu'à l'orifice interne.

L'*orifice interne* du col reste fermé chez toutes les femmes jusqu'au commencement du neuvième mois et même plus tard, puis il commence aussi à s'ouvrir et à s'élargir par degrés, mais toujours beaucoup plus lentement chez les primipares que chez les multipares.

Dans la dernière quinzaine la dilatation de l'orifice interne finit par amener l'effacement complet du col ; il ne reste plus qu'une ouverture arrondie plus petite chez les primipares que chez les multipares.

Le ramollissement du col s'opère de bas en haut, tandis que l'effacement s'opère de haut en bas.

En résumé :

1) Le tissu du col se ramollit dès le début de la grossesse; ce ramollissement, peu sensible dans les premiers mois pendant lesquels il reste borné à la partie inférieure, augmente petit à petit de manière à envahir successivement de bas en haut toute l'étendue du col; il est beaucoup moins prononcé et moins rapide dans sa marche chez les primipares que chez les autres femmes.

2) La cavité du col se dilate en même temps que les parois se ramollissent, ce qui donne au col des femmes déjà mères, la forme d'un dé à coudre.

3) L'orifice externe reste fermé chez les primipares jusqu'à la fin de la grossesse; il est largement ouvert chez les autres femmes.

4) Dans la dernière quinzaine, toute la longueur du col disparaît pour se confondre avec le corps de la matrice.

MODIFICATIONS PRODUITES PAR LA GROSSESSE DANS D'AUTRES ORGANES

Le vagin et les parties externes de la génération présentent plus de mollesse, deviennent plus flasques et plus lâches. Le vagin laisse couler dans les quinze derniers jours d'abondantes glaires blanchâtres qui le rendent plus lisse et plus glissant; quelques femmes croient alors qu'elles ont des pertes de lait, mais le lait n'a rien à faire avec cette sécrétion dont le but est de faciliter le passage de l'enfant.

La peau du *ventre* est considérablement distendue et amincie; il s'y forme des *vergetures* ou raies grisâtres, horizontales et verticales qui ne s'effacent jamais entièrement; la peau du ventre ne redevient pas telle qu'elle était avant l'accouchement, elle reste flasque et ridée.

La *peau* de tout le corps a une tendance marquée à se charger pendant la grossesse de matière colorante brune; c'est ainsi qu'il se

forme, outre les vergetures dont nous venons de parler, une ligne brune qui s'élève du pubis au nombril et même à l'épigastre; il apparaît parfois au visage et sur les épaules des taches brunâtres plus ou moins étendues qui disparaissent après les couches; tous ces phénomènes sont plus marqués chez les femmes brunes que chez les blondes.

Les ligaments des articulations du bassin se ramollissent et se relâchent, permettant ainsi aux parois osseuses de s'écarter quelque peu et d'augmenter le diamètre du bassin. Cette altération des ligaments peut devenir une maladie sérieuse et empêcher la marche.

Les mamelles dès les premiers mois deviennent plus fermes, plus tendues, de grosses veines bleuâtres se développent à leur surface, la saillie du mamelon augmente, l'aréole prend une couleur plus foncée et s'entoure d'un cercle brun parsemé de taches blanchâtres (auréole mouchetée ou pommelée); il se développe à sa surface de petites élévations désignées sous le nom de tubercules papillaires, et chez beaucoup de femmes la sensibilité des bouts de seins est tellement augmentée que le simple contact des vêtements est douloureux. Ces modifications, lorsqu'elles sont un peu prononcées, ont une grande valeur pour reconnaître la grossesse chez les femmes enceintes pour la première fois. Enfin, depuis le 8^{me} mois, on peut faire sortir des seins en les pressant un liquide laiteux nommé *colostrum*; quelquefois ce liquide est si abondant qu'il coule de lui-même.

L'état général subit pendant la grossesse des changements importants dont nous parlerons en détail lorsque nous étudierons les maladies particulières aux femmes enceintes; nous nous bornerons à citer ici les troubles de la digestion, les nausées, les vomissements qui manquent très rarement, la difficulté d'uriner, l'oppression, enfin les changements dans l'humeur et le caractère.

TABLEAU RÉSUMANT LES MODIFICATIONS QUE LA MATRICE SUBIT PENDANT LA GROSSESSE

CHANGEMENTS SUBIS PAR LE TISSU DE LA MATRICE

Développement de fibres musculaires, d'artères et de veines.

CHANGEMENTS DANS LA GRANDEUR ET LA SITUATION DE LA MATRICE

Dans les 3 premiers mois, la matrice reste dans le petit bassin.

Après 3 mois, la matrice s'élève au-dessus du détroit supérieur.

A 4 mois, le fond de la matrice est entre le pubis et le nombril.

A 5 mois, le fond est à deux travers de doigt au dessous du nombril.

A 6 mois, il dépasse le nombril qui est moins enfoncé.

A 7 mois, il est à trois travers de doigt au-dessus.

A 8 mois, la matrice arrive au creux de l'estomac.

A 9 mois, elle cesse de s'élever.

Dans les 15 derniers jours, la matrice redescend.

CHANGEMENTS SUBIS PAR LE COL

Chez les primipares.

Ramollissement du col, progressant de bas en haut avec lenteur.

Dans les deux premiers mois, le col est plus pointu, sa fente transversale devient arrondie comme une petite fossette.

L'orifice externe reste fermé jusqu'à la fin de la grossesse.

Effacement du col dans les derniers jours.

Chez les multipares.

Ramollissement du col, de bas en haut, plus rapide.

Pas de changements appréciables dans les deux premiers mois.

Orifice externe largement ouvert, col en forme de dé à coudre ou d'éteignoir.

Effacement du col, dans la dernière quinzaine.

DES SIGNES DE LA GROSSESSE

Les signes de la grossesse sont nombreux, mais n'ont pas tous la même valeur ; les uns sont indiqués par la femme elle-même, ce sont : la cessation des règles, l'augmentation de volume du ventre, les changements dans les seins, l'état général et les mouvements de l'enfant ; les autres ne peuvent être constatés que par un examen attentif, consistant dans la palpation, l'auscultation et le toucher.

1. *Cessation des règles.* L'arrêt de la menstruation est un signe d'une grande valeur, car lorsque chez une femme bien portante et régulièrement réglée, les époques viennent à manquer sans cause appréciable, il y a une grande probabilité de grossesse, mais il n'y a pas de certitude absolue parce que les règles peuvent être arrêtées, surtout pendant les premiers mois du mariage, par diverses causes sans que la femme soit enceinte ; de même il peut arriver par exception qu'elles continuent à paraître pendant les premiers mois de la grossesse.

2. *L'augmentation de volume du ventre* qui devient sensible entre le 4^{me} et le 5^{me} mois, et l'effacement du creux du nombril qui se prononce à partir du 6^{me} mois, sont des signes incertains et de peu de valeur, car ils peuvent être produits par d'autres causes que la grossesse, comme par l'hydropisie ou des tumeurs qui se développent dans le ventre.

3. *Signes fournis par les seins,* l'augmentation de leur volume, la sensibilité, la coloration plus foncée de l'aréole et de la peau qui l'entoure ; les élévations qui se forment sur l'aréole sont des signes importants chez une primipare, mais chez les femmes qui ont déjà eu des enfants, ils perdent de leur valeur, car il est difficile de savoir s'ils sont le fait d'une nouvelle grossesse.

4. *Les troubles généraux de la santé* ne sont pas des signes de grande valeur, mais la salivation abondante, le dégoût des aliments, les nausées et surtout les vomissements le matin s'observent si habituellement qu'ils méritent d'être pris en considération.

5. *Mouvements de l'enfant.* Depuis le milieu de la grossesse, le fœtus peut exécuter des mouvements assez énergiques pour que la mère en ait conscience et qu'on les constate avec les mains appliquées sur le ventre. Ces mouvements fournissent un signe parfaitement certain de la grossesse, mais on ne doit pas à cet égard se fier complètement aux sensations de la femme parce qu'elle est sujette à se tromper. Les gaz qui circulent dans l'estomac ou les intestins, ou les mouvements des intestins eux-mêmes peuvent lui faire croire qu'elle a senti remuer son enfant. La sage-femme devra donc chercher à sentir elle-même les mouvements du fœtus qui peuvent être généraux, c'est-à-dire de tout le corps de l'enfant, ou partiels quand ils sont produits par les membres.

6. *Signes fournis par la palpation.* La palpation du ventre permet de constater les *mouvements* de l'enfant qui sont de deux sortes, les mouvements *spontanés* et les mouvements *communiqués*; les mouvements spontanés sont ceux que le fœtus exécute de lui-même, la mère les sent comme un choc ou un frémissement intérieur, on les distingue nettement avec les mains appliquées sur le ventre; les mouvements communiqués sont ceux que l'on fait exécuter à l'enfant en pressant sur lui avec les mains au travers des parois du ventre; tous ces mouvements, bien constatés, sont un signe certain de la grossesse.

Dans les derniers mois, la palpation fait distinguer au travers des parois du ventre les *différentes parties du corps de l'enfant*, ses pieds et ses fesses qui sont ordinairement en haut et sur un des côtés et sa tête qui se trouve en bas.

7. *Signes fournis par l'auscultation.* En appliquant l'oreille directement sur le ventre, on entend pendant la grossesse deux bruits particuliers, celui du souffle utérin, et celui des bruits du cœur du fœtus.

Le *souffle utérin* est un bruit de soufflet qui se produit à chaque battement du poulx de la mère et qu'on entend depuis le 4^e mois sur les parties inférieures et latérales du ventre ou plus rarement vers le fond de la matrice. Ce bruit a peu d'importance parce qu'il s'entend aussi dans les cas de tumeurs abdominales.

Les *bruits du cœur du fœtus* s'entendent ordinairement avec netteté depuis le 5^{me} mois comme un bruit de tictac répété environ 130 à 160 fois par minute, ils ressemblent aux battements d'une montre qui serait enveloppée dans un mouchoir. Le point où on les entend le mieux correspond à la place du cœur de l'enfant et varie suivant la présentation, on l'appelle point du maximum d'intensité des bruits du cœur. Comme les bruits du cœur se propagent le long de la colonne vertébrale, ils seront plus distincts si le dos est en avant. Ces bruits sont un signe parfaitement certain de la grossesse, mais ils sont parfois difficiles à constater et peuvent échapper à un examen superficiel ou fait par une personne inexpérimentée.

8. *Signes fournis par le toucher.* Le toucher se pratique avec le doigt introduit au fond du vagin; il fait constater les modifications du col de la matrice et le ballotement.

Les *modifications du col utérin*, son ramollissement et ses changements de forme sont très caractéristiques (voy. p. 56); nous avons vu que le col garde chez les primipares sa forme et sa grandeur et prend chez les multipares celle d'un dé à coudre, nous ne reviendrons pas sur ce sujet.

Le *ballotement* peut se constater depuis le milieu de la grossesse. Si l'on introduit le doigt indicateur au fond du vagin sous la matrice, on sent au travers du tissu de l'utérus une boule dure formée par la tête du fœtus; pour produire le ballotement, on appuie la main gauche sur le ventre de manière à fixer le fond de la matrice tandis qu'on soulève brusquement la tête du fœtus au moyen d'un coup sec donné contre la matrice avec le bout du doigt qu'on a introduit dans le vagin; la tête ainsi chassée s'élève dans l'eau qui la baigne, puis retombe et l'on perçoit nettement l'instant où elle quitte le doigt et celui où elle vient le heurter; c'est à ces deux sensations d'élévation et de choc qu'on donne le nom de *ballotement*.

SIGNES CERTAINS ET SIGNES INCERTAINS DE LA GROSSESSE

Les signes *certain*s sont ceux qui permettent d'affirmer positivement qu'une femme est enceinte, il n'y en a que deux.

1. Les battements du cœur du fœtus bien constatés par l'auscultation.

2. Les mouvements de l'enfant, nettement sentis par la palpation.

Les signes *incertains* (présumés ou probables) ne donnent au contraire qu'une probabilité, ce sont la cessation des règles, l'augmentation de volume du ventre, les modifications des seins, les troubles de la santé, les mouvements de l'enfant tant qu'ils n'ont pas été constatés par la palpation, le bruit du souffle utérin, les modifications du col et le ballottement.

Il se présente assez souvent dans la pratique des cas compliqués où les accoucheurs les plus expérimentés sont dans l'embarras et ont de la peine à décider si une femme est enceinte ou non; il est donc bien permis à une sage-femme d'être aussi quelquefois dans le doute et de demander l'avis d'un médecin, plutôt que de donner une opinion hasardée, au risque de compromettre les intérêts de sa cliente et sa propre réputation.

Remarquons enfin qu'aucun des signes certains de la grossesse (battements du cœur du fœtus, mouvements de l'enfant) ne peut être constaté avant le milieu du quatrième mois et que par conséquent la grossesse ne peut, avant ce terme, être affirmée avec une complète certitude.

TABEAU DES SIGNES DE LA GROSSESSE

SIGNES INDIQUÉS PAR LA FEMME

Cessation des règles.

Augmentation du volume du ventre, visible depuis le quatrième mois.

Signes fournis par les seins { augmentation de volume ;
coloration plus foncée de l'aréole et de
la peau qui l'entoure,
sensibilité exagérée.

Troubles de la santé, nausées, vomissements, etc.

Mouvements de l'enfant, sentis par la mère depuis le milieu de la grossesse.

SIGNES FOURNIS PAR LA PALPATION

Mouvements de l'enfant { spontanés ;
communiqués.

Présence des parties de l'enfant reconnaissables au travers des parois du ventre.

Augmentation du volume de la matrice.

SIGNES FOURNIS PAR L'AUSCULTATION

Bruit du souffle utérin.

Bruit du cœur du fœtus.

SIGNES FOURNIS PAR LE TOUCHER

Ballotement.

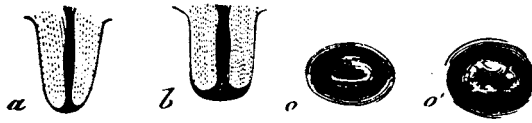
Modification du col { Ramollissement du col.
changement { col fermé chez les primipares.
de forme { col en forme de dé à coudre
du col { chez les multipares.

Effacement du col dans la dernière quinzaine.

SIGNES CERTAINS DE LA GROSSESSE

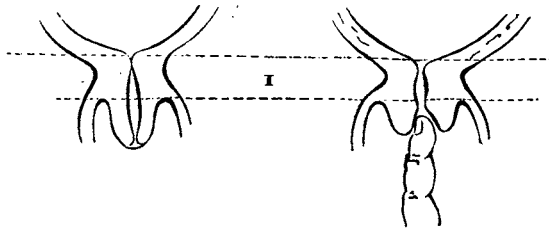
Bruit du cœur du fœtus.

Mouvements spontanés ou communiqués, bien constatés par la palpation.

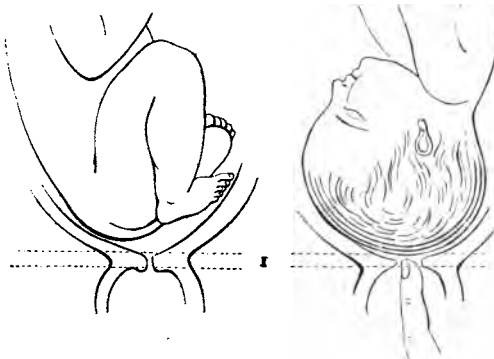


Différences du col utérin et de son orifice externe, suivant que la femme a eu ou non des enfants.

- a. Forme du col utérin chez la femme qui n'a jamais eu d'enfants:
 b. — — — — — qui a eu des enfants.
 o. Orifice externe du col chez la femme qui n'a pas eu d'enfants.
 o'. — — — — — qui a eu des enfants.



Col utérin à la fin du 5^e mois,
 chez la primipare. chez la multipare.



Col utérin à la fin du 9^e mois,
 chez la primipare. chez la multipare.

DE LA GROSSESSE MULTIPLE ET DE SES SIGNES

Dans la grossesse multiple la matrice renferme plusieurs enfants ; les grossesses doubles sont fréquentes, 1 cas sur 80 accouchements ; les grossesses triples sont plus rares, 1 cas sur 8,000 accouchements, et enfin celles où il y a 4 ou 5 enfants sont excessivement rares.

La grossesse multiple peut être une grossesse normale.

Chaque enfant est le plus souvent enveloppé dans une membrane séparée ; quant aux placentas, ils sont quelquefois distincts, d'autres fois réunis.

On peut présumer que la matrice contient deux enfants :

Lorsque le ventre est très gros, très large et comme séparé en deux parties par une dépression plus ou moins profonde.

Lorsque la mère ressent des mouvements des deux côtés à la fois.

Enfin quand l'auscultation fait entendre les bruits du cœur du fœtus sur deux points distincts et éloignés, on est certain d'une double grossesse.

Les autres signes ne sont nullement certains et manquent dans beaucoup de cas ; il arrive donc souvent qu'on ne s'aperçoit de la présence d'un second fœtus qu'à l'accouchement.

DES SIGNES DE LA VIE ET DE LA MORT DE L'ENFANT PENDANT LA GROSSESSE

Le fœtus avant le terme de la grossesse succombe parfois à la suite d'accident ou de maladie ; la fausse couche ne suit en général pas immédiatement la mort de l'enfant, parfois même elle se fait attendre assez longtemps, mais on peut présumer que l'enfant est

mort à deux signes principaux : d'abord à ce que la mère ne sent plus de mouvements, puis à ce qu'on n'entend plus les bruits du cœur.

Si l'expulsion du fœtus mort tarde trop longtemps, il peut survenir du malaise, des frissons, de la fièvre, un écoulement fétide s'établit par le vagin et la santé ne se rétablit qu'après l'expulsion de l'enfant; dans d'autres cas la présence du petit cadavre dans la matrice n'est accompagnée d'aucun symptôme fâcheux.

EXAMEN DE LA FEMME ENCEINTE

DE L'EXAMEN EXTERNE

Pour faire la palpation du ventre, la femme sera placée sur le dos, la tête haute et légèrement penchée sur la poitrine, les cuisses écartées et à demi pliées, de manière à mettre le ventre dans un état de relâchement qui permette de sentir au travers de ses parois les organes qu'il contient. La sage-femme le palpera avec ses deux mains étendues à plat; elle appréciera ainsi les changements de volume de l'utérus, les mouvements de l'enfant et sa position.

L'*auscultation* complète l'examen externe; pour la bien pratiquer, le plus grand silence est nécessaire. Pendant l'accouchement il ne faut ausculter que dans l'intervalle des douleurs.

DE L'EXAMEN INTERNE OU TOUCHER

Le toucher est une des parties les plus importantes et les plus difficiles de l'art des accouchements; aussi les jeunes sages-femmes doivent-elles saisir avec empressement toutes les occasions de s'y exercer et de se perfectionner dans cette opération. La vie de la mère et de l'enfant peuvent dépendre de l'exactitude des renseignements que la sage-femme saura se procurer par ce moyen.

Le toucher se pratique avec le doigt indicateur qu'on introduit dans le vagin, les trois derniers doigts étant pliés comme lorsqu'on fait le poing, et le pouce écarté.

La femme peut être touchée debout ou couchée.

Debout, la femme se place adossée contre une paroi, les jambes un peu écartées; la sage-femme se met devant elle, un genou en terre, et sa main suit la cuisse pour monter jusqu'à la vulve.

La personne qu'il s'agit d'examiner couchée doit se placer sur le dos dans la même position que pour la palpation du ventre; la sage-femme touche d'une main pendant qu'elle fixe le fond de la matrice avec l'autre main étendue à plat sur le ventre.

Voici comment on s'y prend pour toucher : on enduit de beurre, d'huile ou de savon le doigt indicateur dont l'ongle doit être soigneusement coupé afin de ne pas blesser les organes, on passe son bras au devant des cuisses, on écarte les grandes lèvres, on cherche l'entrée du vagin en portant doucement le doigt de bas en haut et on le pousse dans ce conduit jusqu'à ce qu'on rencontre le museau de tanche; le doigt pénétrera en suivant la courbure du vagin, c'est-à-dire qu'il faut le diriger d'abord en arrière, puis le relever et le porter en haut et un peu en avant, on obtient ce résultat en ayant soin d'abaisser graduellement le coude jusqu'au matelas et en tenant le bras dans la prolongation de l'axe du corps. On peut toucher la femme par derrière, pour cela elle est étendue sur le lit, la jambe sur laquelle elle repose tendue, l'autre fortement fléchie. Il est bon de s'exercer à toucher avec les deux mains, car la femme peut être incapable de se lever et le lit disposé de telle sorte que la main gauche puisse seule servir.

Une fois qu'on a touché le museau de tanche, on sent et on examine quelle est sa longueur, sa grosseur, sa dureté et l'état de l'orifice; puis on cherche si on peut sentir l'enfant au travers des parois de la matrice.

Il faut toujours avoir soin pendant qu'on touche avec une main, d'appliquer l'autre à plat sur le ventre et de presser avec elle de manière à fixer la matrice.

Le toucher avec un doigt suffit dans presque tous les cas, le tou-

cher avec deux doigts ou avec la main introduite tout entière dans le vagin sont des procédés douloureux et presque toujours inutiles.

Règles générales à observer dans l'examen des femmes enceintes.

La sage-femme ne doit jamais examiner ni toucher une femme sans s'être d'abord rendu compte bien exactement du but qu'elle se propose et des signes qu'elle désire constater; si l'on touche au hasard sans savoir ce qu'on va chercher, on n'arrive à aucun résultat.

La sage-femme mettra dans son exploration de la délicatesse et de la décence; elle ne se croira pas dispensée de l'observation des convenances parce qu'elle est du même sexe que sa cliente; elle aura soin de découvrir la femme le moins possible et d'éloigner les personnes inutiles.

Il ne faut jamais oublier qu'une femme enceinte est craintive et impressionnable, surtout lors d'une première grossesse; la sage-femme évitera donc de l'effrayer par des récits d'opérations, d'accidents ou de cures extraordinaires; si l'examen lui révèle quelque chose d'inquiétant, elle ne le laissera pas paraître sur son visage et cherchera toujours à garder son calme et son sang-froid.

La sage-femme sera de la plus grande propreté, elle se lavera les mains avant et après l'examen de la femme, car en négligeant ces soins de propreté elle peut transmettre de graves maladies et s'expose à les contracter elle-même. Il suffit d'une légère écorchure au doigt pour qu'en touchant une femme malade, la contagion ait lieu. Aussi pour éviter cet accident la sage-femme veillera à ce que ses mains soient intactes, et en cas de blessure se lavera promptement à grande eau en mettant sur la plaie du vinaigre ou de l'alcali.

HYGIÈNE DES FEMMES GROSSES

L'hygiène est la science qui enseigne les moyens de conserver la santé et de se préserver des maladies; les femmes grosses doivent en observer plus particulièrement toutes les règles, car elles sont

très impressionnables et des causes qui n'auraient pas d'influence sur leur santé dans toute autre circonstance peuvent avoir des suites fâcheuses pour elles et pour leur enfant.

Il n'y a pas de régime spécial pour les femmes enceintes ; il faut éviter les repas copieux, surtout le soir, et les excès de toute nature, et en général ne pas changer le genre de vie auquel la femme était habituée et dont elle se trouvait bien.

Il faut éviter la constipation ; des lavements de temps en temps, des légumes verts, des fruits cuits, du laitage y remédieront beaucoup mieux que des purgatifs auxquels les sages-femmes sont en général beaucoup trop pressées d'avoir recours et qui ont de nombreux inconvénients.

C'est une erreur de croire qu'il faut satisfaire tous les caprices bizarres que la grossesse inspire aux femmes ; si ce qu'elles demandent est malsain ou déraisonnable, il faut le leur refuser sans craindre de voir l'enfant en porter la marque, sous forme d'envie ou de taches.

La vie au grand air favorise le bon état des forces et de la digestion. La station assise dispose aux congestions utérines ; la marche et un exercice modéré sont donc très utiles en régularisant le cours du sang.

Une fatigue excessive, la danse, les longues marches, les courses en char mal suspendu doivent être défendues ; la femme enceinte évitera de porter des fardeaux, de soulever des objets pesants, de se livrer à des travaux pénibles ; ces précautions sont surtout nécessaires pendant les trois premiers mois : plus tard la fausse couche se produit moins aisément.

Les femmes enceintes éviteront d'aller dans les endroits où il y a foule et où elles peuvent être pressées et recevoir des coups sur le ventre.

Les rapports sexuels ne sont pas interdits ; il faut cependant qu'ils soient modérés et on doit s'en abstenir au moment qui correspond aux époques, car c'est alors que le coït peut provoquer l'avortement.

Une grande frayeur, une émotion vive peuvent parfois amener une fausse couche, il faudra donc autant que possible en garantir la femme enceinte.

Les vêtements seront amples, le corset ne doit pas être serré,

le mieux est de s'en passer tout à fait, afin que les seins et le ventre soient libres de toute compression.

Si le ventre tombe en avant, il faut le soutenir au moyen d'un large bandage de corps qui le maintienne sans le serrer; on peut se servir à cet effet d'une simple serviette passée sous le ventre et attachée derrière les reins, ou de ceinture hypogastrique.

La propreté est absolument indispensable; les femmes grosses doivent se laver chaque jour les parties génitales avec de l'eau tiède et prendre de temps en temps des bains; ces bains sont utiles à la condition de n'être pas trop chauds (environ 30 degrés C.).

La sage-femme ne prescrira jamais des bains de pieds chauds qui pourraient provoquer l'avortement.

Si la femme n'a pas encore nourri, la sage-femme devra examiner ses seins et particulièrement les mamelons afin d'utiliser les deux ou trois derniers mois de la grossesse pour les former si leur saillie n'est pas suffisante.

On peut former le mamelon en le faisant sucer tous les jours par une personne bien portante, on a aussi de petites pompes ou tétérelles faites exprès pour cet usage.

Quelques femmes ont les mamelons extrêmement sensibles, il sera utile de fortifier la peau en les lavant avec du vin, de l'eau-de-vie ou de l'eau d'arquebuse.

De simples soins de propreté suffisent; d'autres lotions ou des manœuvres de quelque genre que ce soit, dans le but de faciliter l'accouchement, sont inutiles.

La saignée était autrefois très souvent pratiquée pendant la grossesse, on sait maintenant qu'il faut être prudent dans l'emploi de ce moyen et comme la sage-femme n'est pas en état de juger des occasions où la saignée peut être utile, elle ne la fera jamais.

III^e DIVISION

DE L'ACCOUCHEMENT NATUREL

L'*accouchement* est l'expulsion du fœtus, de ses membranes et du placenta au terme de la grossesse.

On donne aussi à l'acte de l'accouchement le nom expressif de *travail*.

L'accouchement à *terme* est celui qui se fait après que la grossesse a duré 280 jours.

L'accouchement *prématuré* est celui qui a lieu du septième au neuvième mois, époque à laquelle l'enfant est capable de vivre.

L'accouchement *retardé* est celui qui a lieu après les neuf mois révolus : il est très rare.

L'accouchement est dit *naturel* quand il s'opère par les seuls efforts de la nature et sans qu'aucun accident rende nécessaires les secours de l'art, dans le cas contraire l'accouchement est appelé *vicieux*.

CAUSES DE L'ACCOUCHEMENT

L'expulsion du fœtus est produite par les contractions de la matrice.

Lorsque la matrice se *contracte*, elle se resserre afin de chasser au dehors ce qu'elle contient.

Chacune des contractions de la matrice est généralement accompagnée de souffrance ; aussi emploie-t-on ordinairement le mot de *douleurs* dans le même sens que celui de contractions de la matrice.

Elles sont absolument involontaires ; la femme ne peut ni les provoquer, ni les arrêter.

Le caractère particulier de ces contractions et des douleurs qui les accompagnent est d'être *intermittentes*, c'est-à-dire qu'elles sont séparées par des intervalles plus ou moins longs de repos complet pendant lesquels la matrice ne se contracte pas.

Une contraction dure rarement plus de 20 à 30 secondes. Au début de l'accouchement les douleurs ont lieu de $\frac{1}{4}$ d'heure en $\frac{1}{4}$ d'heure, puis de dix en dix minutes, plus tard elles peuvent être plus rapprochées.

Une contraction prolongée est presque toujours suivie d'une douleur moins intense et plus courte.

L'enfant lui-même ne prend aucune part active à l'accouchement, mais il est poussé au dehors par les contractions utérines, comme le serait un corps inanimé. Que l'enfant soit vivant ou qu'il soit mort, il n'en résulte aucune différence au point de vue de l'accouchement.

La grande force de contraction de l'utérus est due à la quantité de fibres musculaires qui se sont développées dans ses parois pendant la grossesse.

Les contractions utérines sont aidées vers la fin de l'accouchement par l'effort volontaire des muscles des parois de l'abdomen et du diaphragme ; la femme pousse alors de toutes ses forces et la matrice comprimée par la contraction violente de ces muscles agit avec plus de vigueur. Les contractions des muscles abdominaux ne sont cependant pas indispensables à l'accouchement, car on a vu des femmes accoucher étant évanouies, narcotisées et même après leur mort, conditions dans lesquelles les contractions volontaires des muscles du ventre ne peuvent pas entrer en jeu et où la matrice agit seule.

Les femmes enceintes ressentent parfois des douleurs qui ne proviennent pas des contractions de l'utérus, mais de diverses autres causes ; on les nomme *fausses douleurs* pour les distinguer des douleurs de l'enfantement qu'on appelle *vraies* ou *bonnes douleurs*,

il est très important que la sage-femme sache reconnaître si les douleurs qu'une femme éprouve sont fausses ou vraies.

Les vraies douleurs prennent en ceinture, partant des reins pour descendre dans le ventre. Les femmes qui ont déjà accouché ne s'y trompent pas et savent les distinguer de toutes les autres. Les vraies douleurs sont intermittentes, cessent, s'apaisent complètement dans le temps qui les sépare et reviennent à intervalles assez réguliers; elles se distinguent surtout à ce qu'elles sont accompagnées d'une contraction de la matrice reconnaissable par la palpation et le toucher; en palpant le ventre pendant une bonne douleur on sent que l'utérus se durcit et se resserre en boule; les parties de l'enfant ne peuvent plus être distinguées à travers les parois du ventre et en auscultant on n'entend plus le bruit du cœur du fœtus; si l'on touche, on trouve que le bord de l'orifice du col se durcit et que les membranes qui enveloppent le fœtus se tendent, puis, dès que la douleur cesse, le bord de l'orifice et les membranes se relâchent. Ces signes sont caractéristiques et quand la sage-femme les constate, elle sait que le travail de l'accouchement est commencé.

Les fausses douleurs sont causées par des coliques, des gaz dans les intestins, des crampes, elles n'offrent aucun retour régulier, ne sont pas en ceinture et ne s'accompagnent pas d'une contraction de matrice; elles sont nuisibles quand elles se déclarent pendant le travail.

DESCRIPTION SOMMAIRE DE LA MARCHE DE L'ACCOUCHEMENT

L'accouchement est annoncé dans les derniers jours de la grossesse par un ensemble de signes que l'on nomme les *signes précurseurs de l'accouchement*.

L'accouchement lui-même se divise en trois temps bien distincts; le premier temps est caractérisé par la dilatation de l'orifice du col utérin, il commence avec les premières contractions de la matrice et

se termine lorsque l'orifice est complètement ouvert et que la matrice et le vagin ne forment plus qu'un seul canal; pendant ce premier temps, qui est le temps de *dilatation*, l'enfant reste dans la matrice.

Le second temps est celui de l'*expulsion du fœtus*; il commence quand l'orifice est dilaté et se termine quand l'enfant est hors de l'utérus.

Le troisième temps comprend l'expulsion du placenta; on l'appelle la *délivrance*.

Dans la description qui va suivre, nous supposerons que l'enfant vient au monde avec la tête la première, ce qui est le cas le plus fréquent et le plus favorable.

SIGNES PRÉCURSEURS DU TRAVAIL

Dans la dernière quinzaine de la grossesse, la matrice s'abaisse en avant; la femme se sent dégagée en ce sens qu'elle respire plus librement, mais elle éprouve d'autant plus de difficultés à marcher, ainsi qu'à uriner et aller du ventre; un écoulement de glaires épaisses se fait par le vagin, enfin il se déclare de petites douleurs appelées *mouches*, indiquant que la matrice se prépare au travail de l'enfantement qui ne peut dès lors plus tarder.

Premier temps ou temps de dilatation.

Au début du travail, l'orifice du col est fermé chez les primipares, entr'ouvert mais nullement dilaté chez les multipares.

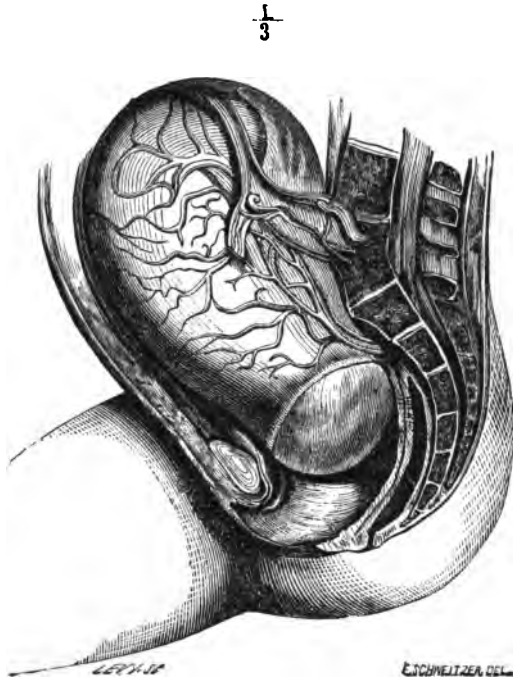
Les douleurs sont d'abord faibles et espacées, puis elles deviennent graduellement plus intenses et plus rapprochées; les femmes ne peuvent plus les cacher; si elles causent, elles s'interrompent brusquement à chaque douleur; si elles marchent, on les voit s'arrêter et et s'appuyer sur une chaise, sur un meuble.

L'orifice s'ouvre peu à peu sous l'influence de ces contractions,

les membranes du fœtus sont poussées avec l'eau qu'elles contiennent et viennent former dans le vagin une saillie dite *poche des eaux*.

A la fin du temps de dilatation, les bords de l'orifice sont entièrement confondus avec les parois du vagin. La dilatation de l'orifice est causée par les contractions de la matrice et favorisée par la pression de la poche des eaux. Elle s'accompagne d'ordinaire d'un écoulement de glaires sanguinolentes; on dit alors que la *femme marque*.

Bien que les douleurs de cette période soient moins fortes que celles qui vont suivre, elles sont fort pénibles pour les femmes; on leur donne le nom de *douleurs préparantes*.



Poche prête à se rompre.

Deuxième période, ou période d'expulsion du fœtus.

Lorsque la dilatation est complète, la poche des eaux se rompt par l'effet d'une forte contraction, et les eaux s'écoulent. Cette rupture se fait dans quelques cas avec un certain bruit et les eaux jaillissant avec abondance inondent la femme; dans d'autres cas si la poche des eaux est peu développée, l'écoulement est insignifiant.

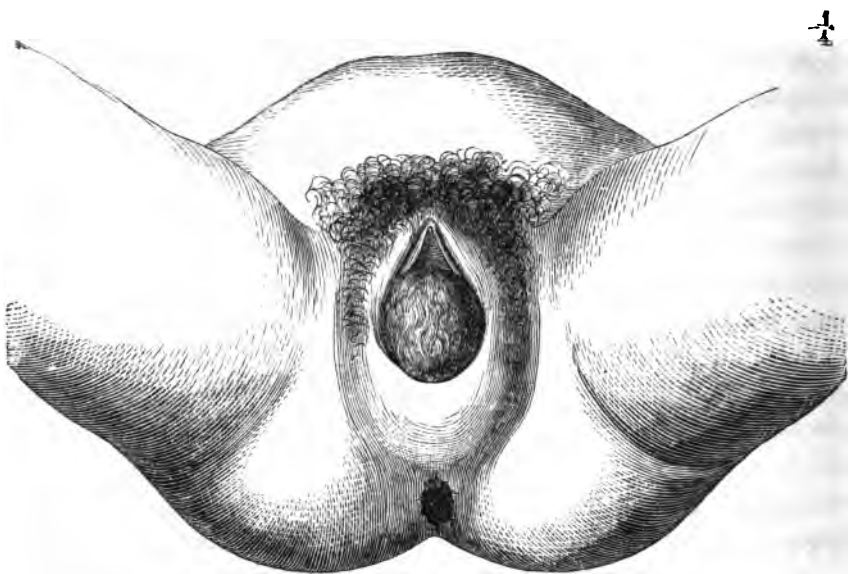
Le travail s'interrompt un instant, puis les douleurs recommen-

cent et ont dès ce moment pour effet de faire avancer l'enfant vers la vulve.

La tête franchit l'orifice de la matrice, descend dans le petit bassin, pèse fortement sur la vessie et le rectum et détermine de faux besoins d'uriner et d'aller à la selle.

Les douleurs se succèdent sans relâche, la femme pousse de toutes ses forces et sous l'influence de ces contractions énergiques, le périnée se distend, la vulve s'entr'ouvre et le sommet de la tête du fœtus devient visible à l'extérieur.

A chaque douleur la tête avance et semble vouloir sortir; mais dès que la douleur cesse, elle remonte à cause de la résistance et de l'élasticité du périnée et de la vulve. Cependant à chaque nouvelle contraction elle sort davantage et remonte moins haut, enfin elle glisse au dehors, le reste du corps la suit accompagné d'une certaine quantité d'eau.



E. SCHWEITZER. DEL.

J. LEY. SC.

Tête au périnée.

Les douleurs de la *seconde période* ont un tout autre caractère que les douleurs préparantes du temps précédent, on les nomme *douleurs expultrices*. La femme retient fortement et longuement sa respiration comme pour faire un violent effort, elle éprouve le besoin de se cramponner au lit, aux objets et aux choses qui l'environnent, elle contracte les muscles du ventre et pousse avec énergie; pendant ces efforts, les veines du cou et du visage se gonflent, la face est rouge, les yeux brillent, la femme crie d'une manière caractéristique, enfin elle rend parfois sans le vouloir les urines et les matières fécales.

Après la sortie de l'enfant, la femme éprouve un soulagement et un bien-être inexprimables, et les joies de la maternité lui font oublier les douleurs de l'enfantement.

Troisième période, ou délivrance.

L'accouchée n'est cependant pas au bout de ses peines, car il faut que la matrice se débarrasse du délivre, ce qui constitue la troisième et dernière période du travail, ou la délivrance.

Les accoucheurs donnent aussi au délivre le nom *d'arrière-faix*, celui-ci est composé du placenta, des membranes de l'œuf et du cordon.

Dès que l'enfant est né, la matrice se contracte, revient sur elle-même de manière à décoller le placenta qui arrive alors sur l'orifice utérin, et provoque de nouvelles contractions accompagnées de légères douleurs qui ont pour effet de le pousser dans le vagin; parvenu là, le placenta s'arrête jusqu'à ce que les contractions des parois de ce canal, aidées de celles des parois du ventre, finissent par l'expulser au dehors, ce qui termine l'accouchement.

On peut donc distinguer trois actes successifs dans la délivrance naturelle : *le décollement du placenta, son expulsion de la matrice dans le vagin, et son expulsion hors du vagin.*

La délivrance est peu douloureuse, les voies ayant été ouvertes par le passage de l'enfant, et l'arrière-faix, quoique assez volumineux

étant un corps mou, susceptible de prendre la forme des parties qu'il traverse, est incapable de les blesser.

La délivrance ne s'opère jamais sans l'écoulement d'une quantité notable de sang liquide ou en caillots, provenant de la déchirure des vaisseaux sanguins qui vont de la matrice au placenta. C'est la pratique qui apprendra à la sage-femme à apprécier si la perte de sang est normale, ou si elle est trop forte et réclame des soins particuliers.

La perte de sang provenant du décollement du placenta, continuant après la délivrance devient très grave si la matrice en se contractant ne se resserre de toutes parts de manière à fermer rapidement l'orifice des vaisseaux déchirés. Quand ces contractions manquent, on dit qu'il y a *inertie de la matrice*.

DE QUELQUES DIFFÉRENCES DANS LA MARCHÉ DU TRAVAIL CONCERNANT SPÉCIALEMENT L'ÉCOULEMENT DES EAUX

La marche de l'accouchement que nous venons d'indiquer est celle de la grande majorité des cas, mais on observe quelquefois des différences, des irrégularités que la sage-femme doit connaître.

Des fausses eaux. Il se fait parfois pendant la grossesse ou au début du travail un écoulement d'eau par le vagin; on peut croire alors que la poche des eaux est déjà rompue; il n'en est rien, car elle se forme lors de la période de dilatation. Ces *fausses eaux*, comme on les appelle, proviennent de liquides contenus entre les parois de la matrice et les membranes qui enveloppent le fœtus, elles n'ont rien de commun avec les vraies eaux contenues dans ces membranes.

Écoulement prématuré des eaux. Lorsque les membranes sont moins résistantes que de coutume, les eaux peuvent s'écouler avant la dilatation complète de l'orifice utérin.

Cette rupture prématurée n'a pas de grands inconvénients dans

l'accouchement normal, car la tête ferme exactement l'orifice utérin, mais elle complique le travail et devient grave pour l'enfant dans les cas de présentation du siège ou du tronc.

Écoulement tardif des eaux. Si au contraire les membranes sont résistantes, elles ne se rompent pas, quoique la dilatation de l'orifice soit complète ; elles descendent alors de plus en plus bas dans le vagin et arrivent jusqu'à la vulve. Quelquefois l'enfant vient au monde enveloppé dans les membranes intactes, il faut alors que la sage-femme se hâte de les déchirer pour que l'enfant puisse respirer.

D'autres fois elles se rompent circulairement autour de la tête de l'enfant et le font naître *coiffé*.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DE LA MARCHE DE L'ACCOUCHEMENT NATUREL

L'accouchement est effectué par les contractions de la matrice. Ces contractions se nomment aussi *douleurs*, bien qu'elles ne soient pas toujours douloureuses ; elles sont involontaires.

L'enfant ne s'aide pas dans l'accouchement, il est poussé au dehors comme une masse inerte.

Les contractions de l'utérus sont aidées dans la période d'expulsion par les efforts.

Les *signes précurseurs de l'accouchement* sont :

L'abaissement de la matrice dans les quinze derniers jours de la grossesse, les glaires, de légères contractions à intervalles éloignés.

Le travail lui-même se divise en trois périodes :

1^o *Période de dilatation* : Dilatation de l'orifice, formation de la poche des eaux, douleurs périfiantes ;

2^o *Période d'expulsion* : Expulsion de l'enfant, rupture de la poche des eaux, douleurs expulsives, conquassantes ;

3^o *Délivrance* : Décollement et expulsion du placenta hors de la matrice et hors du vagin.

DES DIFFÉRENTES PRÉSENTATIONS DU FŒTUS

Le fœtus peut, au moment de l'accouchement, se présenter de quatre manières à l'orifice de la matrice : par le sommet, par la face, par le siège et par le tronc. Il y a donc quatre présentations principales.

1° *Présentation du sommet* (du crâne ou de l'occiput);

2° *Présentation de la face* (on a réuni quelquefois ces deux présentations en une seule appelée présentation de la tête ou de l'extrémité céphalique);

3° *Présentation du siège*;

4° *Présentation du tronc ou de l'épaule.*

L'accouchement naturel n'a lieu que si le fœtus se présente par une de ses extrémités, ce qui arrive dans les trois premières présentations. Mais si l'enfant se présente par le tronc en travers, ce n'est que dans des cas extrêmement exceptionnels que l'accouchement peut être terminé par les seuls efforts de la nature.

Pour bien comprendre le mécanisme de l'expulsion du fœtus, il faut connaître les différentes *positions* que peut prendre dans le bassin chaque partie qui se présente. Nous les étudierons en détail dans les différentes présentations.

I. ACCOUCHEMENT DANS LA PRÉSENTATION DU SOMMET

La présentation du sommet est la plus fréquente et la plus favorable; on la rencontre 19 fois sur 20 accouchements.

L'occiput est ordinairement placé à *gauche et en avant* (*position occipito iliaque gauche antérieure*), c'est ce qu'on appelle la première position du sommet. Sur 100 cas de présentation du sommet

on la trouve environ 70 fois, et dans les autres cas, l'occiput est le plus souvent tourné à *droite et en arrière* (*position occipito iliaque droite postérieure*) seconde position du sommet.

Toute autre position est exceptionnelle, c'est ainsi qu'on trouve, mais très rarement, l'occiput à droite et en avant (troisième position); ou à gauche et en arrière (quatrième position); ou encore exactement à droite ou à gauche (positions transverses).

Le grand diamètre de la tête occupe dans les quatre positions le plus grand diamètre du détroit supérieur, qui est le diamètre oblique. La présence du rectum vers la symphyse sacro-iliaque gauche diminuant la longueur du diamètre oblique qui va de droite en avant à gauche, en arrière, explique la fréquence des deux premières positions.

La forme et les dimensions de la tête sont telles qu'elle ne peut traverser le petit bassin sans exécuter une série de mouvements qu'il faut connaître pour savoir si la marche de l'accouchement est régulière. Ces mouvements sont :

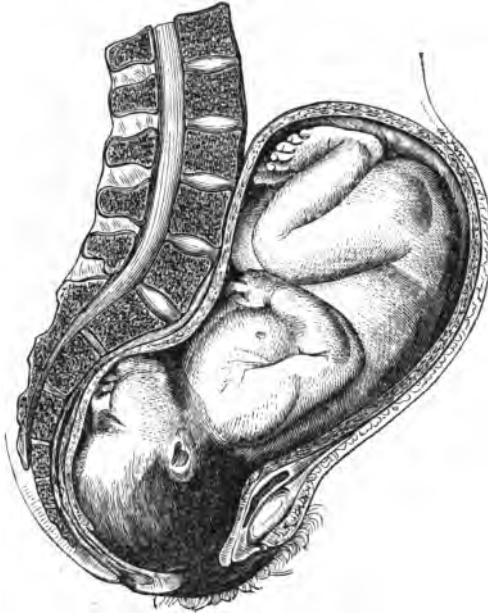
1° *Mouvement de flexion.* Sous l'influence des contractions de la matrice l'enfant se tasse, la tête se fléchit, le menton s'applique sur le devant de la poitrine et l'occiput s'abaisse. Ce mouvement de flexion a pour effet de placer la tête de telle sorte qu'elle ne se présente pas par son diamètre occipito-frontal qui a 11 $\frac{1}{2}$, centimètres, mais par le diamètre sous occipito-bregmatique qui n'a que 9 $\frac{1}{2}$, centimètres.

2° *Descente de la tête.* La tête ayant pris par sa flexion la position la plus favorable s'engage dans le détroit supérieur et descend au fond de l'excavation, sans changer d'attitude; ce mouvement de descente se fait quand la dilatation du col utérin est complète, et correspond au commencement du temps d'expulsion.

Cependant dans un grand nombre de cas la tête est déjà engagée dans l'excavation avant le début du travail.

3° *Mouvement de rotation intérieure.* Lorsque la tête est arrivée au fond de l'excavation, c'est-à-dire au détroit inférieur sur le plancher du bassin, elle subit un *mouvement de rotation qui porte l'occiput en*

avant sous l'arcade pubienne. Ce mouvement de rotation place le diamètre antéro-postérieur de la tête dans le sens du plus grand diamètre du détroit inférieur qui est le diamètre antéro-postérieur ou coccy-pubien.



Présentation du crâne en première position. Tête dans l'excavation (rotation en avant).

4° Dégagement de la tête à la vulve par extension.

L'occiput sort de la vulve, la région sous occipitale (commencement de la nuque) s'arc-boute contre l'arcade des pubis, la tête se défléchit et on voit se dégager successivement au devant du périnée le front, les yeux, le nez et le menton. Le dégagement de l'occiput permet le passage du diamètre occipito-mentonnier.

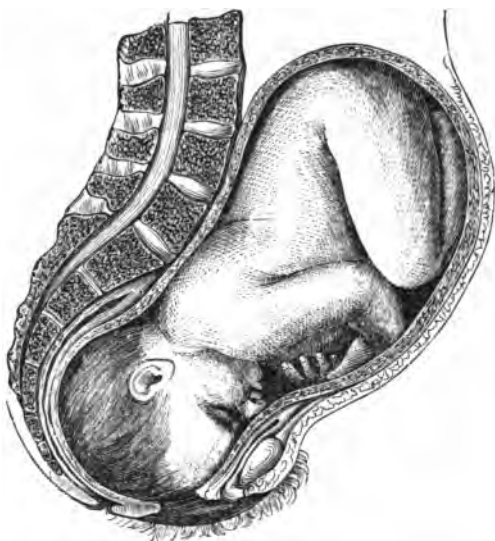
5° Mouvement de rotation extérieure de la tête.

Quand la tête est sortie, après un temps d'arrêt on

la voit se mettre en travers de la vulve. Ce mouvement n'est que secondaire, il est la conséquence du mouvement de rotation que les épaules subissent au détroit inférieur pour se placer dans le sens du diamètre coccy-pubien. Si l'occiput était à gauche, il vient d'habitude se placer du côté de la cuisse gauche de la femme. Le dos de l'enfant s'infléchit en avant pour le dégagement des épaules et le reste du corps est rapidement expulsé.

Il faut bien comprendre que ces mouvements ne sont pas produits par l'enfant mais résultent de l'adaptation des diamètres du fœtus à ceux du bassin. Aussi les appelle-t-on *phénomènes mécaniques* de l'accouchement.

Anomalie. Lorsque l'occiput est en arrière (2^e position) le mouvement de rotation l'amène le plus souvent derrière le pubis, mais il peut arriver que ce mouvement en avant n'ait pas lieu, *l'occiput reste alors dans la concavité du sacrum*. Cette circonstance est fâcheuse pour l'enfant qui meurt souvent à cause de la longueur du travail, et pour la mère dont le périnée se déchire plus facilement que dans les cas ordinaires.



C'est l'occiput qui se dégage alors le premier, mais au *devant du périnée*; le reste de la tête sort par un mouvement d'extension en arrière qui amène successivement sous les pubis, le front, les yeux, le nez et le menton.

*Présentation du crâne en position occipito-postérieure.
Tête dans l'excavation (rotation en arrière).*

Diagnostic de la marche du travail, de la présentation et de la position de l'enfant dans l'accouchement par le sommet.

Il est très important de reconnaître exactement la partie qui se présente et dans quelle position elle se trouve; on y parvient par le toucher, la palpation et l'auscultation du ventre.

Au commencement du travail l'orifice utérin est souvent difficile à trouver parce qu'il est très haut et en arrière. Le doigt arrive alors sur la partie antérieure de la matrice dont la paroi très amincie permet parfois de sentir distinctement la tête de l'enfant, ce qui fait croire que l'orifice est complètement dilaté tandis qu'il

est encore fermé. Il suffit d'être averti de cette cause d'erreur pour ne pas se tromper.

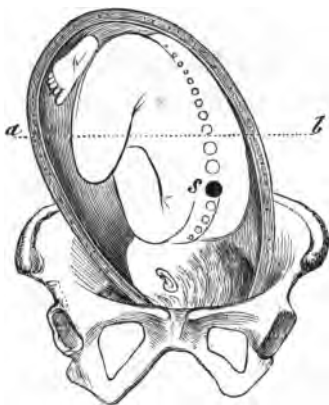
Pour trouver le col au début du travail, il faut donc porter le doigt en haut et en arrière. On atteint un bord souple et mince qui est la partie antérieure de l'orifice. Plus tard et à mesure que l'orifice se dilate davantage il arrive au milieu du bassin et devient très facile à trouver lorsque la poche des eaux fait saillie. Les bords de l'orifice sont d'abord *souples* et *minces*, puis lorsque la tête va sortir de la matrice, la lèvre antérieure devient épaisse et forme un *bourrelet de la grosseur du pouce*; on dit alors que la tête est au couronnement.

La poche des eaux, flasque et molle dans l'intervalle des douleurs, devient dure et tendue pendant les contractions utérines. Lorsqu'elle est *plate*, contenant peu de liquides, elle peut être difficile à distinguer, mais c'est d'un bon augure; cela indique une bonne présentation et des conditions heureuses pour un accouchement naturel et même facile; elle n'est ainsi que dans la présentation du sommet, la tête en bouchant l'orifice a empêché le liquide amniotique de s'accumuler en bas. Cependant la poche peut être plus bombée, plus saillante, sans indiquer une autre présentation.

La présentation du sommet peut souvent être reconnue avec certitude dès le début du travail et même dans les derniers mois de la grossesse. Le toucher fait sentir la tête déjà descendue dans l'excavation, or, dans *aucune autre présentation les parties du fœtus ne s'engagent aussi bas*, et la tête seule donne la sensation d'un corps *rond, dur et uni*.

Par l'auscultation on entend le maximum d'intensité des bruits du cœur du fœtus au dessous du nombril.

On peut quelquefois distinguer par la palpation du ventre les autres parties du fœtus et diagnostiquer par les mouvements la place qu'occupent ses pieds.



Siège du summum d'intensité des bruits du cœur dans la présentation du sommet.

On détermine la *position* au moyen de la direction de la suture sagittale et de la situation d'une des fontanelles.

Il est quelquefois possible de le faire au travers des parois de la matrice, mais le plus souvent il faut attendre la dilatation complète de l'orifice; c'est à ce moment, c'est-à-dire après la rupture des membranes, que la sage-femme touchera pour bien s'assurer de la position.

Les fontanelles ne sont pas placées de la même manière suivant les périodes de l'accouchement; ainsi au début du travail, dans la première position, on sent plus facilement la fontanelle antérieure qui est en arrière et à droite, puis lorsque la tête est plus fléchie la fontanelle postérieure qui se trouve au milieu du bassin.

La suture sagittale, d'abord oblique, devient antéro-postérieure quand la tête a fait son mouvement de rotation.

Quelquefois l'élévation de la tête, ou le chevauchement de ses os, ou encore la tuméfaction des téguments du crâne empêchent de reconnaître les sutures et les fontanelles.

Lorsque l'accouchement a été long depuis la rupture des membranes, on remarque sur le cuir chevelu une tuméfaction qu'on appelle *bosse sanguine* ou tumeur *séro-sanguine*. Elle se forme sur la partie du crâne qui correspond à l'orifice de la matrice et pourra donc servir au diagnostic de la position. On ne la confondra pas avec la poche des eaux dont elle n'a ni la mollesse ni l'élasticité.

DURÉE DU TRAVAIL

Il est difficile de savoir exactement quelle sera la durée du travail, car elle varie beaucoup suivant les femmes et la présentation du fœtus. Chez les primipares elle est de 12 à 18 heures et même plus; de 6 à 12 heures chez les multipares. Chez les premières la période de dilatation exige à peu près trois fois plus de temps que l'expulsion, c'est-à-dire qu'il faut trois fois plus de temps depuis le début du travail à la dilatation complète qu'il n'en faut depuis ce moment jusqu'à la sortie de l'enfant. Chez les multipares la vulve et

le périnée restent tellement relâchés, que la dilatation du col est le seul obstacle sérieux et qu'il peut exiger huit à dix fois plus de temps que tout le reste de l'accouchement qui se termine parfois en moins de demi-heure après la dilatation complète de l'orifice. C'est dans la présentation du sommet que l'accouchement est le moins long ; il est d'ordinaire plus rapide dans la première position, parce que dans la seconde la rotation de la tête d'arrière en avant exige un certain temps. Avec un peu d'habitude, la sage-femme arrivera à indiquer la durée du travail avec assez de précision, cependant elle fera toujours ses réserves.

DES SIGNES DE LA VIE OU DE LA MORT DE L'ENFANT PENDANT LE TRAVAIL

Avant la rupture des membranes, il est facile de constater la vitalité de l'enfant par ses mouvements. Ceux-ci venant à cesser, on s'assurera par l'auscultation de la persistance des bruits du cœur. Après l'écoulement des eaux, les mouvements du fœtus ne sont généralement plus appréciables, ce ne sont donc que les bruits du cœur qui peuvent renseigner sur l'état de l'enfant. On craindra pour celui-ci lorsque ces bruits *s'affaiblissent, deviennent irréguliers et cessent.*

Le cordon ombilical, si on peut le toucher, fournit des indications précises ; il est ferme et a des battements très appréciables tant que l'enfant est vivant ; après la mort, il est mou, flasque et sans battement. C'est aussi un fâcheux symptôme lorsqu'il s'écoule du méconium avec les eaux.

Dans ces circonstances, la sage-femme fera toujours bien de prévenir en secret les parents, pour dégager sa responsabilité.

CONDUITE DE LA SAGE-FEMME PENDANT LE TRAVAIL

Instruments. Lorsqu'une sage-femme est appelée auprès d'une femme en couche elle doit se munir des objets suivants :

Une grosse seringue à canule droite, pour donner des lavements.

Une sonde de femme et une en gomme élastique.

Des ciseaux à pointes mousses.

Du gros fil pour lier le cordon et des rubans de fil.

Un flacon renfermant de l'éther et des gouttes d'Hoffmann.

Premier examen et préparatifs.

Arrivée auprès de la femme, la sage-femme se renseignera pour savoir si elle est à terme et si le travail est commencé, car dans le cas où l'accouchement serait prématuré, elle doit s'efforcer de l'arrêter et faire appeler un médecin. Elle lui demandera si elle est primipare ou combien elle a déjà eu d'enfants, quel est l'état de sa santé et s'assurera de la conformation de son bassin. Cet examen préliminaire est inutile si la sage-femme a suivi la patiente pendant le cours de sa grossesse. Elle n'aura alors qu'à constater l'état du fœtus, sa présentation, la nature des contractions de la matrice et le degré de dilatation de son orifice, car le signe caractéristique du début du travail est l'ouverture du col.

La sage-femme ne pratiquera le toucher pendant une douleur que si la femme dit avoir perdu ses eaux. Lorsqu'elle sent les membranes dures et tendues et le vagin sec, elle pensera que la femme a pris l'écoulement des glaires pour celui des eaux.

Si le travail est réellement commencé, la sage-femme prendra toutes les dispositions nécessaires pour le mener à bonne fin, et songera à tout ce qui peut être utile pour la femme et pour l'enfant. Elle préparera en premier lieu le lit.

Le lit de travail sera étroit, un peu bas, garni d'un matelas recouvert de toile cirée, de tissu imperméable, de peau de mouton ou, à défaut de ces objets, d'un sac contenant du son ou de la sciure, d'alèzes (draps pliés en long) placés en travers du lit et destinés à relever le siège et à recevoir le sang et les eaux, enfin d'un oreiller et de couvertures de laine. Un lit à sangles, un lit de fer, ou un canapé garni comme un lit ordinaire peuvent être employés.

Une corde ou un drap attaché au pied du lit, permettant à la femme de se cramponner au moment des douleurs, sera utile. Afin de pouvoir circuler librement autour du lit, il ne sera pas appuyé contre le mur. L'avantage de ce lit de travail est de pouvoir installer l'accouchée dans un autre lit confortable et propre.

Auprès du lit, la sage-femme dispose les choses nécessaires; ainsi, du fil pour lier le cordon, les compresses pour l'envelopper et les petites bandes pour le fixer, une plume d'oie avec ses barbes, des éponges, du vinaigre et du vin. Elle fera préparer du bouillon et de l'eau chaude et froide, une baignoire ou un baquet pour baigner l'enfant, des linges chauds, et elle fera allumer du feu.

La sage-femme veillera à ce que l'air de la chambre soit pur, fréquemment renouvelé; pour cela, toutes les causes de mauvaise odeur seront immédiatement éloignées, la température y sera modérée. Enfin elle n'admettra dans cette pièce aucune personne inutile, seulement celles dont l'accouchée désire la présence.

La femme aura des vêtements amples, et au lit sera couverte suivant la saison. Ses cheveux seront nattés.

Si la durée de l'accouchement est courte, la femme en travail n'a pas besoin de nourriture, si au contraire le travail se prolonge au-delà du temps ordinaire, on lui donnera des aliments légers (tels que bouillons, potages) pour entretenir les forces, et pour boisson de l'eau pure pas trop froide, ou une infusion aromatique de feuilles d'oranger, de tilleul, etc., tiède ou froide; toutefois, en quantité modérée. Les boissons excitantes (vin chaud) seront interdites.

Au début du travail il est utile de donner un lavement pour débarrasser le rectum et pour des motifs de propreté. On fera aussi fréquemment uriner la femme.

Position de la femme en travail.

Il n'est pas nécessaire que la femme se couche aussi longtemps que l'orifice de la matrice n'est pas largement dilaté, surtout si la poche des eaux est encore intacte. Elle prendra la position horizon-

tales dès que la sage-femme en prévoit la rupture, car si les membranes se rompent la femme étant debout, les eaux s'écoulent trop facilement, tandis qu'il y a avantage à en conserver le plus possible. Cependant si la tête est fortement engagée dans le détroit supérieur, elle retient une partie des eaux et la femme peut sans inconvénient rester levée jusqu'à ce que les douleurs expulsives commencent. Du reste, le moment où la patiente doit se mettre sur son lit ne peut être précisé, il est en général indiqué par les dispositions particulières à chaque femme; celles qui sont faibles, sujettes aux syncopes et qui désirent se coucher peuvent et doivent le faire dès le début du travail.

Pendant la période d'expulsion, l'attitude la meilleure et celle que les femmes prennent généralement au lit est la position horizontale, la tête et les épaules un peu plus hautes que le tronc, le siège un peu relevé. Il faut laisser à la patiente la liberté de prendre la position qui lui convient le mieux tant que le moment décisif n'est pas là.

Conduite de la sage-femme pendant la période de dilatation.

Le rôle de la sage-femme dans cette période est de surveiller la marche de l'accouchement, d'assister, d'encourager la patiente plutôt que d'intervenir directement.

Elle cherchera à déterminer exactement la présentation et si possible la position du fœtus. Dans aucun cas elle ne s'éloignera de la femme en couche avant d'avoir reconnu la présentation, car si celle-ci est mauvaise, ou qu'elle ne puisse la déterminer, elle doit immédiatement prévenir l'accoucheur.

Pour éviter d'ennuyer inutilement la femme, elle ne la touchera pas trop souvent et toujours dans l'intervalle des douleurs.

Il arrive quelquefois que les douleurs qui se succédaient régulièrement, se ralentissent, puis cessent; cette interruption n'est pas fâcheuse tant que les eaux ne sont pas écoulées. Il ne faut jamais dans

ce cas employer des excitants (vin chaud, seigle ergoté) pour réveiller les contractions. La sage-femme se contentera d'engager la patiente à marcher, et lui fera quelques frictions sur le ventre.

La dilatation lente de l'orifice n'a rien de grave tant que la poche des eaux est intacte, mais ordinairement les femmes s'impatientent, se désespèrent, croyant qu'elles n'accoucheront jamais. La sage-femme doit les rassurer en leur disant que le travail fait des progrès et en leur expliquant que ce temps si pénible est nécessaire pour ouvrir la matrice et préparer les voies; qu'il en est ainsi chez toutes les femmes. Elle les engagera à ne faire *aucun effort* pour seconder les contractions, parce que dans cette période ils sont plus dangereux qu'utiles.

La femme souffre souvent de violents maux de reins, on la soulagera en la soulevant pendant les douleurs, au moyen d'une serviette ou d'un drap passé sous les reins, ou encore par une pression ou une vigoureuse friction faite avec la paume de la main sur la région sacrée.

Conduite de la sage-femme pendant la période d'expulsion.

Cette période s'annonce par la dilatation complète de l'orifice et ordinairement par la rupture de la poche des eaux. Il est prudent d'en prévenir la femme, surtout si elle est primipare, pour qu'elle ne soit pas effrayée en se sentant subitement mouillée, et dès lors la sage-femme ne quittera plus la patiente.

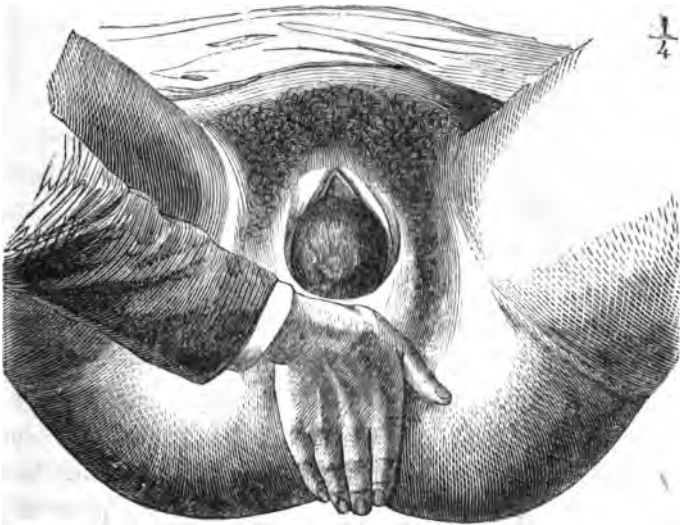
Elle pratiquera le toucher après l'écoulement des eaux pour s'assurer de nouveau de la présentation et pour déterminer exactement la position. Cette exploration sera plus facile à ce moment que plus tard où il existera plus de gonflement des parties fœtales. Il n'y a aucun inconvénient à toucher fréquemment durant cette période, cela permet de suivre les progrès de l'expulsion.

Vers la fin du travail les femmes éprouvent de faux besoins d'aller à la selle, la sage-femme ne leur permettra pas de se lever pour

les satisfaire, car la patiente ne doit plus quitter son lit, où elle sera étendue sur le dos, le siège un peu relevé pour faciliter la sortie de l'enfant, les jambes fléchies et les genoux peu écartés. On a généralement le tort de permettre à la patiente de tenir ses genoux trop écartés. L'espace laissé entr'eux doit être de la largeur d'une main. Dans certains pays les femmes accouchent étant sur le côté, cette position est assez commode.

Quelques sages-femmes ont la mauvaise habitude de passer le bout de leur doigt entre la tête et les bords de la vulve, croyant les assouplir et faciliter leur distension; c'est une pratique inutile et souvent fâcheuse.

Au moment où la tête va franchir la vulve, la sage-femme soutiendra le périnée pour prévenir sa rupture. Pour cela elle passe son bras droit sous la cuisse droite de la femme et appuie la paume de la main à plat, le petit doigt tourné du côté de l'anus, contre le périnée qu'elle presse d'arrière en avant. Cette manœuvre n'est utile que lorsque le périnée est déjà très distendu; elle ne doit être faite que pendant les douleurs. Il est bon de soutenir aussi le périnée pendant le passage des épaules.



L. JONKHEER, DEL.

A. LEY, SC.

Manière de soutenir le périnée dans le décubitus dorsal.

Dans le but de prévenir cette déchirure du périnée, il faut engager la femme à modérer ses efforts.



Manière de soutenir le périnée dans le décubitus latéral.

Dès que la tête est dehors, la sage-femme portera son doigt autour du cou de l'enfant pour s'assurer que le cordon n'y est pas enroulé, si cela était et qu'il fût trop serré, elle s'efforcerait de le dégager soit en l'attirant en bas, soit en le coupant si sa brièveté empêche la descente des épaules. Comme la sortie des épaules est ordinairement facile, il ne faut pas pour en hâter l'expulsion tirer sur la tête de l'enfant. Lorsqu'il est nécessaire d'intervenir, on passera le doigt plié en crochet sous l'aisselle qui

est en arrière vers le périnée et on exercera une traction en conseillant à la femme de pousser énergiquement.

Dès que l'enfant est né, la sage-femme le tournera sur le dos pour que sa face ne se trouve pas dans le liquide qui s'écoule, et qu'il puisse bien respirer; elle le place en travers des cuisses de la femme pour que ses pieds ne viennent pas blesser les parties génitales de la mère. Après qu'il a crié, elle fait une double ligature et coupe entre celle-ci, puis elle s'occupe de la toilette du nouveau-né. (Voir les soins à donner à l'enfant.)

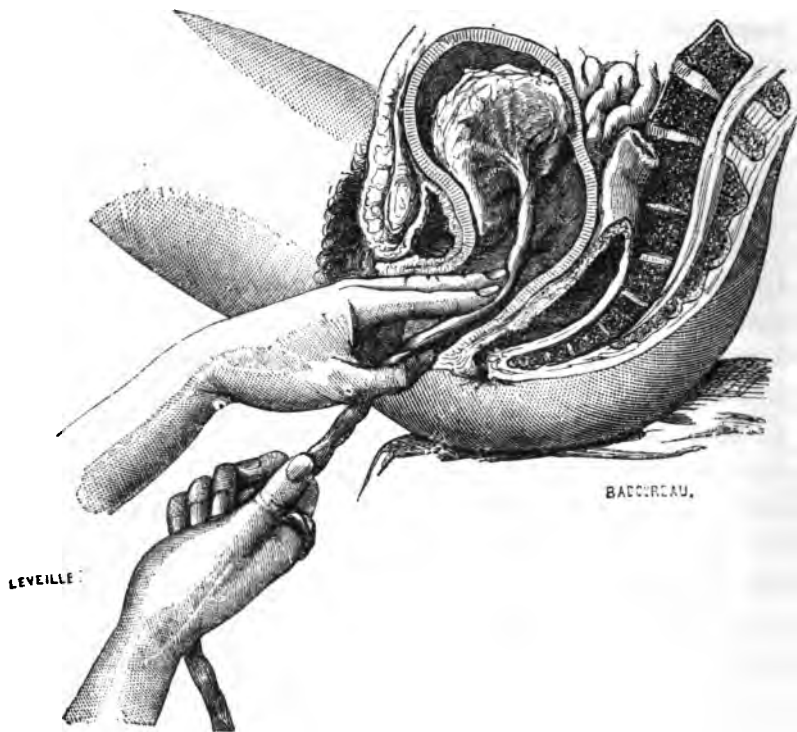
Conduite de la sage-femme dans la délivrance.

Après la naissance de l'enfant, la mère a surtout besoin de tranquillité; la sage-femme la recouvrira, relèvera sa tête et respectera son repos tout en surveillant l'état de la matrice et l'hémorragie.

Au bout de dix à vingt minutes les douleurs indiquent que la matrice se contracte pour expulser le placenta. Si ces contractions manquent, on les réveillera par de légères frictions sur le ventre.

On n'attend généralement pas la délivrance spontanée parce qu'elle tarderait trop et que l'accouchée a hâte d'en avoir fini. Aussi dès que le décollement du placenta a eu lieu on procède à son extraction. La sage-femme saura que le décollement s'est fait quand il y a eu des douleurs et un écoulement de sang plus ou moins abondant et que la matrice, bien contractée, forme une boule de la grosseur d'une tête d'enfant au-dessus des pubis; elle doit encore s'en assurer par le toucher, en remontant avec l'index de la main droite, le cordon tendu par la main gauche; si elle atteint le placenta avec le doigt c'est le moment de délivrer. Pour cela elle enveloppera sa main droite d'un linge, entortillera le cordon autour des doigts et portera l'index de la main gauche sur le cordon, aussi haut que possible dans le vagin, avec ce doigt elle repoussera le cordon en arrière, pour favoriser les tractions dans le sens de l'axe

du bassin. *Ces tractions se feront lentement et sans employer de force.* Dès qu'il y a résistance, on doit supposer que le décollement n'est pas fait, il faut donc cesser de tirer. Quand l'arrière-faix est arrivé à la vulve, on le saisit à pleines mains et on le sort en le tordant plusieurs fois sur lui-même pour enrouler les membranes et empêcher qu'elles ne se déchirent.



Extraction du délivre (premier temps).

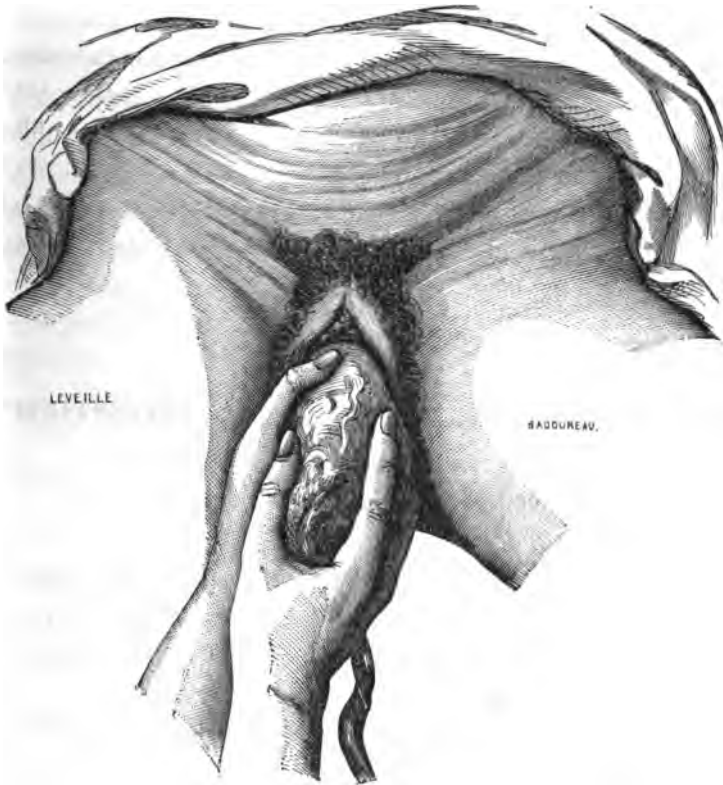
Il sera prudent pendant ce temps de faire comprimer la matrice par une aide qui appuie sa main sur le ventre.

Il est ridicule de vouloir accélérer la délivrance en conseillant à la femme de souffler dans ses mains, de tousser ou d'éternuer avec force.

Si deux heures après l'accouchement le délivre n'est pas expulsé de la matrice, la sage-femme en prévient un accoucheur.

La sage-femme examinera avec soin le placenta pour s'assurer s'il est sorti en entier, ainsi que les membranes, ce qu'elle fera constater par les personnes présentes pour s'éviter plus tard des reproches s'il survenait des accidents.

Après la délivrance, elle surveillera attentivement l'état de la matrice qui doit être fortement rétractée, puis elle s'occupera de la



Extraction du délivre (second temps).

toilette de l'accouchée. La chemise et les linges souillés de sang seront remplacés par des linges chauds et propres, les parties génitales seront lavées avec de l'eau tiède. On aura soin de passer l'éponge de bas en haut. Tout ce qu'on emploie pour la toilette de

l'accouchée doit être tiède, car une trop grande chaleur provoque l'hémorragie, et le froid amène des frissons.

On transporte ensuite l'accouchée dans le lit qu'elle doit occuper pendant ses couches; pour cela on rapproche les deux lits qu'on dispose en sens inverse, de manière que la sage-femme, après avoir pris l'accouchée dans ses bras, n'ait qu'à se retourner pour la poser sur son nouveau lit. *On ne doit jamais permettre à la femme de marcher pour se rendre d'un lit à un autre.*

Enfin la sage-femme place sur l'accouchée un bandage de corps, fait avec une serviette assez large pour couvrir le ventre de l'ombilic au pubis, et fixé avec des attaches ou des épingles dites imperdables. Ce bandage exerce une compression salutaire; on le laisse généralement jusqu'au septième jour; il ne prévient cependant ni les déformations de la taille ni le relâchement des parois du ventre.

II. ACCOUCHEMENT NATUREL DANS LA PRÉSENTATION DU SIÈGE

Dans la présentation de l'extrémité pelvienne ce sont les fesses qui se présentent ordinairement les premières, *seules* ou *avec les pieds*; il peut arriver que les *pieds* et même exceptionnellement les *genoux* s'engagent les premiers.

L'accouchement a lieu naturellement et de la même manière dans ces divers cas.

L'extrémité pelvienne peut comme le sommet se présenter en différentes positions. Les deux plus fréquentes sont la *sacro-iliaque gauche antérieure* et la *sacro-iliaque droite postérieure*.

Le sacrum, le dos et l'occiput sont en avant dans la première de ces positions, qui est la plus commune; en arrière et à droite dans la seconde.

L'accouchement se fait par une série de mouvements mécaniques,

analogues à ceux que nous avons décrits pour la présentation du sommet :

1° Dans le *premier temps* nous retrouvons l'amoindrissement des parties; les contractions pressent et tassent le fœtus.

2° *Mouvement de descente*; les fesses s'engagent et descendent dans l'excavation du bassin.

3° *Mouvement de rotation intérieure*. Les hanches subissent un mouvement de rotation qui les place dans le diamètre antéro-postérieur du petit bassin, l'une en avant vers le pubis, l'autre en arrière dans la concavité du sacrum.

4° *Dégagement du tronc*. La fesse antérieure glisse sous le pubis contre lequel la hanche vient s'arcbouter, et l'autre fesse suit la courbure du sacrum et du périnée et vient sortir à la fourchette. Le tronc de l'enfant se dégage en s'infléchissant sous le pubis, et l'anus regarde directement en avant, le dos est à droite ou à gauche. Si les pieds de l'enfant sont plus bas que les fesses, ils sortent les premiers, en cas contraire ils sortent avec les fesses ou, s'ils sont relevés, sur le ventre de l'enfant, ne se dégagent qu'avec le tronc. On voit apparaître avec celui-ci les *coudes d'abord*, puis les bras appliqués sur les côtés de la poitrine et enfin les épaules. Les bras ne se relèvent sur les côtés de la tête que lorsqu'on tire sur l'enfant.

Pendant ce temps la tête fortement fléchie est descendue dans l'excavation, le menton en bas et avec le diamètre occipito-frontal placé dans le sens d'un des deux diamètres obliques du bassin.

5° *Mouvement de rotation extérieure et sortie de la tête*. — Lorsqu'il ne reste plus que la tête dans l'excavation, le tronc exécute un mouvement de rotation qui met le dos de l'enfant en avant; ce mouvement est produit par la rotation intérieure de la tête. L'occiput vient en avant derrière le pubis, de sorte que le diamètre sous-occipito-bregmatique se place dans le sens du diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur.

Pour sortir, l'occiput reste immobile derrière le pubis et on voit se dégager successivement au devant du périnée, le menton, la bouche, le nez, les yeux, le front et finalement l'occiput.

Le dégagement ne se fera que si la tête est fortement fléchie sur la poitrine, car si elle était redressée, son diamètre occipito-mentonnier, qui est plus long, rendrait le passage *impossible*; le redressement de la tête a lieu lorsqu'on tire sur le corps de l'enfant pour accélérer l'accouchement.

Il arrive à peine une fois sur cent accouchements que l'occiput se trouve en arrière dans le sacrum au lieu d'être en avant sous les pubis. L'accouchement naturel est cependant possible :

1° *Lorsque le dos et par conséquent l'occiput est en arrière, si la tête est fortement fléchie*, on les dégage par un mouvement qui tend à mettre le dos du fœtus sur le dos de la femme. La nuque reste immobile contre le périnée pendant que le menton sort le premier sous les pubis, suivi du nez, du front et de l'occiput (dos sur dos).

2° *Lorsque le dos est en arrière, l'occiput dans le sacrum et la tête défléchie*, le menton reste accroché au-dessus des pubis, il faut soulever le tronc de l'enfant de manière à porter son ventre contre le ventre de sa mère (ventre sur ventre), pour dégager l'occiput le premier à la fourchette. Dans ce cas l'accouchement est plus difficile que lorsque la tête est fléchie.

L'accouchement qui a lieu par le siège n'offre d'habitude aucun danger pour la mère, mais il est périlleux pour l'enfant. On compte en effet que chez les primipares il meurt un enfant sur trois, et chez les multipares un sur dix. Le danger vient de la compression du cordon ombilical par la tête dans l'excavation, l'enfant meurt asphyxié.

Il ne faut pas tirer sur le corps de l'enfant pour hâter le dégagement, car on s'expose à *deux dangers*, le premier *de relever les bras* de l'enfant sur les côtés de la tête, le second *de redresser la tête*, ce qui rendrait l'accouchement impossible.

Diagnostic de la présentation du siège.

Si au début du travail on ne peut atteindre aucune des parties fœtales, on pensera en premier lieu à une présentation du siège,

car c'est la plus fréquente après celle du sommet, et on cherchera à s'en assurer par la palpation du ventre et par l'auscultation.

La palpation permet parfois de reconnaître la tête qui est un corps volumineux rond et dur, placé à la partie supérieure du ventre.

Le maximum d'intensité des bruits du cœur s'entend *au-dessus du nombril*.

Ce n'est souvent qu'après la dilatation complète de l'orifice, l'écoulement des eaux et l'engagement des parties, qu'on peut par le toucher reconnaître d'une manière certaine la présentation.

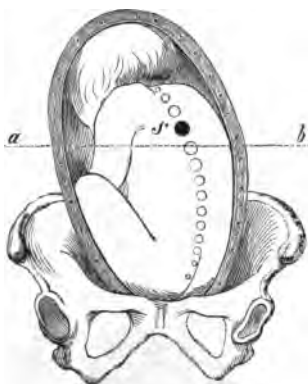
On distingue les fesses au sillon qui les sépare, puis on sent dans ce sillon le coccyx, l'anus et les parties génitales.

Le *coccyx* est mobile, il sert à déterminer la position. Le sacrum et le dos sont en avant et à gauche si la pointe du coccyx est dirigée en arrière et à droite, et *vice-versa*.

Ordinairement on sent les talons comme de petites tumeurs à côté des fesses, lorsque les pieds ne sont pas relevés sur le ventre du fœtus.

Pour reconnaître les pieds, et ne pas les confondre avec les mains, on se souviendra que les orteils sont courts, et non séparés comme les pouces, et que le talon fait une saillie arrondie.

Peu après la rupture des membranes, avant la tuméfaction des parties fœtales, on peut quelquefois diagnostiquer le sexe de l'enfant, mais plus tard l'erreur est facile.



Siège du summum d'intensité des bruits du cœur dans la présentation du siège.



Présentation pelvienne. Dos en arrière et à droite. Fesses au détroit inférieur.

L'anus se distingue par une ouverture à bord résistant, où le doigt pénètre difficilement et se charge souvent de méconium.

Conduite de la sage-femme dans l'accouchement par le siège.

Dans les premières périodes de l'accouchement par le siège, la sage-femme ne doit pas intervenir, elle se bornera à encourager la femme. Elle cherchera à prévenir la rupture de la poche des eaux

avant la dilatation complète de l'orifice en engageant la femme à ne pas pousser et elle touchera avec précaution.

Dans la période d'expulsion, elle ne cherchera jamais à abrégé le travail en faisant des tractions sur le corps de l'enfant, car les bras du fœtus resteraient relevés sur les côtés de la tête, ou celle-ci se défléchirait, ce qui rendrait l'accouchement naturel impossible. Si les membres inférieurs de l'enfant sont repliés sur son ventre, la sage-femme n'essaiera jamais de les étendre.



Présentation pelvienne. Dos en avant et à gauche. Dégagement de la hanche gauche. Pro-lapsus du membre inférieur du même côté.

Dès que le tronc apparaît à la vulve, la sage-femme le soutiendra, l'enveloppera

d'un linge et après la sortie du nombril s'assurera de l'état du cordon; s'il est tiraillé ou tendu, elle le dégagera en l'attirant doucement en bas. Si elle sent les battements, l'enfant est dans de bonnes conditions.

Le moment périlleux pour l'enfant est celui du **passage** de la tête dans le bassin, à cause de la compression du cordon qui interrompt la circulation et produit l'asphyxie.

Si les douleurs sont fortes, régulières, et que la femme les seconde en poussant énergiquement, la sage-femme ne doit pas intervenir mais seulement aider au dégagement de la tête, en soulevant vers le pubis le tronc du fœtus pour faire sortir le menton le premier à la fourchette, s'il vient comme cela a lieu d'habitude le dos en avant. Si au contraire le dos est en arrière, elle placera la femme en travers sur le lit ou sur le côté, le siège dépassant le bord du matelas, puis elle portera en arrière le dos de l'enfant comme si elle voulait l'appliquer sur le dos de la mère (dos sur dos), le menton devant se dégager sous le pubis.

Si la femme est épuisée, si elle ne peut aider aux contractions et que celles-ci soient impuissantes à expulser la tête et que l'enfant soit en danger d'asphyxie, ce qui peut se reconnaître par les battements du cordon, la sage-femme fera le dégagement artificiel de la tête. Pour cela, lorsque le dos est en avant elle met l'enfant sur son avant-bras gauche, glisse deux doigts de sa main gauche dans la bouche de l'enfant et attire fortement le menton en bas, tandis qu'avec deux doigts de sa main droite placés en fourche sur la tête de l'enfant, elle repousse la tête en haut pour la faire basculer, et relève le tronc sur le ventre de la mère. *Si le dos est en arrière*, c'est avec les doigts de la main droite qu'elle abaissera le menton et portera l'enfant en arrière contre le dos de sa mère.



Dégagement de la tête.

La sage-femme verra à l'article *version* les complications de l'accouchement par le siège.

III. DE L'ACCOUCHEMENT NATUREL DANS LA PRÉSENTATION DE LA FACE

Lorsque la tête ne se fléchit pas sur la poitrine avant de s'engager dans l'excavation, mais qu'elle se redresse de manière à rapprocher l'occiput du dos, c'est par la face que la tête *se présente* au détroit supérieur.

Habituellement le menton est dirigé à *droite et en arrière* (position mento-iliaque droite postérieure), il est assez rarement à *gauche et en*

avant (position mento-iliaque gauche antérieure) ou dans une autre position. L'accouchement se fait par une série de mouvements analogues à ceux que nous avons déjà décrits dans la présentation du sommet.

1° *Mouvement d'extension et amoindrissement*, l'enfant se tasse, la tête complète son mouvement d'extension, la face regarde en bas.

2° *Mouvement de descente*, la tête descend autant que le permet la brièveté antérieure du cou.



Présentation de la face, le menton dans la courbure du sacrum.

3° *Mouvement de rotation intérieure*, la tête exécute un mouvement de rotation qui porte le menton en avant sous l'arcade du pubis et le front en arrière dans la concavité du sacrum. Ce mouvement amène le diamètre sous-mento-frontal dans le sens du diamètre antéro-postérieur qui est le plus grand du détroit inférieur.

4° *Dégagement de la tête à la vulve par flexion*, LE MENTON SE DÉGAGE LE PREMIER SOUS L'ARCADE PUBIENNE, la tête sort alors par son mouvement de flexion et on voit successivement se dégager au devant du périnée le nez, les yeux, le front et l'occiput.

Le dégagement du menton permet le passage du diamètre occipito-mentonnier.

5° *Mouvement de rotation extérieure*. Dès que la tête est dehors elle se tourne en travers de la vulve de façon que la face revienne vers la cuisse du côté où le menton était placé dans le petit bassin; ce mouvement est produit par la rotation des épaules qui viennent se mettre dans le sens du diamètre antéro-postérieur. Le tronc se dégage comme dans la présentation du sommet.



*Présentation de la face; tête dans l'excavation
(rotation achevée).*

Le premier temps de flexion dans la présentation du sommet est remplacé dans la présentation de la face par un mouvement d'extension, et au 4° temps l'extension est changée en flexion.

Anomalie. Quand le menton est dirigé en *arrière*, il vient néanmoins se dégager en avant sous le pubis par suite de la rotation

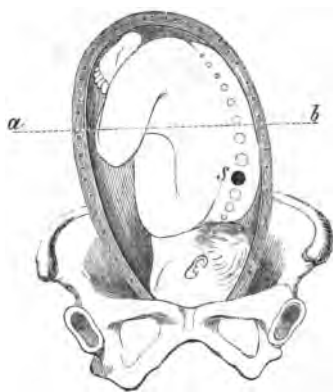
intérieure. Dans quelques cas malheureux ce mouvement ne s'effectue pas et le menton reste en arrière. L'accouchement est alors *impossible*. Le cou de l'enfant n'étant pas assez long pour mesurer toute la longueur de la paroi postérieure du canal pelvien, le menton ne peut se dégager au périnée. Dans des cas très exceptionnels, l'accouchement naturel a pu néanmoins se faire par une transformation de présentation.

La présentation de la face est la plus rare de toutes les présentations ; elle peut être fâcheuse pour la mère et pour l'enfant ; pour la mère à cause de la longueur et de la difficulté du travail, et pour l'enfant puisqu'il en meurt en moyenne 1 sur 4 dans cette présentation.

Diagnostic de la présentation de la face.

Au début du travail la partie fœtale étant très élevée et la poche des eaux très volumineuse, il est difficile d'établir par le toucher un diagnostic précis de la présentation. La palpation du ventre donne les

mêmes indications que pour la présentation du sommet. Le maximum d'intensité des bruits du cœur s'entend au-dessous du nombril.



Siège du summum d'intensité des bruits du cœur dans la présentation de la face.

Ce n'est qu'après la dilatation complète de l'orifice et la rupture des membranes qu'on pourra reconnaître la face. On atteint facilement le front, ce qui peut au premier moment faire croire à une présentation du sommet, mais une exploration plus étendue fera sentir que cette surface est petite et qu'en outre il y a des *inégalités* qu'on reconnaîtra être formées par

le pourtour des orbites, le nez, la bouche et le menton.

La direction du nez ou du front indique la position.

Lorsque le travail a été très long, la face se tuméfie et les joues bouffies laissent entr'elles un sillon qui peut faire croire à une présentation du siège. La bouche déformée par le gonflement se distingue de l'anus par le rebord alvéolaire très dur et par la mobilité de la langue; le doigt pénètre plus difficilement dans l'anus que dans la bouche et se charge souvent dans le premier cas de méconium caractéristique.

Conduite de la sage-femme dans la présentation de la face.

L'accouchement dans la présentation de la face se faisant naturellement, la sage-femme n'a pas à intervenir. Elle évitera autant que possible la rupture de la poche des eaux avant la dilatation complète de l'orifice, et après, touchera avec douceur et prudence pour ne pas léser les yeux ou les autres parties de la face.

Le travail étant particulièrement long et pénible, elle donnera du courage à la patiente.

Au moment de l'expulsion de la tête elle soutiendra le périnée très exposé à se rompre dans cette présentation.

Si le travail a été long depuis la rupture des membranes, les parties de la face qui correspondent à l'ouverture de l'orifice utérin et qui par conséquent ne sont pas soumises à la compression de la matrice se congestionnent, se gonflent et prennent une coloration violacée. Cette tuméfaction est analogue à la bosse séro-sanguine qui se forme au cuir chevelu dans la présentation du sommet.

Il ne serait pas prudent de montrer à la mère l'enfant ainsi défiguré. La sage-femme fera bien d'expliquer aux assistants que cette enflure n'a pas de gravité et qu'elle se dissipera en quelques jours.

Comme l'accouchement par la face est toujours difficile et souvent dangereux, la sage-femme s'assurera de l'assistance d'un médecin.

IV. ACCOUCHEMENT GÉMELLAIRE

L'accouchement de jumeaux peut se faire naturellement malgré les différentes présentations des fœtus. S'il y en a deux, ils se présentent le plus souvent par le sommet; l'un d'eux peut arriver par la tête et l'autre par le siège. Lorsqu'il y a plus de deux fœtus les présentations varient.

L'accouchement gémellaire est fréquemment prématuré surtout s'il y a plus de deux jumeaux.

Le passage de chacun des fœtus à travers le petit bassin se fait suivant les règles que nous avons données pour les diverses présentations.



Grossesse gémellaire. L'un des fœtus se présente par le crâne et l'autre par le siège.

La période de dilatation est généralement longue et difficile; la matrice distendue et amincie ne se contracte pas efficacement.

L'expulsion du premier enfant est ordinairement la plus laborieuse; les autres fœtus passent aisément au travers des voies dilatées.

Comme les enfants dans l'utérus sont le plus souvent contenus chacun dans une poche séparée, la naissance du second fœtus peut ne pas se faire immédiatement et n'avoir lieu que

quelques heures, quelques jours ou même quelques semaines plus tard. Cependant d'habitude l'arrêt du travail ne dure qu'un quart d'heure ou une demi-heure. Il n'y a quelquefois qu'un seul placenta pour les jumeaux; dans ce cas la délivrance n'aura lieu qu'après la naissance du dernier enfant; il en sera de même lorsque les placentas adhérant les uns aux autres ne forment qu'une seule masse. Si les placentas sont séparés, le délivre suivra chaque enfant.

Diagnostic de la grossesse gémellaire.

Au début du travail, les signes de la grossesse gémellaire sont la grosseur et la forme particulière du ventre, plusieurs points de maximum d'intensité des bruits du cœur et la présence de plusieurs parties fœtales semblables reconnues par la palpation.

Après l'expulsion d'un enfant, la grosseur et la dureté du ventre, la formation d'une nouvelle poche des eaux sont les indices de la présence d'un second enfant, l'auscultation permettra souvent d'en acquérir la certitude.

Conduite de la sage-femme.

Quand la sage-femme s'aperçoit que la matrice contient un second enfant, elle en avertira la mère avec ménagement.

Comme la marche de cet accouchement est normale, la sage-femme n'aura que très rarement à intervenir.

La sage-femme fera sur le cordon une *double ligature*, afin que si le placenta est unique, l'enfant qui reste dans l'utérus ne soit pas exposé à mourir d'hémorragie.

Il ne faut pas tirer sur le cordon, mais attendre l'expulsion du second enfant pour délivrer la femme.

Pendant le temps de repos qui suit la naissance du premier en-

fant, la sage-femme n'essayera pas de réveiller les contractions de la matrice, ne donnera jamais du seigle ergoté, ne percera pas la poche des eaux et ne fera aucune manœuvre pour extraire le fœtus.

Délivrance. La délivrance exige une attention et des précautions toutes particulières. Le placenta sera attiré sans violence, et si les tractions sur un cordon restaient sans effet, on essayera de délivrer avec l'autre. Après la délivrance, on ne perdra pas de vue l'accouchée, et si les contractions utérines manquent, on les excitera par des frictions sur le ventre ou par la compression de la matrice. En cas d'hémorragie grave, on peut donner du seigle ergoté.

IV^e DIVISION

DES ACCOUCHEMENTS VICIEUX

Les accouchements vicieux sont ceux qui ne peuvent se terminer par les seuls efforts de la nature et qui nécessitent l'intervention de l'accoucheur.

Si la sage-femme connaît bien l'accouchement naturel, elle verra assez vite que le travail ne suit pas son cours ordinaire pour faire appeler à temps un accoucheur, elle sera ainsi plus réellement utile qu'en cherchant à agir seule et quand même. Ce ne sont pas les sages-femmes instruites et consciencieuses qui redoutent la présence d'un accoucheur, mais celles qui, dans leur ignorance, croient tout possible et ne connaissent pas le danger.

La sage-femme manque à son devoir si dans un accouchement vicieux, elle prend la direction du traitement lorsqu'elle peut agir autrement. Elle est coupable, même si le résultat est heureux, car elle doit savoir résister à la tentation de pratiquer des opérations qui ne doivent être faites que par l'accoucheur.

Lorsque la sage-femme juge que la présence d'un médecin est nécessaire, elle doit le faire appeler sans se laisser arrêter par les objections que la femme ou la famille pourraient élever, et quels que soient les motifs de leur opposition.

Cependant elle doit savoir agir si l'état de la mère ou de l'enfant réclame un prompt secours, ou qu'elle soit éloignée de tout médecin. — Pour cela elle doit bien connaître les obstacles à combattre, les moyens à employer, ainsi que les opérations les plus urgentes.

Les causes qui rendent l'accouchement vicieux sont nombreuses et peuvent venir de l'œuf ou de la mère.

a) ACCOUCHEMENTS VICIEUX PAR SUITE DE CONDITIONS
VENANT DE L'ŒUF :

- 1^o *Présentation du tronc* ;
- 2^o Anomalies dans le mécanisme de l'expulsion, ou persistance de certaines positions ;
- 3^o Procidence des membres ;
- 4^o Vices de conformation du fœtus, monstruosités et jumeaux ;
- 5^o Brièveté du cordon.

b) CAUSES D'ACCOUCHEMENTS VICIEUX PROVENANT DE LA MÈRE

- 1^o Insuffisance des contractions utérines, inertie, contractions irrégulières ou trop douloureuses ;
- 2^o Rigidité des bords de l'orifice utérin ;
- 3^o Situation anormale de l'orifice utérin, engagement de la partie antérieure et inférieure de la matrice ;
- 4^o Résistance de la vulve et du périnée ;
- 5^o Rétrécissement du bassin ;
- 6^o Vices de conformation et maladies de l'utérus, du vagin ou de la vulve.

A. CAUSES D'ACCOUCHEMENT VICIEUX PROVENANT DE L'ŒUF

I. PRÉSENTATION DU TRONC

La plus fâcheuse des présentations est celle du tronc ; le fœtus ne se présentant pas par une de ses extrémités ne peut être expulsé

par les seuls efforts de la nature, sauf dans quelques cas excessivement rares.



Evolution spontanée dans la première position de l'épaule droite.

Cette présentation est heureusement peu fréquente, on en compte à peine une sur 200 accouchements. Elle est plus commune chez les femmes qui ont déjà eu plusieurs enfants que chez les primipares, chez celles qui ont des vices de conformation du bassin, et chez celles dont le liquide amniotique est trop abondant. Le volume exagéré de la tête du fœtus est aussi une des causes de cette présentation.

On dit indifféremment présentation du tronc ou présentation de l'épaule, parce que dans la plupart des cas l'épaule s'engage et apparaît la première dans l'excavation.

On distingue *deux présentations*, celle de l'épaule droite, celle de l'épaule gauche.

On désigne *la position* d'après la situation de la tête dans le bassin.

a) *Dans la présentation de l'épaule droite :*

Si la tête du fœtus est à gauche le dos est en avant, on a alors la position *céphalo-iliaque gauche, dos en avant*.

Si la tête est à droite, on a la position *céphalo-iliaque droite, dos en arrière*.

b) *Dans la présentation de l'épaule droite :*

Si la tête est à gauche, on a la position *céphalo-iliaque gauche, dos en arrière*.

Si la tête est à droite, on a la position *céphalo-iliaque droite, dos en avant*.

Pour bien se rendre compte de la position du fœtus, il suffit de se mettre par la pensée dans la même attitude.

Diagnostic de la présentation de l'épaule.

A la fin de la grossesse et au début du travail, l'attention peut être attirée par la forme insolite du ventre, qui est surtout développé en largeur. La palpation permet quelquefois de reconnaître d'un côté du ventre une boule dure formée par la tête, et de l'autre côté, mais plus haut, l'extrémité pelvienne, tandis que par le toucher on ne peut atteindre aucune partie fœtale. Le point maximum d'intensité des bruits du cœur est au-dessous du nombril, ces bruits s'entendent mieux si le dos est en avant.

Pendant la période de dilatation, la poche est souvent allongée en *boudin*.

Ce n'est qu'après la rupture des membranes qu'on peut atteindre le fœtus. Au toucher on sent des *inégalités* qui indiquent que ce n'est pas le sommet qui se présente; on cherche alors à reconnaître les côtes, le creux de l'aisselle ou le moignon de l'épaule.

L'épaule, lorsqu'elle s'engage seule, donne la sensation d'une petite tumeur arrondie et faisant partie d'une autre tumeur volumineuse qui est le tronc. — Lorsque le bras pend dans le vagin, le diagnostic est facile.

Diagnostic de la position.

1° Si l'on ne connaît pas l'épaule qui se présente, *il faut*, pour établir la position, *déterminer de quel côté est la tête et comment est tourné le dos*.

On palpera avec soin la femme, puis on touchera pour chercher à atteindre le creux de l'aisselle, qui donnera la position de la tête.

Lorsqu'on sentira les côtes, on saura qu'on est sur la partie antérieure ou latérale du fœtus, car on ne les sent pas sur le dos où elles sont recouvertes par l'omoplate.

2° Si l'on reconnaît l'épaule qui se présente, *il suffira de déterminer le côté où se trouve la tête* pour avoir la position exacte de l'enfant. Pour cela on suivra avec le doigt le membre qui se présente pour atteindre le creux de l'aisselle.

3° Il arrive très souvent que le bras se dégage, descend dans le vagin et sort même de la vulve.

Toutes les difficultés sont levées par l'inspection de cette main. Il faut déterminer d'abord si c'est la main droite ou la main gauche. Pour le savoir, la sage-femme n'a qu'à la saisir comme si elle voulait lui donner une poignée de main. Quand elle réussit avec la main droite, c'est aussi la main droite de l'enfant qui sort; si c'est, au contraire, la main gauche, elle doit se servir de sa main gauche.

La main indique ainsi l'épaule qui se présente.

La position de la main peut faire en outre soupçonner de quel côté est la tête et si le dos est en avant ou en arrière. La direction de la face dorsale de la main indique le côté où est la tête, et la position du petit doigt le sens dans lequel le dos est tourné.

Ainsi, si la main gauche sort du vagin, c'est l'épaule gauche qui se présente; le dos de la main regarde la cuisse gauche, la tête est à gauche; le petit doigt est vers le périnée, le dos est en arrière.

Conduite de la sage-femme.

Dès que la sage-femme reconnaît une présentation du tronc, elle doit immédiatement faire appeler un médecin, pour que celui-ci, en pratiquant la version, puisse terminer l'accouchement. — Comme la version est plus facile lorsque les eaux ne sont pas écoulées, la sage-femme évitera avec soin de rompre les membranes.

Elle fera coucher la femme, lui conseillera le repos et lui défendra de pousser ou de faire des efforts pour activer le travail. Si un bras pend hors de la vulve, elle ne cherchera pas à le rentrer, mais l'enveloppera d'un linge chaud.

S'il est impossible d'obtenir le secours d'un accoucheur, la sage-femme fera elle-même la version suivant les règles que nous donnons plus loin.

II. ANOMALIES DANS LE MÉCANISME DE L'EXPULSION OU PERSISTANCE DE CERTAINES POSITIONS.

Nous avons déjà signalé ces anomalies à propos de l'accouchement naturel, nous ne les répétons que pour mieux les fixer dans la mémoire de la sage-femme.

a) *Présentation du sommet.*

Il peut arriver que les différents mouvements ne s'accomplissent pas et rendent ainsi l'accouchement vicieux. Le plus souvent l'occiput (en deuxième position) reste dans la concavité du sacrum au lieu de venir se dégager sous le pubis. L'accouchement naturel est possible, mais il est parfois tellement long que l'enfant court les plus



Présentation du crâne en position occipito-postérieure. Tête dans l'excavation (rotation en arrière).



Deuxième position du sommet.

grands dangers. La sage-femme devra donc appeler un accoucheur toutes les fois qu'elle reconnaîtra que l'occiput reste en arrière et que le travail ne fait pas de progrès, car il est nécessaire de terminer artificiellement l'accouchement.

b) *Présentation de la face.*

Si le mouvement de rotation qui amène le menton en avant ne se fait pas, l'accouchement est impossible. L'intervention de l'accoucheur est alors indispensable.

c) *Présentation du siège.*

L'accouchement naturel est impossible lorsque, après la sortie du tronc, l'occiput étant en avant, la tête est défléchie. Il est difficile si l'occiput est en arrière dans la concavité du sacrum et la tête défléchie. — Nous indiquerons à l'article version la conduite à tenir.

III. PROCIDENCE DES MEMBRES.

a) *Procidence des mains.*

La procidence d'un bras dans la présentation de l'extrémité pelvienne ou du tronc n'a aucun inconvénient.

La procidence d'une main ou d'un bras sur un des côtés de la tête dans la présentation du sommet ou dans celle de la face ne constitue pas nécessairement un accouchement vicieux. Cependant après la rupture des membranes, la sage-femme cherchera à empêcher la descente de la main en la repoussant avec les doigts.

Lorsque les deux bras se trouvent engagés sur les côtés de la

tête, l'accouchement est impossible, il faut appeler un accoucheur, et en son absence chercher à réduire les membres ou au moins l'un d'eux, et si on ne le peut, *tenter la version*.

b) *Procidence des pieds*.

Dans les présentations du sommet et de la face, la procidence d'un pied rend l'accouchement naturel impossible. La présence de l'accoucheur est nécessaire et il faut le faire appeler de bonne heure, alors que la version est encore praticable, car plus tard il sera forcé de mutiler l'enfant.

IV. BRIÈVETÉ DU CORDON.

La brièveté du cordon peut être *absolue* ou *relative*. Le premier cas est rare, il arrive plus souvent que le cordon est enroulé autour du cou, du tronc, ou qu'il passe entre les membres de l'enfant, et qu'ainsi la partie qui reste libre est raccourcie au point de gêner l'accouchement.

On ne peut soupçonner cette cause de retard dans le travail qu'après avoir éliminé toutes les autres, lorsqu'à chaque contraction il y a un point douloureux et fixe au fond de la matrice et de l'hémorragie.

Si le travail se prolonge sans résultat, la sage-femme fera appeler l'accoucheur.

Après la sortie de la tête, comme dans chaque accouchement, la sage-femme s'assurera de l'état du cordon et cherchera à le dégager s'il est enroulé autour du cou, et si elle ne peut, le sectionnera pour faciliter le dégagement du tronc. Dans la présentation du siège, elle verra s'il n'est pas en sautoir entre les jambes ou trop tendu; si elle ne peut le relâcher en l'attirant en bas, elle le coupera.

V. VICES DE CONFORMATION DU FŒTUS, MONSTRUOSITÉS ET Jumeaux.

Il est rare que le volume trop considérable d'un fœtus bien constitué rende l'accouchement naturel impossible : cela se voit cependant dans quelques cas.



Grossesse gémellaire. Les deux fœtus se présentent par le crâne.

C'est surtout à la suite de vices de conformation ou de maladies qui augmentent partiellement son volume, que son expulsion est impossible sans le secours de l'art. C'est ce qui arrive dans les hydropisies du cerveau (hydrocéphalie) qui augmentent parfois considérablement le volume de la tête. Dans cette maladie les os du crâne s'amincissent, deviennent souples, au point qu'on peut prendre la tête déformée pour la poche des eaux.

Dans les accouchements gémellaires, il arrive que deux têtes se présentent au détroit supérieur, ou qu'un membre pelvien d'un des fœtus se présente avec la tête de l'autre, conditions dans lesquelles l'accouchement naturel est impossible.

Dans des cas très rares de fœtus adhérents, l'union se fait par le siège, par la tête ou par le tronc, l'intervention de l'accoucheur sera nécessaire pour l'extraction de ces monstruosité.

B. CAUSES D'ACCOUCHEMENTS VICIEUX PROVENANT DE LA MÈRE

I. INSUFFISANCE DES CONTRACTIONS UTÉRINES : INERTIE, CONTRACTIONS IRRÉGULIÈRES OU TROP DOULOUREUSES.

a) *L'inertie de la matrice* se traduit par la faiblesse ou l'absence des contractions. Elle s'établit parfois dès le début de l'accouchement, mais le plus souvent c'est après des douleurs régulières que les contractions diminuent ou s'arrêtent tout à fait.

Si le travail ne présente pas d'autre complication qu'une extrême lenteur, l'accouchement sera naturel, mais long et ennuyeux.

Pendant la période de dilatation, une suspension du travail qui durerait même deux jours est sans gravité tant que la poche des eaux n'est pas rompue. C'est au contraire un accident sérieux si les eaux sont écoulées, et qui réclame l'intervention de l'accoucheur, la mère et l'enfant étant en danger. Il importe de bien reconnaître les causes de l'inertie pour les combattre d'une manière efficace.

L'absence des douleurs est très souvent causée par la *distension de la vessie remplie d'urine*. On aura toujours soin de demander à la femme depuis combien de temps elle a uriné, et de s'assurer par la palpation que la vessie ne fait pas saillie au dessus du pubis. Il faudrait alors faire uriner la femme et au besoin la sonder.

La *rétenion des matières fécales* peut aussi rendre les contractions moins efficaces, on s'assurera donc de l'état de vacuité du rectum.

Les émotions vives ne suspendent guère les contractions que pour un temps limité, elles n'ont généralement pas l'influence qu'on leur attribue. Il sera cependant prudent de les éviter.

Les accidents qui surviennent pendant le travail, tels que les vomissements, les syncopes, les crises nerveuses, l'hémorragie, produisent souvent l'inertie; nous verrons plus loin comment il faut les prévenir,

L'inertie est encore causée par une *distension trop grande des parois de la matrice* (produite par une accumulation de liquides ou par la présence de jumeaux) ou *par la résistance trop considérable des membranes de l'œuf*. Il suffit, dans ce cas, de percer la poche des eaux pour ramener les contractions. La sage-femme ne le fera, connaissant la gravité de l'inertie après la rupture des membranes, que sur le conseil du médecin. Elle n'agira seule qu'après s'être assurée que la présentation est favorable et que la dilatation est complète.

La faiblesse des contractions peut venir de la *faiblesse générale* de la femme à la suite de fatigues, de misère ou de maladie ; il faudra relever les forces avec du bouillon et du vin.

L'insuffisance des contractions des parois abdominales (faiblesse des efforts) suffit quelquefois pour retarder la terminaison de l'accouchement. La femme y suppléera en poussant énergiquement.

Quand la faiblesse des contractions a lieu dans la première période, la sage-femme engagera la patiente à se promener dans la chambre, elle lui fera quelques frictions sur le ventre, mais s'abstiendra de donner du vin chaud et épicé, de l'eau-de-vie et surtout du seigle ergoté.

Dangers et indications du seigle ergoté.

Le seigle ergoté est un médicament très actif qui a la propriété d'augmenter la fréquence des contractions de la matrice et de les rendre plus énergiques.

Peu de temps après qu'il a été administré, les contractions deviennent plus vives, plus intenses, mais au lieu d'être intermittentes, c'est-à-dire de ne durer que quelques secondes, pour se renouveler à des intervalles plus ou moins éloignés, elles sont continues. La matrice se contracte mais ne se relâche pas complètement, et le resserrement peut durer une heure et même davantage. L'enfant est alors comprimé et succombe si l'accouchement n'est promptement terminé. C'est pour cela qu'on ne peut donner l'ergot de seigle que lorsque la dilatation de l'orifice est complète, et qu'il n'existe

aucun autre obstacle à l'expulsion rapide du fœtus que la faiblesse des contractions utérines.

Si l'arrêt du travail tient à un obstacle mécanique, l'ergot de seigle en provoquant de trop fortes contractions fait rompre la matrice.

L'appréciation judicieuse des cas où le seigle ergoté est indiqué est trop difficile pour être faite par une sage-femme, celle-ci ne doit donc donner ce médicament que sur l'ordonnance du médecin. *Ce n'est que dans les hémorragies graves APRÈS LA DÉLIVRANCE qu'il lui sera permis de l'administrer de son chef.* Elle le donnera en poudre fraîche, par paquets de 50 centigrammes dissous dans un quart de verre d'eau, à intervalles de 15 à 30 minutes, afin de n'en pas continuer inutilement l'emploi si l'une ou l'autre dose est déjà suivie de l'effet désiré. Il n'est pas prudent d'en donner en tout plus de 3 grammes.

b) *Contractions irrégulières ou trop douloureuses de la matrice.* —

Il arrive aussi que la matrice ne se contracte pas également dans toutes ses parties, ou que les contractions soient trop douloureuses. Celles-ci, quoique faibles, causent souvent des douleurs aiguës et la matrice se fatigue sans arriver à aucun résultat.

La sage-femme reconnaît cette complication lorsque les douleurs sont très intenses et aussi violentes au début de la contraction que vers la fin, qu'il n'y a aucun intervalle de repos et qu'en même temps l'accouchement ne fait pas de progrès. Le meilleur remède est un bain tiède.

II. RIGIDITÉ DES BORDS DE L'ORIFICE UTÉRIN.

La dilatation du col est quelquefois empêchée par la rigidité de ses bords, produite soit par une contraction ou spasme, soit par un défaut d'élasticité du tissu des lèvres du col.

On reconnaît cette complication à ce que malgré des contractions régulières la dilatation ne se fait pas et que les bords de l'orifice

sont tendus, résistants comme un cercle de fer et quelquefois douloureux. La femme éprouve ordinairement des douleurs très vives dans la région lombaire.

La sage-femme conseillera un bain, puis si l'état se prolonge, que la femme s'épuise en inutiles efforts, fera appeler un accoucheur.

III. SITUATION ANORMALE DE L'ORIFICE UTÉRIN, ENGAGEMENT DE LA PARTIE ANTÉRIEURE ET INFÉRIEURE DE LA MATRICE.

Lorsque les parois abdominales sont très flasques et très molles et que le fond de l'utérus tombe en avant, le col est refoulé très en haut et en arrière. Dans d'autres cas, la tête du fœtus descend dans l'excavation en refoulant le segment inférieur de l'utérus dont elle se coiffe.

La dilatation de l'orifice ne se fait alors qu'imparfaitement, et la matrice risque de se rompre si elle est entraînée trop bas, ou de se gangrener si elle est trop longtemps comprimée. Il faut faire coucher la femme sur le dos avec le siège un peu élevé, et dès qu'on peut atteindre le col l'attirer en bas avec le doigt.

Quelquefois, bien que la dilatation soit complète, la tête est retenue par la lèvre antérieure de l'orifice, fortement tuméfiée. Il faut chercher à refouler cette partie derrière la tête. Pour cela la sage-femme la repousse avec le doigt sous la symphyse du pubis, dans l'intervalle des douleurs et la maintient pendant la contraction.

IV. RÉSISTANCE DU PÉRINÉE ET DE LA VULVE.

Dans certains cas le périnée est si résistant et la vulve si étroite que la tête ne peut franchir ce dernier obstacle. C'est ce qui empêche si fréquemment chez les primipares la terminaison naturelle de l'accouchement.

On reconnaît cette complication à ce que le travail, après avoir marché régulièrement jusqu'à l'arrivée de la tête près de la vulve, ne fait plus de progrès à partir de ce moment. La tête n'avance pas, la matrice s'épuise en efforts inutiles, au bout de quelque temps les contractions s'affaiblissent et cessent. La femme et l'enfant courent alors un sérieux danger si l'on ne termine l'accouchement. La tête ne peut séjourner plus de quelques heures dans le petit bassin sans y déterminer de graves lésions, dont la plus redoutable est la perforation, par suite de gangrène, de la cloison qui sépare le vagin de la vessie, ou de celle qui est entre le vagin et le rectum. Cet accident, qui fait que les urines ou les matières fécales passent dans le vagin, constitue une infirmité dégoûtante.

La sage-femme fera appeler un médecin si la tête n'a pas franchi la vulve une heure au plus tard après qu'elle y a paru.

V. RÉTRÉCISSEMENT DU BASSIN.

Le bassin peut être *trop petit d'une manière générale sans que sa forme soit changée*, c'est ce qui arrive chez les naines, et aussi chez quelques femmes de grande taille. Ce n'est guère que pendant l'accouchement qu'on s'aperçoit de ce défaut de conformation qui est heureusement très rare.

Le plus souvent le rétrécissement porte sur un ou deux des diamètres et *s'accompagne d'une déformation du bassin*.

Les rétrécissements les plus communs sont ceux du détroit supérieur. Ceux de l'excavation et ceux du détroit inférieur sont beaucoup plus rares. Par conséquent si le fœtus peut franchir le détroit supérieur, il y a beaucoup de chances pour qu'il traverse l'excavation et le détroit inférieur.

Le rétrécissement de beaucoup le plus fréquent au détroit supérieur est celui du diamètre antéro-postérieur. Le bassin semble être aplati d'avant en arrière. L'angle sacro-vertébral se rapproche de la symphyse pubienne et diminue le diamètre sacro-pubien (v. fig. p. 127).

La forme du détroit est changée. Le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur qui mesure 11 centimètres à l'état normal peut se raccourcir jusqu'à 4 centimètres et même moins. Le passage de l'enfant est alors absolument impossible.

Le rétrécissement du diamètre oblique du détroit supérieur se voit moins souvent que le précédent. Le bassin présente alors une déformation toute particulière (V. fig. p. 129).

Il est exceptionnel que l'accouchement soit empêché par un rétrécissement transversal au détroit supérieur.

Dans l'*excavation* le rétrécissement le plus fréquent est celui du diamètre antéro-postérieur causé par la mauvaise conformation du sacrum ou du coccyx.

Au *détroit inférieur* on a surtout le rétrécissement du diamètre transversal. La hauteur exagérée de la symphyse des pubis, le rapprochement des branches du pubis et des ischions, produisent aussi des rétrécissements du détroit inférieur, qu'on désignait autrefois sous le nom de *barrure*. Ces cas sont très rares.

La cause principale de ces rétrécissements est le *rachitisme*. (Voir maladies des enfants.) En général, les femmes rachitiques sont petites, ont les fesses saillantes et présentent à la région lombaire un creux prononcé nommé *ensellure*. Leur démarche est disgracieuse, elles se balancent d'un côté à l'autre et boitent même. *Leurs jambes sont toujours courtes, contournées; les genoux sont gros, rapprochés ou écartés; les cuisses sont courtes et courbées.*

Une autre cause de vice de conformation du bassin est l'*ostéomalacie*, maladie dans laquelle les os se ramollissent, et qui entraîne une déformation de tout le corps. Cette déformation n'atteint guère que les femmes qui ont déjà eu des enfants.

Enfin, des *accidents survenus à la hanche*, des fractures, des luxations non guéries, peuvent amener une déformation du bassin.

Il est excessivement important de reconnaître pendant la grossesse que le bassin n'a pas les dimensions normales, car suivant la grandeur et le siège du rétrécissement, la conduite à suivre est très différente.

Si le diamètre rétréci du bassin n'a que 4 à 5 centimètres, il fau-

dra empêcher le développement du fœtus en provoquant l'avortement dans les premiers mois de la grossesse. Si ce diamètre a 7 à 8 centimètres, on fera l'accouchement prématuré artificiel, tandis qu'on attendra le terme naturel si ce diamètre a 9 centimètres. C'est l'accoucheur seulement qui peut résoudre de si graves questions et décider les mesures à prendre.

Lorsqu'une sage-femme sera consultée pour une grossesse, et qu'elle constatera quelques particularités qui lui feront craindre un rétrécissement du bassin, elle questionnera la femme sur les maladies de son enfance; elle examinera la taille, la forme des jambes et des cuisses, la démarche et enfin observera avec soin la position, l'inclinaison et les dimensions du bassin.

Elle jugera de l'inclinaison sur la colonne vertébrale, par la saillie des fesses, l'ensellure, par la proéminence du ventre et par l'ouverture de la vulve qui est portée plus bas et en arrière.

Elle cherchera ensuite si le bassin a bien ses formes naturelles, si les épines iliaques antérieures et supérieures sont rapprochées ou éloignées (à l'état normal elles sont distantes de 27 centimètres) et si les deux côtés du bassin sont identiques.

Elle se rendra compte du diamètre du bassin par le toucher. Si



le doigt indicateur porté en haut et en arrière atteint le promontoire (angle sacro-vertébral), il y a un rétrécissement. On le mesure en

marquant sur le doigt le point qui correspond à la symphyse pubienne, et en déduisant de la longueur un travers de doigt.

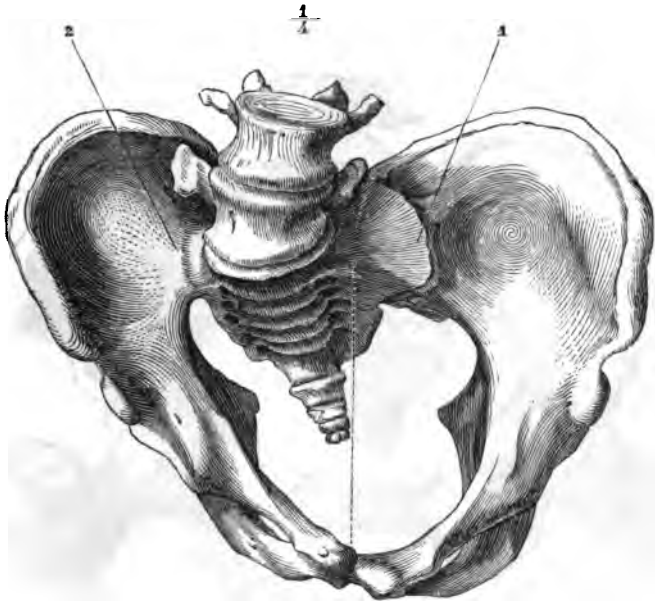
On mesure facilement le diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur, par le doigt étendu de la pointe du coccyx à la partie inférieure du pubis.

Pour bien juger de la grandeur des autres diamètres et de l'ouverture du détroit inférieur, il faut introduire toute la main, mais cela ne peut se faire que pendant l'accouchement.

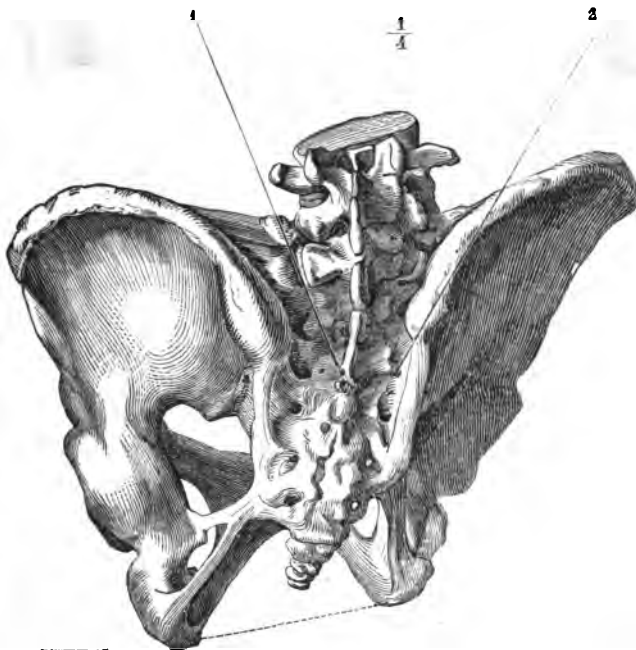
Durant le travail, la sage-femme pensera qu'il y a rétrécissement du détroit supérieur lorsque, malgré une présentation favorable et une bonne position, une dilatation complète et de fortes contractions, la tête est arrêtée à l'entrée de l'excavation.

Le bassin peut être rétréci par des tumeurs de diverse nature.

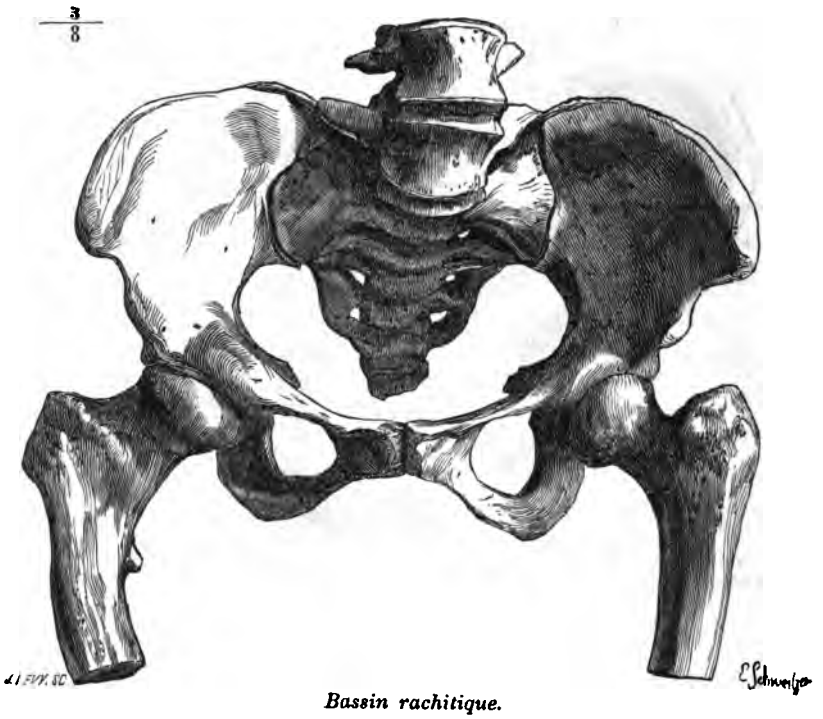
Quelques exemples de bassins difformes :



Bassin oblique ovale, face antérieure. — 1. Côté sain. — 2. Côté de la synostose.



Bassin oblique ovale, face postérieure. — 1. Côté sain. — 2. Côté de la synostose.





Bassin rachitique, à forme ostéomalacique.



Bassin ostéomalacique.



Bassin ostéomalacique.



Bassin ostéomalacique au plus haut degré.

VI. VICES DE CONFORMATION ET MALADIES DE L'UTÉRUS, DU VAGIN
ET DE LA VULVE

L'accouchement peut être rendu impossible par des tumeurs du bassin, des corps fibreux de la matrice, des cancers de cet organe, des rétrécissements cicatriciels du vagin, des polypes et enfin des tumeurs ou des rétrécissements de la vulve.

Nous ne faisons qu'indiquer sommairement ces causes d'obstacles, rappelant à la sage-femme que dès qu'elle observe quelque chose d'anormal, elle doit prendre conseil de l'accoucheur.

VERSION (1)

La version est une opération qui consiste à introduire la main dans la matrice pour saisir les pieds de l'enfant et les amener en dehors.

Cette manœuvre est souvent difficile et très dangereuse pour l'enfant et même pour la mère. On compte en effet qu'il meurt en moyenne un enfant sur cinq et une femme sur vingt dans les versions faciles, tandis que dans les versions difficiles un enfant sur deux et une femme sur dix succombent.

La sage-femme ne pratiquera la version en l'absence du médecin que dans les cas d'absolue nécessité qui sont les suivants :

1° *Présentation du tronc.*

2° *Précidence des deux mains avec la tête, d'un pied avec la tête, et précidence du cordon avec danger de compression (dans le cas où la réduction est impossible).*

3° *Hémorragie grave.*

4° *Rupture de la matrice.*

On doit toujours attendre pour faire la version que la dilatation de l'orifice soit assez grande pour que la main entre facilement.

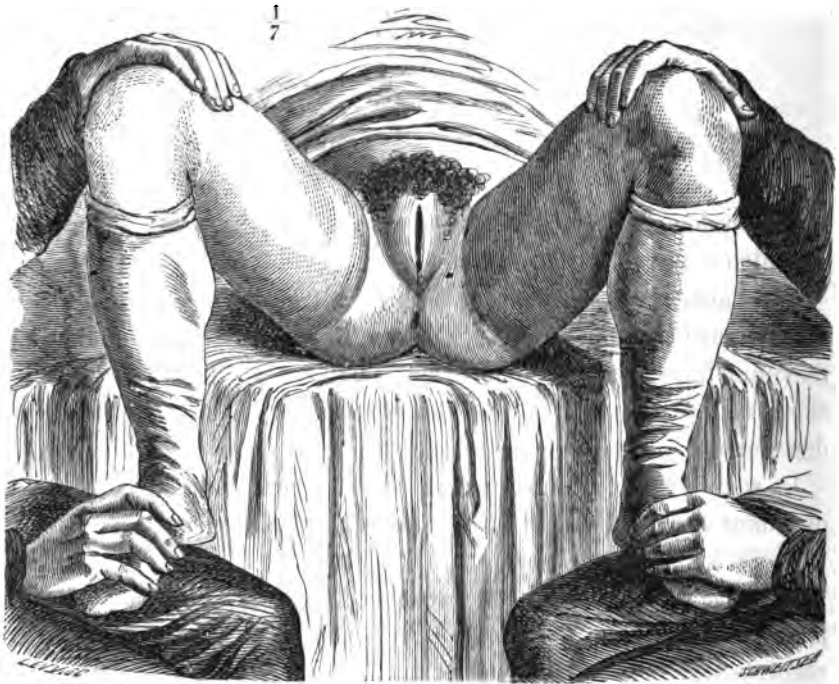
(1) Nous ne parlons ici que de la version pelvienne, et omettons à dessein la version céphalique et la version par manœuvres externes.

On ne peut pratiquer la version si les parties fœtales ont franchi l'orifice ou sont trop engagées dans l'excavation pour être refoulées au-dessus du détroit supérieur.

Il est avantageux que la poche des eaux ne soit pas rompue.

PRÉPARATIFS POUR LA VERSION

Lorsque la sage-femme reconnaît la version nécessaire, elle rassure la patiente après avoir prévenu les parents de la nécessité de l'opération.



Position de la femme en travers du lit, pour les opérations obstétricales.

Si la femme ne peut uriner et que la vessie soit pleine, la sage-femme la sondera; si le rectum contient des matières fécales, elle donnera des lavements d'eau tiède.

La femme sera placée en travers sur son lit, dont un des bords

appuie contre le mur, étendue sur le dos soutenu par des oreillers, le siège relevé par un coussin placé sous le matelas; le siège dépassera le bord du lit pour qu'on puisse tirer l'enfant en bas et en arrière. Un aide monté sur le lit tient la femme sous les aisselles, deux autres personnes maintiennent les cuisses écartées et un peu fléchies; les pieds reposeront sur deux chaises. Les cuisses et les jambes seront recouvertes.

Si l'état de la femme ne lui permettait pas de prendre cette position, on la ferait coucher sur le côté en rapprochant le siège du bord du lit et en écartant les genoux avec un coussin.

On a soin de mettre sous la femme un drap qui descend jusqu'au plancher, celui-ci est recouvert de sable, de sciure ou de linges.

La version se compose de trois temps : dans le premier on introduit la main et on saisit les pieds de l'enfant, dans le second on retourne le fœtus, et on l'extraît dans le troisième.

1^{er} TEMPS. — *Introduction de la main.*

Il faut avant tout reconnaître la présentation et la position pour savoir d'une manière aussi précise que possible où il faut aller chercher les pieds et de quelle main on doit se servir.

On emploiera la main gauche dans la présentation de l'épaule gauche, et la main droite dans la présentation de l'épaule droite.

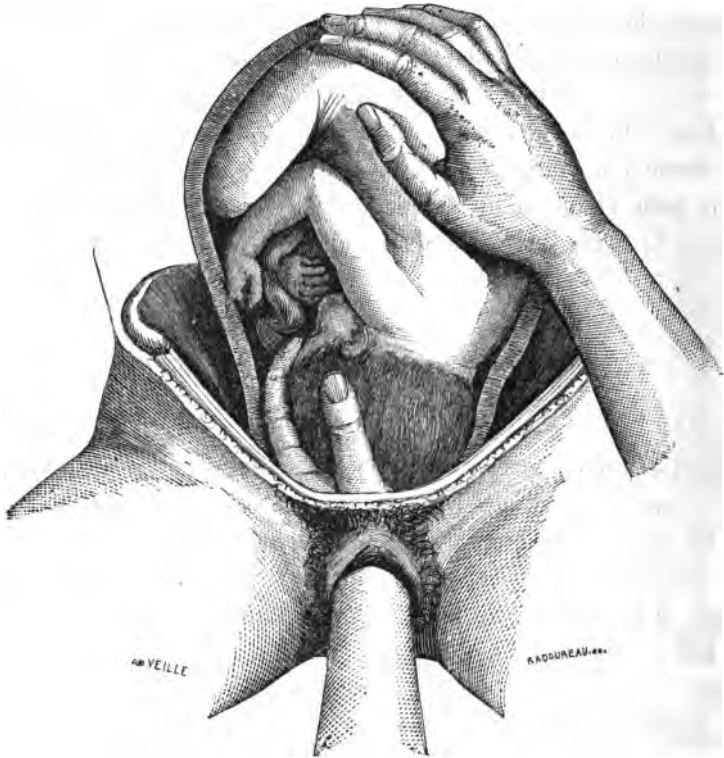
Si l'on ne reconnaît pas l'épaule qui se présente, il faut chercher de quel côté se trouve la tête; si elle est à droite on introduira la main droite, si elle est à gauche la main gauche, de façon que la paume de la main soit tournée du côté des pieds.

Dans les présentations du sommet, de la face et du siège, on se servira de la main gauche si le dos est à gauche, de la main droite si le dos est à droite.

Si un des bras du fœtus pend dans le vagin, la sage-femme mettra un lacs sur le poignet, non pour tirer dessus mais pour empêcher le bras de remonter.

Pour opérer, la sage-femme se place entre les jambes de la patiente et, si le lit est bas, se met à genoux pour avoir plus de facilité et moins de fatigue.

On graisse la face dorsale de la main choisie et l'avant-bras, évitant de le faire sur la paume de la main, car on ne pourrait tenir solidement les pieds du fœtus, qui sont rendus glissants par l'enduit sébacé.



Version podalique (premier temps).

On introduit la main en rapprochant les doigts en forme de cône dans lequel se place le pouce.

Le passage de la vulve étant douloureux, il faut procéder avec douceur, mais ne pas se laisser arrêter par les plaintes de la femme.

Pour empêcher le refoulement de la matrice dans l'abdomen et la rupture du vagin, la sage-femme ne négligera jamais d'appuyer la main qui n'opère pas sur le fond de l'utérus. Elle peut faire faire cette pression par un aide.

Il faut introduire la main dans l'intervalle des douleurs et la conduire jusqu'à l'orifice de la matrice en suivant la courbure du bassin, c'est-à-dire en poussant la main d'abord en arrière, puis en haut et en avant. Arrivé à l'orifice de l'utérus on y entre, dans l'intervalle d'une douleur, sans hésitation mais sans brusquerie, en refoulant avec douceur la partie qui se présente.

Si les membranes sont intactes, on glisse la main entre les parois de la matrice et la poche des eaux, et on ne rompt celle-ci que le plus haut possible.

Si les membranes sont rompues on va directement au fond de la matrice chercher les pieds, en glissant la main le long du plan antérieur du fœtus; on peut également suivre le côté ou le dos jusqu'aux fesses.

Pendant ces recherches, qui *seront toujours faites entre les douleurs*, il faut éviter de réveiller les contractions en touchant la face interne de la matrice avec les doigts.

Durant les contractions, la main reste immobile et à plat.

Quand on arrive aux pieds, on les saisit à pleine main de manière à les tenir solidement.

Si on ne peut atteindre qu'un des pieds, on le saisira sans chercher à prendre l'autre, car la version se fait très bien avec un seul pied.

Si l'on n'atteint qu'un genou on s'en contentera et on opérera en tirant sur lui.

Le poignet et la main de l'opérateur sont parfois tellement serrés dans la matrice qu'ils s'engourdissent et qu'on ne peut plus sentir et serrer les pieds du fœtus; il ne faut cependant retirer le bras que lorsqu'on ne peut décidément pas agir, car de nouvelles tentatives d'introduction et de recherches seront toujours plus difficiles.

2^e TEMPS. — *Evolution ou culbute.*

Une fois les pieds ou le pied saisis, on les tire en bas pour les amener à la vulve et on fait exécuter au fœtus un mouvement de rotation qui porte l'extrémité pelvienne en bas et la tête en haut. Ce mouvement ne peut se faire que lorsque la matrice n'est pas contractée, *on ne manœuvre donc que dans l'intervalle des douleurs*; chaque fois que la contraction a lieu, il faut suspendre les tractions et ne les recommencer qu'après la cessation de la douleur.

3^e TEMPS. — *Dégagement ou extraction de l'enfant.*

L'extraction ne doit se faire que pendant les douleurs, à moins qu'un danger exceptionnel n'exige la prompte terminaison de l'accouchement.

On favorisera les contractions en pressant sur la matrice avec la main qui est appuyée sur le ventre, et en faisant friclionner fréquemment l'abdomen.

Il faut *tirer lentement, avec douceur et sans déployer une trop grande force.*

On saisit les membres à pleines mains, les pouces en dessus, sans les éloigner de la vulve. Il faut avoir soin de tenir les articulations pour les protéger et éviter leur déchirure.

Les mains seront donc placées autour des chevilles, puis sur les genoux, enfin sur les hanches. — On ne portera pas les mains plus haut de peur de comprimer les organes contenus dans le ventre.

Il faut se rappeler, en pratiquant l'extraction, comment se fait l'accouchement naturel par les pieds. Nous savons qu'une des hanches doit venir au pubis et l'autre au périnée pour se placer dans le diamètre antéro-postérieur du petit bassin, le dos regarde par conséquent à droite ou à gauche.

La hanche antérieure se dégage d'habitude *la première*, on tire donc d'abord en *bas et en arrière*, puis après la sortie de la hanche au pubis on tirera directement en *haut*, pour faciliter le passage du périnée.



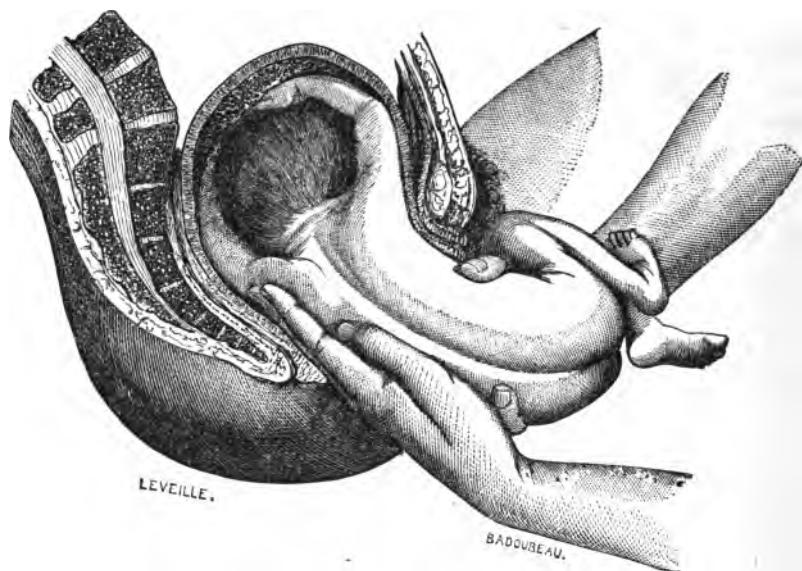
Dégagement du cordon.

L'extraction ne se fait pas par une simple et unique traction directe; on élève et on abaisse le tronc par des mouvements qui rappellent ceux que l'on fait exécuter à un pieu pour l'ébranler avant de l'arracher.

Lorsqu'on n'a pu saisir qu'un pied et que l'autre est resté replié sur le ventre de l'enfant, il ne faut pas chercher à le déployer, car il facilite le passage de la tête.

Après la sortie des hanches, la sage-femme s'assure de l'état du *cordon ombilical*, et s'il est trop tendu, cherche à le dégager; si elle ne peut le faire, elle le liera et le sectionnera.

Dans l'accouchement naturel, après le dégagement des épaules, le dos se place ordinairement en avant; on imitera ce mouvement, mais avec douceur et sans y mettre de force.



Dégagement des bras.

Lorsque le siège est dégagé, *il faut, avant de faire passer les épaules, s'assurer que les bras ne sont pas relevés sur les côtés de la tête.*

S'ils sont relevés on doit les dégager; pour cela on soulève le *fœtus obliquement contre le ventre de la mère* et on glisse le doigt indicateur et le grand doigt en crochet le long du bras, qui est en arrière aussi profondément que possible, on met le pouce dans l'aisselle. Ensuite on ramène le bras du fœtus sur sa partie antérieure comme si on voulait le faire se moucher.

Lorsque le bras qui est en arrière est dégagé, la sage-femme met le fœtus sur son autre main, et abaisse le tronc aussi fortement que

possible pour dégager par la même manœuvre le bras qui est en avant. La tête subit ordinairement un mouvement de rotation qui porte l'occiput derrière le pubis. On le favorisera en tournant un peu le dos en avant.

Pour faciliter le dégagement de la tête on soulève le tronc du fœtus contre le ventre de la femme, on place dans la bouche de l'enfant deux des doigts de la main qui le soutient, et deux doigts de l'autre main en fourche sur la nuque, puis on fait basculer la tête pour que le menton sorte le premier au périnée; en même temps on engage la femme à pousser énergiquement.

Après l'extraction, la sage-femme lie le cordon et cherche à ranimer l'enfant qui naît le plus souvent asphyxié.

La délivrance faite, on surveillera la femme, qui est particulièrement exposée à des hémorragies consécutives.



Dégagement de la tête.

DIFFICULTÉS DE LA VERSION

Nous n'indiquons ici que les difficultés les plus grandes et les plus fréquentes.

Dans le second temps, la tête peut ne pas remonter au moment

de l'abaissement des pieds et rend ainsi l'extraction impossible. Aussitôt qu'on s'aperçoit d'une pareille complication, il faut cesser de tirer, mettre un lacs sur le pied que l'on fixe et repousser la tête en haut.

Dans le troisième temps les difficultés tiennent au relèvement des bras sur les côtés de la tête, dont le dégagement devient ainsi impossible, puis à l'arrêt de la tête.

L'arrêt de la tête peut venir de l'absence de son mouvement de rotation, ou de son extension, l'occiput étant en avant ou en arrière.

1° ABSENCE DU MOUVEMENT DE ROTATION

Lorsque le mouvement de rotation ne s'est pas effectué complètement et que le diamètre antéro-postérieur de la tête est dans le diamètre transverse du petit bassin, l'extraction n'est pas possible. Il faut alors introduire dans la bouche du fœtus l'indicateur et le médius de la main dont la paume embrasse le mieux l'occiput et chercher à ramener celui-ci derrière le pubis.

Il ne faut jamais tourner le corps de l'enfant, on lui tordrait le cou sans faire bouger la tête.

2° ARRÊT DE LA TÊTE PAR EXTENSION, L'OCCIPUT EN AVANT

Quand par suite des tractions la tête s'est défléchie, le dos et l'occiput de l'enfant étant en avant, l'accouchement serait impossible si l'on ne parvenait à opérer le mouvement de flexion de la tête.

Pour cela on repousse l'enfant en haut dans le bassin, de manière que la tête ait de l'espace pour se fléchir; on soulève l'enfant, son dos contre le ventre de la mère, puis on met deux doigts dans la bouche, deux sur la nuque et on fait faire la bascule. — Si cette manœuvre ne réussit pas, la sage-femme attendra le secours d'un accoucheur, le cas étant trop difficile pour qu'elle puisse achever l'accouchement.

3^o ARRÊT DE LA TÊTE, L'OCCIPUT ÉTANT EN ARRIÈRE

Lorsque le dos est en arrière et que l'occiput est resté dans la concavité du sacrum, *si la tête est fléchie* on portera le dos du fœtus contre le dos de la femme, et on facilitera la sortie du menton sous le pubis en introduisant deux doigts dans la bouche du fœtus et en tirant en bas.



Menton arrêté derrière la symphyse pubienne. Dégagement par l'occiput.

Si la tête est défléchie, c'est-à-dire le menton relevé au-dessus du pubis, il faut renverser l'enfant sur le ventre de la mère pour dégager l'occiput le premier au périnée.

V^e DIVISION

DES MALADIES DES FEMMES ENCEINTES

et des accidents qui peuvent survenir pendant la grossesse.

I. ACCIDENTS GÉNÉRAUX

TROUBLES DE LA DIGESTION

1^o *Les vomissements* se déclarent ordinairement dans le second et le troisième mois de la grossesse, pour disparaître peu à peu à partir du quatrième. Quelquefois cependant ils persistent pendant toute la durée de la grossesse; il est plus rare encore de ne les voir apparaître que dans les derniers mois. Ce sont là des variations purement individuelles. — Le vomissement a lieu principalement le matin à jeun, d'autres fois après le premier repas. La nature des matières rejetées varie; dans le premier cas, elles consistent en glaires plus ou moins mélangées de bile; dans le second on y retrouve les éléments du repas qui a précédé. Dans ces limites-là, ce n'est qu'un accident sans importance, auquel la sage-femme opposera de simples infusions aromatiques (camomilles, feuilles d'orange, thé de Chine). L'eau glacée, l'eau gazeuse rendent quelquefois de bons services.

On évitera de recourir aux purgatifs, dont l'emploi, trop répandu malheureusement, n'a que des inconvénients. Quant aux vomitifs, l'usage en sera sérieusement proscrit.

Lorsque les vomissements prennent une fréquence plus grande, qu'ils se répètent après chaque repas ou plus souvent, la sage-femme

ne tardera pas à appeler un médecin. Les vomissements *incoërcibles* sont en effet d'une gravité considérable et peuvent amener la mort par inanition.

L'absence d'appétit n'est le plus souvent qu'un phénomène passager, qui disparaît avec les progrès de la grossesse.

La constipation sera combattue par l'usage des fruits et des légumes verts, par l'emploi de lavements simples ou huileux, ou de l'huile de ricin prise intérieurement (une à deux cuillerées à soupe).

La diarrhée, quoique plus rare, se présente quelquefois dans les premiers mois; une infusion émolliente, l'eau de riz, seront tout d'abord mis en usage. Si elle persiste, le médecin sera appelé.

Enfin les *crampes d'estomac*, ordinairement accompagnées de digestion difficiles, aigreurs, constipation, comptent au nombre des complications les plus désagréables d'une grossesse au début. On essaiera tout d'abord l'eau de seltz, coupée avec du lait ou un peu de vin, les boissons chaudes, la magnésie (une pointe de couteau avant les repas).

TROUBLES DE LA CIRCULATION

La pression qu'exerce l'utérus gravide sur les grosses veines du bassin a souvent pour conséquence les varices, les hémorroïdes et l'enflure des membres inférieurs. Les *varices* sont produites par la dilatation des veines superficielles; elles siègent le plus souvent aux cuisses, aux mollets et aux pieds, elles forment des tumeurs inégales, isolées ou disposées en chapelet sur la continuité de ces vaisseaux, leur coloration est bleuâtre. La compression et la position horizontale les font disparaître en chassant dans la veine le sang qu'elles renferment, mais elles se reforment immédiatement dès qu'on cesse de comprimer; quand, au contraire, on serre le membre au-dessus d'elles, le reflux du sang dans la veine est entravé et on voit les tumeurs augmenter de volume. C'est l'effet que produit souvent une jarretière trop serrée.

Les varices des femmes grosses diminuent après l'accouchement.

Une compression méthodique au moyen d'une bande ou d'un bas lacé soulage les malades. — Les accidents qui peuvent compliquer sont l'inflammation ou la rupture avec hémorragie.

On entend par *hémorrhôïdes* la dilatation variqueuse des veines de l'anus et du rectum. Elles sont fréquentes chez les femmes grosses par la même raison qui produit les varices de la jambe. Les hémorrhôïdes donnent souvent lieu à un écoulement de sang, d'autres fois elles s'enflamment et deviennent très douloureuses; dans ce cas et si elles sont externes, on les recouvrira de cataplasmes tièdes, on conseillera les bains tièdes et on entretiendra la liberté du ventre par de légers purgatifs ou des lavements.

L'*œdème* est une enflure causée par le trouble apporté par l'augmentation de volume de l'utérus dans la circulation des membres inférieurs et du bassin. Cette enflure se reconnaît aux caractères suivants : elle débute le plus ordinairement par les malléoles, puis gagne la partie inférieure des jambes; elle n'est pas douloureuse, la pression du doigt y produit facilement, comme dans la cire molle, une empreinte qui persiste pendant quelques instants. L'*œdème* peut s'étendre aux cuisses, puis aux parties génitales externes.

Quelquefois même on la voit gagner le tronc, les extrémités supérieures et la face, c'est alors un symptôme qui peut être de la plus grande gravité et réclame par conséquent, comme du reste tout *œdème* un peu considérable, les conseils d'un médecin.

Dans les cas légers, l'*œdème* n'offre pas de danger et ne demande pas de traitement, il se dissipe après l'accouchement. Quand le gonflement *œdémateux* siège d'un seul côté, qu'il est accompagné de vives douleurs dans la jambe, il doit éveiller le soupçon d'une affection plus grave et exige l'intervention du médecin.

TROUBLES DE L'INNERVATION

Le traitement de la disposition aux *syncopes*, relativement fréquentes chez les femmes enceintes, est du ressort du médecin. Le

traitement de la syncope elle-même consiste en premier lieu dans la position horizontale, l'eau froide vivement projetée contre le visage, puis l'application du vinaigre ou d'alcali volatil sous le nez.

TROUBLES DE LA RESPIRATION

Le développement de la matrice a ordinairement pour effet dans les derniers mois de la grossesse une certaine gêne du mouvement d'expansion des poumons, la respiration devient pénible et oppressée; on comprend que la délivrance seule peut y mettre un terme.

TROUBLES DES SÉCRÉTIONS ET EXCRÉTIONS

De la rétention d'urine.

Les femmes enceintes sont sujettes à des *troubles des fonctions urinaires*, parmi lesquelles il convient de citer la fréquence exagérée du besoin d'uriner, le ténesme et la rétention d'urine.

De l'hydrorrhée.

On observe quelquefois pendant les derniers mois de la grossesse un écoulement plus ou moins abondant d'eau, qui pourrait devenir pour la sage-femme non prévenue une cause d'erreurs. Ces pertes, nommées aussi *fausses eaux*, ne sont pas accompagnées de douleurs utérines et se laissent ainsi facilement reconnaître; il n'existe en outre aucune modification de la matrice qui puisse faire penser à un travail prématuré. La femme fera bien, pendant la durée de l'écoulement, de garder un repos complet dans la position horizontale.

De la leucorrhée.

On nomme *leucorrhée* ou *pertes blanches* un écoulement qui se fait par le vagin ; cet écoulement ordinairement blanc, quelquefois jaunâtre, augmente à mesure que le terme s'avance, il est rare dans les premiers mois.

Cette indisposition exige avant tout de très grands soins de propreté pour éviter l'irritation des parties génitales externes et des cuisses ; si celui-ci devient trop abondant on demandera le médecin.

Si les grandes lèvres sont rouges, excoriées, on placera entr'elles un petit linge enduit de cérat de Goulard pour en éviter le frottement.

II. DES DÉPLACEMENTS

DES HERNIES

On donne le nom de *hernie* (vulgairement descente des intestins ou effort) à la tumeur formée par l'intestin sorti de la cavité abdominale. Les hernies se rencontrent le plus souvent au pli de l'aîne (hernies inguinales et crurales) ou au nombril (hernies ombilicales). Elles sont plus ou moins volumineuses, ne déterminent pas de changements de coloration de la peau qui les recouvre, et ne sont pas douloureuses. On parvient le plus souvent, au moyen d'une légère pression, à les faire rentrer dans l'abdomen.

Si la femme est atteinte d'une hernie, on devra, dès le début du travail, afin d'éviter des accidents, lui faire prendre une position horizontale, et l'engager à s'abstenir de tout effort ; la hernie sera réduite, c'est-à-dire repoussée dans l'abdomen, et maintenue au moyen de la main d'un aide jusqu'à la fin de l'accouchement.

Pour maintenir la hernie, on se sert de bandages herniaires, qui sont faits d'une ceinture à ressort recourbée, ouverte en avant et

portant à chacune de ses extrémités une pelote; un ruban fixé en arrière sur la ceinture et venant s'y attacher en avant après avoir passé sous la cuisse, empêche l'appareil de remonter et le maintient en place.

La hernie étant réduite, le bandage est placé autour du corps, la pelote appuyant sur le point de sortie de l'intestin. Un bandage mal appliqué peut être dangereux.

L'accident le plus grave auquel est exposée la hernie, est l'étranglement; on dit qu'il y a étranglement, lorsque la hernie ne peut pas être réduite, qu'elle est douloureuse et qu'il survient des vomissements. Le médecin sera immédiatement appelé.

Les sages-femmes doivent engager toutes les personnes qui ont une hernie à se procurer un bon bandage; elles rappelleront aux pauvres qu'ils peuvent en obtenir gratis à l'hôpital cantonal.

DE LA RÉTROVERSION

La rétroversion est un accident dans lequel la matrice subit un renversement en arrière, de façon que le fond de l'organe se trouve couché dans la concavité du sacrum, en même temps que son col se relève par un mouvement de bascule, et vient se rapprocher de la symphyse des pubis. La rétroversion est très-rare après le troisième mois de la grossesse; une fois ce terme dépassé, l'utérus s'élève au-dessus du détroit supérieur, et il faut un concours de circonstances très rares pour qu'il puisse retomber dans l'excavation.

Lorsque l'accident survient brusquement, il peut être accompagné de douleurs vives dans le bas ventre, de vomissements et même de syncope. Quand son développement est plus lent, la femme ressent de la pesanteur, des tiraillements, des envies fréquentes d'uriner, ou de la rétention d'urine, qui devront mettre la sage-femme en éveil et l'engager à pratiquer le toucher pour se rendre compte de l'état des parties. S'il y a rétroversion, elle sentira dans l'excavation la tumeur formée par le fond de l'utérus et n'atteindra le col qu'avec

peine dans la direction de la symphyse. Il est important de reconnaître à temps le déplacement, parce qu'une fois le troisième mois dépassé, la réduction est difficile et peut exposer à des accidents graves. La sage-femme fera donc appeler le médecin.

DU PROLAPSUS DE LA MATRICE

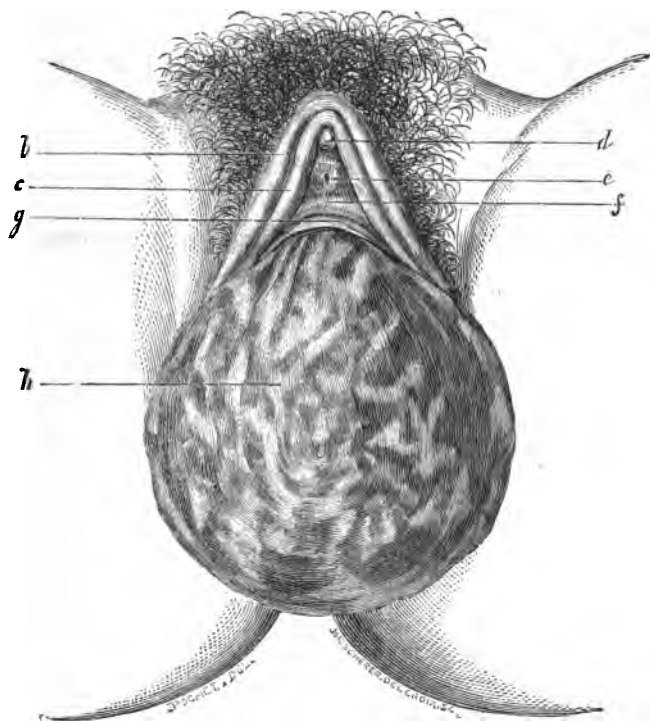
Le prolapsus est l'exagération du mouvement normal d'abaissement que subit l'utérus pendant les deux premiers mois de la grossesse. Suivant les degrés on distingue le prolapsus incomplet et le prolapsus complet, dans lequel l'organe fait saillie au dehors, à travers la vulve. Cet accident est comme le précédent, et pour les mêmes causes, rare après le troisième mois; une fois ce terme dépassé, l'utérus s'est élevé au-dessus du détroit supérieur où l'accroissement de son volume le maintient, à moins que le bassin ne soit exceptionnellement large.

Les symptômes de la chute de la matrice sont semblables à ceux de la rétroversion; douleurs, tiraillements dans le bas-ventre et les lombes, difficulté d'uriner, constipation. Le toucher renseigne immédiatement sur la nature du mal; on trouve le vagin rempli par la matrice dont on reconnaît aisément l'orifice au centre de la tumeur. Le bassin trop large y prédispose, un effort violent, un coup, une chute, peuvent le produire.

La sage-femme placera la malade dans son lit, couchée sur le dos et le bassin un peu élevé; si la matrice fait saillie à l'extérieur, elle appliquera des compresses tièdes et évitera tout ce qui pourrait la blesser.

Si les symptômes sont tellement pressants qu'on ne puisse attendre les secours d'un chirurgien, la sage-femme tâchera de réduire elle-même les parties qui sont sorties. A cet effet, après avoir vidé l'intestin et la vessie, elle fera placer la femme au lit, le bassin plus élevé que le reste du corps et les cuisses légèrement fléchies. Ensuite elle appliquera le doigt indicateur et le doigt médian, graissés convenablement, sur la partie inférieure de la tumeur, près du museau de

tanche, et repoussera celui-ci doucement et petit à petit jusqu'à ce que la matrice ait repris sa position naturelle. Une fois la matrice remplacée, la malade gardera le lit jusqu'à ce que la grossesse soit assez avancée pour que l'accident ne puisse plus se reproduire.



Inversion complète de l'utérus, occasionnée par l'extraction précipitée du placenta. — a/ Mont de Vénus. — b/ Les grandes lèvres de la vulve. — c/ Les petites lèvres ou nymphes. — d/ Le clitoris. — e/ Le méat urinaire. — f/ Le bord externe antérieur du vagin. — g/ Le bord antérieur de l'orifice externe de l'utérus. — h/ La face interne de la matrice devenue externe.

Lorsque la descente de matrice existe en dehors de l'état de grossesse, elle exige l'emploi d'instruments destinés à maintenir l'organe et à l'empêcher de descendre davantage, ce sont les *pessaires*.

Le pessaire le plus simple est un anneau de bois ou de gomme, qui s'introduit en long dans le vagin, où il est ensuite placé transversalement, de façon à soutenir l'utérus, dont le col vient reposer sur

le centre de l'anneau. Ce pessaire, quoique très simple et pour cette raison fréquemment employé, a quelquefois des inconvénients et doit alors être remplacé par le *pessaire à tige*. Dans sa partie essentielle, cet instrument est semblable au précédent, mais l'anneau porte une tige à laquelle se fixent des lacets qui le maintiennent en place en s'attachant devant et derrière à une ceinture. Les pessaires exigent des soins continuels de propreté (injections); ils ne doivent jamais rester en place plus d'un mois.

III. DE L'AVORTEMENT OU FAUSSE COUCHE

On dit qu'il y a *avortement* ou *fausse couche*, lorsque l'expulsion de l'œuf s'opère avant le septième mois, c'est-à-dire à une époque où il n'est pas viable. L'avortement est infiniment plus fréquent dans les deux ou trois premiers mois de la grossesse qu'à une époque plus avancée, et coïncide fréquemment avec le moment où la femme aurait eu ses époques si elle n'eût pas été enceinte.

CAUSES DE L'AVORTEMENT

Parmi les causes prédisposantes, on peut citer les suivantes: le développement imparfait du corps, la faiblesse de constitution, certaines maladies, telles que la syphilis, la petite vérole, la fièvre typhoïde, les maladies convulsives et en général les affections graves. Enfin l'avortement lui-même peut être cité au nombre des causes prédisposantes pour les grossesses suivantes. Les causes accidentelles sont les violences, les coups, les chutes, les courses en voiture dans de mauvais chemins, l'exercice du cheval, une fatigue exagérée, l'abus des boissons alcooliques et du coït. Plus rarement des accès de toux ou des vomissements intenses ou répétés. Enfin

les maladies de l'œuf et la mort du fœtus sont suivies du même effet.

SYMPTOMES ET MARCHE

L'avortement au premier mois est ordinairement accompagné de phénomènes si obscurs et si peu saillants qu'il passe facilement inaperçu; d'autres fois, surtout à la suite de coups violents, la fausse couche s'opère brusquement, sans que rien ait pu la faire prévoir à temps. A une époque plus avancée, elle est précédée le plus souvent de symptômes qui permettent à la sage-femme de la prévoir et de chercher à la prévenir.

Ordinairement la fausse couche est précédée d'une sensation de pesanteur dans le bas ventre, de douleurs de reins, douleurs de ventre analogues à celles de l'accouchement, dues aux efforts de la matrice pour se débarrasser de son contenu; elle est aussi précédée d'écoulement de sang; enfin, quand le fœtus a péri, des signes de sa mort. — Les pertes d'eau et surtout de sang chez une femme grosse doivent toujours faire redouter un avortement, surtout si elles ont été précédées de douleurs périodiques, si elles augmentent rapidement et que le sang sorte mêlé de caillots. Ce n'est qu'au bout de plusieurs, jours, quelquefois même de plusieurs semaines, qu'a lieu l'expulsion complète du fœtus et de ses annexes.

Il arrive cependant quelquefois que l'hémorragie s'arrête d'elle-même par la formation de caillots qui ferment, en les comprimant, les vaisseaux déchirés, et que la grossesse poursuive sa marche jusqu'à son terme.

Il est parfois difficile, dans les premiers mois, de distinguer si l'on a à faire à une fausse couche ou simplement à une menstruation retardée, très abondante. L'examen du sang épanché au dehors peut seul, dans certains cas, lever les doutes; il importe, par conséquent, que la sage-femme se souvienne de conserver les caillots pour les montrer au médecin, qui recherchera s'ils contiennent l'embryon ou ses membranes. En effet, quand le produit n'est pas

Âgé de plus de 3 mois, il est le plus souvent éliminé d'un seul coup, enfermé dans un caillot sanguin.

Quelquefois cependant les membranes se rompent, le produit n'est pas éliminé de suite, par le fait des faibles contractions de la matrice, il se putréfie et peut amener des accidents généraux graves. — Au-delà du 4^e mois, il est rare de voir le produit expulsé tout d'un coup et en entier, la poche se rompt plutôt, les eaux s'écoulent, le fœtus est expulsé, mais dans quelques cas ce n'est que plusieurs jours après que le placenta est décollé et amené au dehors par les contractions de la matrice.

Lorsque la sage-femme aura reconnu, au moyen des signes donnés plus haut, qu'un avortement se prépare, elle cherchera par le toucher à s'en assurer encore mieux et à déterminer exactement à quel point les choses en sont arrivées.

Si le col est encore peu ouvert, si les contractions de la matrice ne sont pas appréciables, elle pourra espérer d'arrêter la fausse couche; si la dilatation du col est considérable relativement à l'époque de la grossesse, si le doigt peut atteindre les membranes, ou que celles-ci soient rompues, elle saura que l'expulsion du fœtus est inévitable ou qu'il n'y a que peu de chances de la prévenir. Le toucher doit être fait délicatement et avec prudence pour ne pas exciter les contractions de la matrice. La sage-femme évitera de percer les membranes, ce qui d'un côté rend l'avortement inévitable, et de l'autre empêche la sortie de l'œuf intact.

On peut se proposer trois buts très différents dans le traitement de la fausse couche, suivant qu'on veut l'arrêter, la favoriser si elle est devenue inévitable, ou combattre les accidents qui en résultent. Il ne faut pas désespérer trop vite du succès, car on peut avec des soins bien dirigés réussir à conduire la grossesse à bonne fin et empêcher un avortement qui semblait imminent. Si l'on croit pouvoir l'arrêter, la première chose à faire est de mettre la malade au lit, le siège un peu élevé, peu couverte et sans rien qui la serre.

On prescrira la diète et un repos complet de corps et d'esprit; on éloignera les personnes inutiles. La malade prendra des boissons

froides en petite quantité, par exemple de la limonade ou de l'eau acidulée avec du vinaigre.

Si l'hémorragie se prononce malgré ces secours, la sage-femme doit la combattre en faisant sur le ventre et sur les cuisses des applications fréquemment renouvelées d'eau froide, de neige ou de glace pilée, placée dans une vessie ou entre deux linges.

Enfin, lorsque l'abondance de la perte met les jours de la malade en danger et rend la fausse couche inévitable, il faut sans aucun retard pratiquer le tamponnement du vagin.

Le *tamponnement* consiste à bourrer le vagin de boulettes ou petites pelottes de charpie, sèches ou enduites de cérat, qu'on introduit les unes après les autres jusqu'au fond, de manière à remplir entièrement la cavité; on applique par dessus des compresses, ou mieux des gâteaux de charpie, on consolide le tout avec un bandage en T, et l'on prescrit à la femme un repos complet.

Si l'on en a le temps, il est bon de munir d'un long fil les pelotons de charpie qu'on enfonce les premiers dans le vagin, afin de pouvoir plus tard les retirer plus aisément.

En cas d'urgence et si l'on n'a pas de charpie sous la main, on tamponne avec ce que l'on trouve, du vieux linge, des éponges, de la mousseline, des étoupes, de la laine, du coton. Une seule grosse éponge introduite au fond du vagin peut aussi servir. L'important est de remplir complètement le canal. On laisse le tampon aussi longtemps que la femme peut le supporter, puis on l'extrait et l'on touche pour s'assurer de la situation; si le col est assez ouvert, l'expulsion du fœtus se fait promptement. Si la perte recommence avant l'expulsion, on nettoie le vagin par quelques injections d'eau froide et l'on tamponne de nouveau.

Le tamponnement est un moyen parfaitement sûr d'arrêter la perte, mais il est presque *toujours suivi de la fausse couche* et ne doit être appliqué que lorsque l'hémorragie est inquiétante.

Il peut arriver que la perte de sang continue après l'*expulsion du fœtus*. Si par le toucher la sage-femme sent dans l'orifice une portion de l'œuf, elle cherchera à l'extraire, cependant si elle ne

peut l'enlever *en entier*, il est préférable qu'elle le laisse en place. En dehors de ce cas, si la perte continue, on emploiera les applications froides sur le ventre et sur les cuisses; le tampon peut aussi être appliqué, mais à la condition expresse que la fausse couche ait eu lieu dans les trois premiers mois de la grossesse, car si l'on tamponne, après l'expulsion du fœtus, dans un cas où la grossesse est plus avancée, il se produit une *perte interne*. Dans cet accident redoutable, le sang ne trouvant plus d'issue au dehors, s'épanche au dedans et remplit la cavité de la matrice. Quand le tamponnement n'est pas praticable, la perte doit être combattue par le traitement de l'inertie de la matrice (voy. pag. 178).

Voici en résumé les indications du tamponnement :

- 1° Quand il y a perte et que la femme n'est pas enceinte;
- 2° Quand il y a perte pendant la grossesse;
- 3° Après l'expulsion du fœtus, dans les trois premiers mois.

En un mot, dans tous les cas où il n'y a pas lieu de redouter une perte interne, soit parce que la matrice est trop peu développée, soit parce que sa cavité est encore remplie par l'enfant.

Le traitement d'une fausse couche demande souvent beaucoup d'habileté, de sang-froid et de décision; aussi est-il du devoir de la sage-femme d'appeler tout de suite un médecin et de n'agir par elle-même que si elle y est forcée par la promptitude des accidents.

Résumé du traitement de la fausse couche.

- 1° Chercher à arrêter la fausse couche et pour cela :

Mettre la femme au lit, le siège élevé sur des coussins, donner des boissons froides, faire des applications froides si l'hémorragie est abondante;

- 2° Si la fausse couche ne peut être évitée :

Tamponner dès que la perte devient dangereuse ;

- 3° Si la perte continue après l'expulsion du fœtus :

Tamponner si la fausse couche a lieu dans les trois premiers mois de

la grossesse et; si on ne peut extraire le délivre entier faire le traitement de l'inertie si la grossesse est plus avancée (applications froides, frictions sur le ventre).

DES HÉMORRAGIES PROVENANT DE L'INSERTION DU PLACENTA
SUR LE COL DE LA MATRICE

Il se déclare parfois dans les trois derniers mois de la grossesse des hémorragies très graves, qui sont dues à ce que le placenta n'est pas inséré dans la région supérieure de la matrice, mais bien vers la partie inférieure de sa cavité. Cette anomalie s'observe presque exclusivement chez les multipares.

En pareil cas, la grossesse suit son cours d'une manière régulière jusqu'à la fin du 6^{me} mois; à dater de cette époque, la partie inférieure et le col de la matrice commence à se distendre et à se dilater pour prendre part à l'agrandissement général de l'organe; or, comme le placenta est attaché très fortement aux parois de la matrice, cette dilatation ne peut pas avoir lieu sans qu'il se fasse des décollements toujours accompagnés de la rupture d'un certain nombre de vaisseaux sanguins et par conséquent d'une hémorragie plus ou moins forte.

Ces décollements n'ont pas lieu quand le placenta est attaché à sa place ordinaire, parce que le fond de la matrice se dilate dès le début de la grossesse et s'agrandit au fur et à mesure que le placenta se développe lui-même.

Les hémorragies par l'insertion du placenta sur le col utérin se reconnaissent à ce qu'elles arrivent seulement dans les trois derniers mois de la grossesse, à ce qu'elles se font inopinément, sans douleurs et sans causes appréciables et qu'elles s'arrêtent aussi soudainement qu'elles sont venues, enfin à ce qu'elles se renouvellent à intervalles irréguliers et deviennent chaque fois plus abondantes.

Si l'on touche, on trouve que la partie inférieure de la matrice est plus molle et comme empâtée ou boursoufflée, il est difficile et

parfois impossible de sentir les parties de l'enfant et de percevoir le ballottement; si le col est entr'ouvert, il peut se faire que le doigt n'atteigne pas les membranes, mais rencontre une masse molle et spongieuse qui est le placenta; le toucher doit être fait avec prudence pour ne pas réveiller des contractions qui augmenteraient le décollement du placenta et amèneraient une nouvelle perte.

Cette complication de la grossesse est dangereuse et d'un traitement difficile, elle est heureusement rare. Dès que la sage-femme a des raisons d'en soupçonner l'existence, elle doit faire chercher un accoucheur; mais comme il peut arriver qu'elle soit obligée d'agir seule, il faut qu'elle sache exactement ce qu'elle a à faire.

Si la perte se déclare avant le début du travail, il faut s'efforcer de l'arrêter. On agira dans ce but comme lorsqu'il s'agit de prévenir une fausse couche, on fera coucher la femme sur un lit ferme, le siège élevé, on la couvrira peu et on aura soin d'aérer largement la chambre, on lui donnera des boissons froides; on videra le rectum et la vessie s'il y a lieu. Ces moyens peuvent réussir à arrêter une première perte.

La malade devra user des plus grands ménagements après que la perte aura été arrêtée, afin d'en prévenir le retour; elle restera étendue, évitera absolument toute fatigue et tout effort; elle usera d'aliments substantiels, mais laissera de côté les substances excitantes.

Si l'hémorragie ne cède pas aux moyens indiqués plus haut ou si la femme est en travail, on se conduira différemment suivant que le col de la matrice est encore fermé ou peu ouvert, ou suivant qu'il est dilaté de manière à permettre la prompt terminaison de l'accouchement.

Si le col de la matrice est encore fermé ou n'est que peu dilaté, il faut tamponner pour arrêter l'hémorragie et attendre que la dilatation du col soit assez avancée pour que l'on puisse terminer l'accouchement.

Si l'on a pu reconnaître une présentation du sommet et que la dilatation du col ait atteint la dimension d'une pièce de 5 fr., on rompt les membranes, ce qui permet à la tête de s'engager et d'ar-

rêter l'hémorragie. — Dans tous les autres cas, on tamponnera jusqu'à ce que la dilatation de l'orifice soit assez grande pour permettre la terminaison artificielle de l'accouchement (version, extraction simple ou forceps). Il est de toute importance que l'expulsion du fœtus se fasse promptement.

Tout danger n'est cependant pas passé une fois que l'enfant et le placenta ont été expulsés. La perte continue souvent par inertie utérine, parce que la femme est épuisée par le sang qu'elle a perdu et parce que le col se rétracte toujours moins énergiquement que le fond de l'utérus; cette perte doit être combattue avec la plus extrême vigueur au moyen du traitement de l'inertie. On ne fera jamais le tamponnement, qui amènerait nécessairement une perte interne.

Résumé du traitement.

- 1° Si la perte survient quelques semaines avant l'accouchement et qu'elle ne soit pas trop abondante, repos au lit, diète, boissons froides ;
- 2° Si la perte est dangereuse par son abondance ou que la grossesse soit à terme, il peut se présenter deux cas :
 - a) Le col n'est pas dilaté :
Il faut tamponner et attendre ;
 - b) Le col est dilaté :
Il faut terminer l'accouchement.
- 3° Après que l'accouchement est terminé et le placenta expulsé, il faut surveiller attentivement la malade et se tenir prêt à combattre une perte provenant de l'inertie de la matrice.

IV. DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

La grossesse extra-utérine est fort rare. On appelle ainsi la grossesse dans laquelle le fœtus se développe ailleurs que dans la cavité utérine, ainsi dans l'une des trompes, dans l'ovaire ou dans la cavité abdominale.

Les symptômes sont variables et incertains, et il n'est que rarement possible de reconnaître leur cause avant que des accidents graves soient survenus. Ce qui peut induire en erreur, c'est que le col de l'utérus se modifie souvent, comme s'il contenait en réalité le produit, il s'agrandit, ses parois s'épaississent, l'orifice externe perd sa forme, enfin les seins présentent les modifications qui accompagnent la grossesse normale. Ces cas peuvent se terminer de plusieurs façons :

1° Par rupture de la poche qui renferme le produit (dans les premiers mois); mort rapide de la femme, amenée par l'hémorragie ou l'inflammation du péritoine;

2° D'autres fois, le fœtus meurt, il se racornit, se dessèche et reste indéfiniment dans le sein de la mère sans y causer d'accidents;

3° Le fœtus meurt, puis il se forme des abcès qui s'ouvrent, soit directement au dehors, soit dans le vagin ou le rectum; par ces voies sortent les débris décomposés, on a vu quelquefois la mère survivre à d'aussi terribles accidents;

4° Enfin, dans des cas très rares, l'enfant s'est développé jusqu'à terme et a pu être extrait au moyen d'une opération chirurgicale.

V. DE LA FAUSSE GROSSESSE OU DES MOLES

Il arrive quelquefois que l'ovule, au lieu de se développer normalement, dégénère dès les premières semaines de la grossesse et devient une masse informe sans aucun rapport extérieur avec le fœtus. Le produit de cette dégénérescence s'appelle *môle*.

La môle affecte des formes variées, quelquefois on y retrouve les membranes seules de l'œuf privées de l'embryon, d'autres fois elle constitue une masse charnue, rougeâtre, enfin le plus souvent on trouve la môle vésiculaire qui présente une foule de petites vésicules et prend ainsi l'apparence d'une grappe de raisins. — Les môles ne sont pas portées au-delà du 5^{me} mois, souvent elles sont expulsées au 2^{me} mois avec accompagnement d'hémorragie plus ou moins grave. A dater du 2^{me} mois, l'hémorragie est du reste presque continue et amène l'affaiblissement de la femme. Son traitement est le même que celui des hémorragies qui accompagnent la fausse couche.

On donne aussi le nom de *fausse grossesse* à certaines collections liquides ou gazeuses siégeant dans la cavité de la matrice et qui peuvent simuler la grossesse en déterminant quelques-uns de ses symptômes.

VI^e DIVISION

DES ACCIDENTS QUI PEUVENT SURVENIR

pendant l'accouchement et la délivrance.

Ces accidents sont fréquents, souvent graves, et méritent toute l'attention de la sage-femme. Il succombe plus de femmes, surtout dans les campagnes, à ces accidents (à l'hémorragie en particulier), qu'on aurait pu prévenir ou combattre avec succès si on s'y était pris à temps, qu'il n'en meurt par suite d'obstacles réels à l'accouchement.

La sage-femme se fera donc un devoir de faire appeler un médecin dès qu'elle aperçoit ou même prévoit quelques complications, dans cette période de l'accouchement aussi bien que dans les précédentes.

DU TRAVAIL TROP RAPIDE

Le travail trop rapide a pour cause un défaut de résistance dans les parois du canal pelvien et une violence exagérée des contractions de la matrice, il est favorisé par la petite taille du fœtus.

La marche trop prompte de l'accouchement entraîne souvent des conséquences graves.

Le vagin, traversé brusquement par la tête de l'enfant, peut être meurtri et déchiré; le périnée est en grand danger d'être rompu, on observe aussi quelquefois la chute ou le renversement de la matrice.

Enfin on a observé des syncopes graves, quelquefois même mortelles.

La marche précipitée de l'accouchement peut exposer l'enfant à des accidents divers. Le placenta peut être violemment arraché ou décollé en partie, le cordon rompu ou l'utérus renversé.

Enfin, après l'accouchement, la brièveté excessive du travail expose à l'inertie de la matrice et à ses conséquences, la rétention du placenta et l'hémorragie.

Chez certaines femmes, la marche trop rapide de l'accouchement se reproduit chaque fois. Elles doivent prendre leurs précautions en conséquence, c'est-à-dire ne pas s'éloigner de leur domicile dans les dernières semaines et tenir prêt tout ce qui est nécessaire pour recevoir l'enfant; à part ces cas, il n'est pas possible de prévoir l'accouchement précipité. Si la sage-femme remarque que l'accouchement marche avec une rapidité excessive, elle fera coucher la femme, l'engagera à ne pas pousser et soutiendra avec soin la périnée: après l'accouchement elle sera sur ses gardes en prévision de la possibilité d'une hémorragie par inertie.

Si pendant le travail la partie inférieure de la matrice est fortement abaissée et menace de faire saillie au dehors, on s'efforcera de la retenir avec précaution au moyen des doigts enduits de graisse; si ces efforts sont vains, ce qui est rare, la sage-femme enduira la matrice d'huile tiède, appliquera sur elle des linges fins trempés dans de l'eau tiède et tâchera, en la soutenant légèrement, de l'empêcher de descendre davantage; elle insistera pour qu'on appelle le médecin sans délai.

RUPTURE DE LA MATRICE ET DU VAGIN

Les causes ordinaires en sont :

L'amincissement des parois utérines par l'effet d'une distension considérable, par exemple quand le liquide amniotique est très abondant ou que l'utérus renferme plusieurs enfants; les altérations de l'utérus, les manœuvres opératoires violentes tentées sur un utérus rétracté, les coups ou chutes sur l'abdomen, le travail pro-

longé outre mesure après la rupture des membranes par l'effet de l'accroissement des résistances. On l'observe plus rarement chez les primipares que chez les multipares.

La rupture se produit dans le fond de la matrice ou dans sa partie inférieure; dans ce cas elle atteint souvent, sur une plus ou moins grande étendue, les parois du vagin. Quand le fond de la matrice est largement déchiré, il peut arriver que les intestins pénètrent dans sa cavité ou que le fœtus ou le placenta tombent dans l'abdomen.

La conséquence de la rupture de la matrice est d'arrêter immédiatement les contractions; le travail cesse tout d'un coup et la femme ressent en même temps dans le ventre une douleur poignante, suivie rapidement d'évanouissement résultant en partie de la lésion, en partie de l'hémorragie interne.

La plupart des femmes meurent des suites d'un si terrible accident; si la sage-femme se souvient qu'il peut être causé assez facilement par des manœuvres brutales ou mal dirigées, telles qu'une version faite sans ménagements, elle comprendra que son devoir est de ne pas entreprendre sans nécessité des opérations au-dessus de sa compétence.

Les petites déchirures de la matrice qui n'intéressent que les bords de l'orifice sont extrêmement fréquentes et n'ont aucune gravité.

DÉCHIRURE DU PÉRINÉE

On distingue la déchirure incomplète, complète et compliquée. On la dit complète quand elle comprend le périnée dans toute sa longueur et toute son épaisseur. On la dit compliquée quand l'anus et la portion inférieure du rectum y sont intéressés. (Il existe encore des déchirures centrales.)

Lorsque malgré ses efforts pour le bien soutenir, la sage-femme n'a pas pu empêcher le périnée de se déchirer, elle doit après l'ac-

couchement faire coucher la femme sur le côté et maintenir les deux cuisses rapprochées par un mouchoir lié autour d'elles, afin de favoriser la réunion des bords de la plaie. Elle doit immédiatement faire prévenir le médecin, car les suites de la rupture du périnée peuvent être très graves, elles exposent la femme à la chute de la matrice et à l'incontinence fécale. Ces infirmités cruelles et dégoûtantes peuvent être prévenues par un traitement approprié; la sage-femme est donc responsable si elle a négligé de prévenir à temps le chirurgien.

RENVERSEMENT OU INVERSION DE LA MATRICE

On dit qu'il y a renversement de la matrice lorsque cet organe se retourne comme un doigt de gant, de sorte que son fond s'abaisse dans la direction de l'orifice; le renversement est *incomplet* lorsque le fond s'engage seulement dans l'orifice; il est *complet* quand l'organe se renverse entièrement, de manière que sa surface intérieure devienne extérieure; dans ce dernier cas, la matrice peut de plus faire saillie au travers de la vulve.

Cet accident ne peut avoir lieu que lorsque la matrice est en état d'inertie; il peut survenir à la suite d'efforts violents de toux, de vomissements, ou lorsque la femme surprise brusquement par la venue de l'enfant accouche assise ou debout; il a fréquemment pour cause les tractions imprudentes faites par l'intermédiaire du cordon sur le placenta non décollé.

La matrice en inversion complète se présente sous la forme d'une tumeur arrondie, rouge, saignante; on n'y découvre nulle part l'orifice, mais en revanche on voit ou on sent les traces de l'insertion du placenta, ou le placenta lui-même s'il est encore adhérent; si le renversement est incomplet, on peut encore toucher l'orifice de la matrice dans lequel on sent engagée la face interne du fond de l'organe. En même temps, le ventre paraît vide et plat et la palpation

ne laisse pas reconnaître au-dessus des pubis le corps dur formé par la matrice contractée qui devrait s'y trouver.

Le renversement de la matrice est heureusement rare, car lorsqu'il n'est pas promptement réduit, il a des conséquences excessivement graves, mortelles même.

Dès qu'elle reconnaît cette complication, la sage-femme doit faire chercher le médecin, mais s'il tarde à arriver, elle agit elle-même et s'efforce de faire rentrer la matrice dans sa position normale. Elle place l'extrémité des doigts, enduits d'huile ou de cérat, sur le centre de la tumeur formée par le fond de l'utérus renversé et cherche à le repousser en haut, dans le sens de l'axe du petit bassin; si elle y réussit, elle ne doit pas retirer immédiatement sa main, mais la laisser fermée dans l'utérus jusqu'à ce qu'il soit contracté, sinon il suffirait d'une cause insignifiante, telle qu'un effort, une quinte de toux pour reproduire le renversement.

Si la sage-femme ne réussit pas à replacer la matrice, elle doit en attendant le médecin, appliquer sur la tumeur des compresses d'eau tiède et éviter tout ce qui pourrait la blesser.

La réduction de la matrice renversée a d'autant moins de chance de réussite qu'on attend plus longtemps après l'accident; il suffit souvent de quelques heures pour rendre le succès impossible.

SORTIE D'UNE HERNIE PENDANT LE TRAVAIL

Lorsqu'une hernie se produit pendant l'accouchement, elle doit être maintenue réduite, principalement au moment des contractions, sous l'influence desquelles elle pourrait facilement augmenter de volume.

La femme s'abstiendra de tout effort d'expulsion. Si la hernie ne peut être réduite, qu'elle s'étrangle, il va sans dire que le médecin sera appelé.

PROCIDENCE DU CORDON

On désigne sous le nom de procidence l'engagement du cordon ombilical au-dessous ou à côté de la partie qui se présente la première. C'est un accident grave pour l'enfant et qui arrive assez souvent, mais tant que les eaux ne sont pas écoulées il n'y a pas de danger.

On peut quelquefois reconnaître la procidence du cordon quand il est encore dans la poche des eaux, aux battements de ses artères. Le plus souvent ce n'est qu'après la rupture des membranes qu'on s'aperçoit de la chute du cordon qui pend dans le vagin ou même franchit la vulve.

Si la partie qui se présente est peu engagée, si l'enfant est vivant, la sage-femme fera coucher la femme, l'engagera à ne pas pousser, cherchera à réduire le cordon en le repoussant et en le maintenant en haut avec l'extrémité de ses doigts. Elle fera de suite appeler un accoucheur, car l'enfant étant menacé d'asphyxie par compression du cordon, il faut terminer rapidement l'accouchement par la version ou par le forceps, suivant le cas.

DES TUMEURS VARIQUEUSES DU VAGIN ET DES GRANDES LÈVRES

On observe parfois aux grandes lèvres la formation de varices. Elles peuvent devenir considérables et se rompre, l'hémorragie qui en résulte peut être fort grave.

Les parois du vagin peuvent être le siège d'une infiltration de sang qui augmente rapidement après l'expulsion de l'enfant. Il

est rare de la voir devenir un obstacle à l'accouchement, mais elle peut devenir dangereuse en provoquant des abcès; s'il y a hémorragie, la sage-femme s'efforcera de l'arrêter au moyen d'applications froides et fera chercher le médecin, si l'ouverture est située un peu haut dans le vagin, on peut être obligé de faire le tamponnement.

DES SYNCOPES

La syncope a chez la femme en couches une importance toute particulière, parce qu'elle fait partie des symptômes de l'hémorragie.

Si l'examen des parties génitales ne laisse pas reconnaître de perte externe, on aura des raisons de penser à l'existence d'une hémorragie interne; on se hâtera de s'en assurer, afin de la combattre avec énergie. Si telle n'est pas la cause de l'évanouissement, on recherchera avec attention quelle peut en être l'origine; dans la plupart des cas il est facile d'y remédier. Un air vicié, une température trop élevée, l'épuisement causé par un travail pénible, une vive émotion en sont le plus souvent la cause. En conséquence on s'empressera de donner de l'air et d'écarter les personnes inutiles, puis on placera la malade horizontalement, on aspergera son visage d'eau fraîche et on lui placera sous le nez quelque odeur forte. Quelques réconfortants, du bouillon, du vin, contribueront à prévenir le retour de l'accident.

DE L'ÉCLAMPSIE

On donne le nom d'éclampsie aux convulsions accompagnées de perte de connaissance qui surviennent pendant la grossesse et l'accouchement. Cet accident est rare, on en rencontre environ 1 cas

sur 4 à 500 accouchements. L'éclampsie est presque inconnue dans les premiers mois de la grossesse, elle apparaît quelquefois à la fin du 6^{me} mois et atteint sa plus grande fréquence pendant le travail, pour diminuer de nouveau après l'accouchement. Elle peut survenir chez les femmes les plus robustes comme chez les plus débiles; le plus souvent cependant, elle est liée à un état de maladie qui se trahit extérieurement par l'œdème de la face et des membres.

On recherchera si l'urine contient de l'albumine, ce qui se fait en la chauffant dans une cuiller; si l'urine est albumineuse, elle se trouble et forme un dépôt semblable à du lait tourné ou du blanc d'œuf.

L'attaque peut être précédée de symptômes qui la feront prévoir, ce sont: le malaise général, une certaine gêne de la respiration, une douleur de tête intense, poignante, analogue à celle de la migraine, enfin quelquefois des nausées, des vomissements, des vertiges, des troubles visuels. Au bout d'un temps plus ou moins long, la physionomie de la femme s'hébéte, son intelligence devient moins alerte, la vue se trouble; l'accès éclate enfin, la femme tombe, si elle n'est pas déjà couchée. La face commence à grimacer, les yeux roulent dans leurs orbites, la langue est violemment projetée hors de la bouche et court le risque d'être mordue et déchirée, les membres et le tronc se tordent et s'agitent de secousses tétaniques, les poings se ferment; les jambes étendues s'animent de secousses répétées; quoique violents, ces mouvements n'ont pas pour effet de déplacer le corps de la femme, qui reste étendue sur le dos et occupe la même position pendant la durée de l'accès. Les matières fécales et les urines s'écoulent involontairement. La respiration est suspendue, ce qui amène la coloration bleuâtre, veineuse de la face et des extrémités. La perte de connaissance et de sensibilité est absolue. A cette période convulsive succède la période dite de *coma*. Peu à peu, — jamais soudainement, — la respiration reparait, les mouvements cessent, la malade revient lentement à elle-même et n'a aucune conscience de ce qui s'est passé. Elle reste brisée et la tête lourde jusqu'à ce qu'un nouvel accès survienne.

Le nombre des accès peut être fort considérable, ils deviennent plus graves à mesure qu'ils se répètent. Leur durée augmente aussi,

tandis que les premiers accès ne durent guère au-delà de 2 minutes, les suivants peuvent se prolonger davantage. Enfin plus ils deviennent fréquents, plus les intervalles qui les séparent diminuent, et plus le retour à la connaissance est imparfait. Quand les accès sont rapprochés, la femme reste dans l'insensibilité et le sommeil.

Quand la maladie se termine par la guérison, les accès sont courts et ne se répètent qu'à de longs intervalles. Lorsqu'ils sont de longue durée, fréquents, rapprochés, ils amènent à peu près constamment la mort.

L'attaque d'éclampsie ne trouble ordinairement pas les contractions de l'utérus, elles persistent régulièrement et peuvent même paraître excitées, de façon à accélérer d'une manière notable la délivrance. C'est un fait que la sage-femme ne doit pas oublier, elle devra donc s'assurer avec soin de la marche du travail. Il arrive souvent dans l'éclampsie grave que le fœtus succombe dans le sein de la mère.

Pendant l'accès, la sage-femme surveillera attentivement la malade pour l'empêcher de tomber et préviendra les morsures de la langue en introduisant un linge entre les mâchoires.

On évitera du reste toute intervention active.

Comme les accès se ralentissent et diminuent ordinairement d'intensité après la sortie de l'enfant, et comme d'un autre côté la vie de celui-ci court de grands dangers, il est de la plus haute importance de terminer l'accouchement le plus rapidement possible. A cet effet, si la tête s'avance, si l'orifice est bien dilaté et qu'aucun obstacle ne paraisse devoir gêner le travail, la sage-femme pourra rompre la poche des eaux; si l'enfant se présente par les pieds, elle doit en pratiquer l'extraction.

DE LA MORT SUBITE DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT

Lorsque la mère vient à succomber soudainement pendant le travail, la sage-femme doit faire appeler un médecin pour mettre sa responsabilité à couvert.

Il faut bien distinguer entre la mort apparente et la mort réelle.

Comme les signes *certain*s de la mort ne sont appréciables que quelques heures après le décès, la sage-femme doit toujours agir comme si la malade n'était qu'évanouie et faire tous ses efforts pour la rappeler à la vie ; si elle ne réussit pas, elle aura du moins fait son devoir. Elle se conduira comme dans les cas de syn-
copes.

Comme nous le dirons dans un chapitre suivant, l'enfant naît très souvent en état de mort apparente et peut être ranimé par des soins convenables.

Quand la femme succombe dans les deux derniers mois de la grossesse ou pendant le travail, le fœtus lui survit souvent pendant un certain temps et peut être encore extrait vivant ; dans les cas où l'accouchement est assez avancé, on peut le terminer au moyen du forceps ou en pratiquant la version et l'extraction. Quand l'orifice de la matrice est encore fermé, on a recours à l'opération *césarienne* qui consiste à ouvrir le ventre de la mère pour en extraire le fœtus ; plus d'une fois des enfants ont été ainsi extraits vivants et bien portants du sein de leur mère qui venait d'expirer.

DE L'HÉMORRAGIE UTÉRINE PENDANT LE TRAVAIL

Elle reconnaît toujours pour cause le décollement prématuré du placenta, que son insertion soit normale ou non.

Nous n'avons pas à revenir sur l'insertion vicieuse, déjà décrite (page 159).

Lorsque l'insertion du placenta est normale, l'hémorragie n'a lieu que rarement, et par l'effet des causes suivantes : Les contractions irrégulières de la matrice, les violences extérieures (telles que coups, frictions faites sans ménagements, efforts de vomissements ou de toux), la brièveté excessive du cordon ou sa rupture.

Les pertes qui surviennent pendant le travail sont toujours externes; il n'y a aucun danger de perte interne aussi longtemps que la matrice est remplie par l'œuf.

Conduite de la sage-femme.

Le traitement de l'hémorragie pendant le travail est le même que celui qui a été indiqué (page 161) pour les cas d'hémorragie par suite d'insertion sur le col.

La sage-femme emploiera d'abord les moyens généraux que nous avons déjà énumérés à plusieurs reprises et qui sont utiles dans tous les cas d'hémorragie utérine avant, pendant et après le travail, savoir : placer la femme sur le dos, le siège élevé, la tête basse, donner de l'air, faire boire de la limonade ou de l'eau vinaigrée froide, appliquer des compresses froides sur le ventre et sur les cuisses, vider la vessie et le rectum, s'il y a lieu.

Ces moyens suffisent ordinairement pour arrêter ou modérer l'écoulement du sang, mais si le décollement du placenta a été considérable, l'hémorragie persiste et la sage-femme doit recourir à un traitement plus énergique qui variera suivant que l'orifice est encore fermé ou peu ouvert, ou qu'il est au contraire largement dilaté.

Si l'orifice est encore fermé ou trop peu dilaté pour que l'accouchement puisse se faire avant un certain temps, la sage-femme doit tamponner le vagin et attendre que la dilatation s'opère.

Si, au contraire, l'orifice est dilaté, il faut terminer l'accouchement le plus promptement possible; le moyen le plus simple, lorsque du reste tout fait prévoir que le travail ne sera ralenti par aucun obstacle, est de rompre les membranes, ensuite de quoi la tête s'engage dans le détroit supérieur, et fait l'office d'un excellent tampon utérin qui suffit pour arrêter l'hémorragie.

Mais si le cas est urgent, la malade épuisée, les contractions faibles, il est à prévoir que malgré la rupture des membranes le tra-

vail marchera avec lenteur ; il vaut mieux faire la version, après laquelle on est toujours sûr de pouvoir terminer l'accouchement promptement.

DE LA DÉLIVRANCE VICIEUSE

ADHÉRENCE DU PLACENTA

Lorsqu'il s'est écoulé un certain temps (deux ou trois heures), après l'accouchement, sans que le placenta ait été expulsé, que l'utérus se trouve cependant en contraction, et que le doigt ne rencontre pas le placenta à l'orifice de la matrice, on aura toute raison de penser à la présence d'adhérences et le secours d'un médecin devient de rigueur.

Si celui-ci tarde à venir et qu'il y ait hémorragie dangereuse, la sage-femme pratiquera la délivrance artificielle.

DE L'ENCHATONNEMENT

Il peut arriver que l'utérus, revenant sur lui-même, s'applique exactement sur le placenta et l'y emprisonne. Il se trouve ainsi divisé en deux loges, la supérieure renfermant le délivre, l'inférieure vide, communiquant entre elles par une étroite ouverture par laquelle passe le cordon. Le doigt porté dans l'utérus arrive en suivant le cordon dans une portion de la cavité utérine peu contractée, conduisant dans la loge qui renferme le placenta. Cette complication est rare.

En attendant l'arrivée du médecin, la sage-femme doit prescrire le repos complet ; elle s'abstiendra de tout moyen violent pour exciter les contractions de la matrice et accélérer la délivrance.

La règle générale de conduite que la sage-femme doit observer dans le cas de délivrance vicieuse peut se résumer ainsi :

Lors même que l'état et l'aspect de la femme sont satisfaisants, qu'il s'écoule peu de sang et qu'il n'y a aucun accident inquiétant, la sage-femme doit néanmoins faire appeler le médecin toutes les fois que deux heures après la sortie de l'enfant le placenta n'a pas paru dans le vagin ou à l'orifice de l'utérus de manière à pouvoir être extrait facilement.

Elle appellera de suite le médecin s'il y a enchâtonnement ou adhérence du placenta ou inertie prolongée de la matrice.

DANGERS DE LA RÉTENTION DU PLACENTA DANS LA MATRICE

C'est toujours un accident grave que la rétention de tout ou partie du placenta dans la matrice ; une hémorragie dont l'abondance dépend du volume de la partie du délivre qui a été laissée en arrière en est ordinairement la première conséquence, puis la perte s'arrête au bout de quelques heures si l'utérus se rétracte suffisamment, et l'état de l'accouchée, à part les tranchées, reste satisfaisant.

Mais au bout de quelques jours la scène change et s'aggrave rapidement, le placenta laissé dans la matrice se décompose, l'écoulement devient *fétide* ; si l'on ne peut pas extraire le placenta, il se déclare des frissons et une fièvre violente, qui peut avoir les conséquences les plus graves.

Dans les cas plus heureux le placenta est éliminé par fragments et par suppuration.

Le traitement d'une maladie aussi grave est du ressort du médecin, la sage-femme se contentera de combattre la fétidité de l'écoulement au moyen d'injections tièdes.

DE LA DÉLIVRANCE ARTIFICIELLE

La délivrance artificielle est une opération qui consiste à introduire la main dans la cavité même de la matrice pour en retirer le placenta; elle est délicate, souvent difficile et dangereuse. La sage-femme ne doit en conséquence la pratiquer elle-même que lorsqu'il y a impossibilité absolue d'obtenir un accoucheur, ou quand un accident, le plus souvent une hémorragie, menace les jours de la femme, et que tous les autres moyens de la combattre ont été employés inutilement.

La délivrance artificielle se pratique comme suit : l'utérus fixé par la main d'un aide placée au-dessus de la symphyse, l'opérateur introduit dans le vagin celle de ses deux mains dont il lui est le plus commode de se servir; se guidant sur le cordon, il la fait pénétrer dans la matrice. Une fois le placenta atteint, la main recherche sur son pourtour s'il est décollé quelque part, ce qui est l'ordinaire, et augmente peu à peu le décollement, en avançant prudemment jusqu'à ce que le placenta soit complètement isolé des parois de l'utérus. Une légère traction sur le cordon opérée par l'autre main, facilite l'opération.

DE L'HÉMORRAGIE UTÉRINE APRÈS L'ACCOUCHEMENT

Les hémorragies qui se déclarent après l'accouchement ont un tout autre caractère que celles que nous avons étudiées jusqu'ici; elles ont une autre cause et réclament un traitement différent. Comme elles sont fréquentes, que leur apparition est soudaine et imprévue et que leur abondance peut en quelques moments entraî-

ner la mort, il est de toute nécessité que les sages-femmes puissent diriger elles-mêmes le traitement; quant à faire chercher le médecin, on n'en a souvent pas le temps.

Les hémorragies qui surviennent après l'accouchement et la délivrance sont produites par l'*inertie* de la matrice, qui reste molle, flasque, comme paralysée et cesse de se contracter.

Pour bien comprendre la manière dont se produisent ces hémorragies, il suffit de se rappeler qu'après la sortie de l'enfant, la matrice doit se contracter et revenir sur elle-même, afin de décoller le placenta et de le chasser hors de la cavité utérine; le placenta en se décollant laisse ouverts de gros vaisseaux par lesquels le sang s'écoulerait à flots s'ils ne se refermaient pas promptement par l'effet du resserrement progressif de la matrice. On peut comparer la place où était attaché le délivre à une grosse éponge criblée de trous, qui restent ouverts et saignants aussi longtemps que la matrice ne se contracte pas et qui se referment et se touchent par l'effet de son resserrement.

Pour qu'il y ait hémorragie dans l'inertie utérine, il faut que le placenta soit détaché en partie ou en totalité; aussi longtemps qu'il adhère en entier aux parois de la matrice, le sang ne peut s'échapper des vaisseaux. Mais aussitôt que le placenta se décolle, les orifices de ceux-ci restent béants, une perte de sang plus ou moins grave se produit; dans certains cas l'hémorragie sera foudroyante.

L'hémorragie est *externe* quand le sang s'écoule au dehors. Elle est *interne* s'il s'accumule dans la matrice, dont l'orifice est obstrué par le placenta ou simplement par des caillots, ou dans le vagin.

La femme pâlit, éprouve une sensation de malaise, et se plaint de douleurs de reins; son pouls devient petit, faible et fréquent, la vue s'obscurcit; il y a des vertiges, des bâillements, des tintements d'oreilles, des syncopes; la respiration devient courte, la malade a besoin d'air; elle se refroidit, et des mouvements convulsifs précèdent souvent la mort.

Il est très important de reconnaître une perte interne, car elle est d'autant plus dangereuse que l'utérus, une fois distendu par le

sang, ne peut plus se contracter ni revenir sur lui-même, et que la perte s'arrête par conséquent avec une grande difficulté; on reconnaît cet accident à ce que le fond de la matrice s'élève de nouveau et qu'au lieu de sentir l'utérus contracté entre l'ombilic et la symphyse du pubis, comme une boule dure et ferme, on trouve, à la palpation, une tumeur volumineuse et molle, qui augmente en raison du sang qui la remplit. La femme ressent en outre un sentiment de chaleur dans l'abdomen. On constate enfin les signes généraux que nous avons décrits.

L'hémorragie par inertie pouvant survenir plusieurs heures, et même un ou deux jours après la délivrance, la sage-femme ne doit pas quitter l'accouchée sans s'être assurée que la matrice est contractée; elle doit renouveler cet examen toutes les fois qu'elle vient la voir.

Il importe beaucoup de se rappeler les circonstances principales qui favorisent les hémorragies par inertie. Ce sont :

- 1° La prédisposition héréditaire ;
- 2° L'existence de nombreux accouchements antérieurs ;
- 3° Le développement exagéré de l'utérus par la grossesse multiple ou surtout la surabondance du liquide amniotique ;
- 4° Le travail trop rapide ;
- 5° Le travail long et pénible ;
- 6° Les émotions morales vives (joie ou douleur) en tant que causes occasionnelles.

Conduite de la sage-femme.

La conduite de la sage-femme dans l'hémorragie par inertie doit tendre à réveiller les contractions de la matrice, qui ont pour résultat de fermer l'ouverture des vaisseaux béants.

Il n'y a pas de minutes à perdre; la sage-femme doit avant tout faire prévenir au plus vite le médecin le plus rapproché.

1° En l'attendant, la sage-femme, sans perdre son sang-froid, mettra en usage les moyens généraux déjà souvent cités.

2° Elle fera des frictions soutenues sur le ventre, pour exciter la matrice et la forcer à se contracter.

3° Si le placenta est encore dans la matrice, il faut l'en retirer à tout prix, parce qu'il en remplit la cavité et qu'il l'empêche de se contracter; la sage-femme procède donc à la délivrance artificielle d'après les règles que nous avons données (p. 169).

4° Si la perte est considérable, la sage-femme introduit la main dans la matrice et vide la cavité utérine des caillots qu'elle contient. L'introduction de la main peut suffire quelquefois pour réveiller les contractions. Si cela n'a pas lieu, il faut, avec une main placée sur l'abdomen, comprimer les parois utérines contre celle qu'on garde dans la matrice; on continue cette manœuvre jusqu'à ce que l'utérus vienne à se contracter.

Après ou pendant l'évacuation de l'utérus, on donne le seigle ergoté fraîchement préparé, par paquets de 50 centig., de 10 en 10 minutes.

5° Si l'introduction de la main et les manœuvres précédentes n'ont pas réussi à arrêter la perte, elle pourra exprimer dans l'utérus, en ayant soin de ne pas l'y laisser, une éponge imbibée d'eau froide et de vinaigre; elle pourra aussi se servir d'un citron écorcé qu'elle comprime entre les doigts. Elle fera des injections dans la matrice avec de l'eau vinaigrée aussi froide que possible. Tous ces moyens sont bons à connaître, parce qu'on se sert de celui qu'on a à sa disposition.

Les injections doivent être poussées dans la cavité même de la matrice et non pas seulement dans le vagin; à cet effet, on introduit d'abord dans l'utérus le doigt indicateur et le grand doigt qui servent de guide à la canule.

6° Dès que la syncope devient menaçante, elle cherche à ranimer la malade en lui faisant prendre du vin, une cuillerée d'eau-de-vie ou des gouttes d'Hoffmann; elle lui fait respirer du vinaigre fort ou des sels anglais; elle couvre sa poitrine et ses bras de linges chauffés et lui jette brusquement de l'eau froide au visage, en lui mettant la

tête dans une position déclive. Quels que soient la gravité des accidents et l'état de la malade, la sage-femme ne doit pas ralentir ses efforts ni désespérer du succès; on a vu des cas où la mort était imminente se terminer par la guérison.

7° Quand la perte est arrêtée, il faut conseiller à la malade le plus grand repos et lui défendre absolument de se soulever sur son lit, ce qui pourrait occasionner une défaillance et souvent une nouvelle hémorragie.

8° Dans les hémorragies par inertie, le tamponnement du vagin n'est *jamais* employé, car il aurait pour résultat inévitable de transformer la perte *externe* en une perte *interne* bien plus dangereuse. La règle est de ne jamais employer le tampon que dans les cas où il n'y a point de danger de perte *interne*, c'est-à-dire aussi longtemps que la matrice est remplie par l'œuf intact; ce n'est que dans les trois premiers mois de la grossesse qu'on peut tamponner le vagin, après l'expulsion du fœtus, par la raison que la matrice est encore trop peu développée pour que le sang puisse s'épancher en quantité notable dans sa cavité.

RÉSUMÉ GÉNÉRAL DES HÉMORRAGIES UTÉRINES

SIGNES GÉNÉRAUX

Pâleur de la face, faiblesse, nausées, éblouissement, syncopes, petitesse du pouls, sueurs froides, refroidissement général, mouvements convulsifs.

MOYENS A EMPLOYER

Position horizontale, enlèvement de tout vêtement serré, air frais, boissons et applications froides, cordiaux; vider la vessie et le rectum.

HÉMORRAGIE PENDANT LA GROSSESSE

Dans les premiers mois, menace d'une fausse couche annoncée par des maux de reins et par la dilatation de l'orifice du col. Emploi des moyens généraux indiqués contre l'hémorragie. Si la perte continuait et augmentait, faire prévenir le médecin. Si la fausse couche a lieu et que la perte continue, tamponner seulement dans le cas où l'accident s'est produit dans les trois premiers mois de la grossesse.

TRAITEMENT DE L'INERTIE

L'hémorragie qui survient dans les deux ou trois derniers mois de la grossesse a pour cause ordinaire l'insertion vicieuse du placenta. Son caractère est de se reproduire à intervalles irréguliers en s'aggravant (intermittence). Si l'hémorragie a lieu quand le travail est commencé, tamponner; de même avant le travail, si elle est grave.

HÉMORRAGIE PENDANT L'ACCOUCHEMENT

Est due au décollement du placenta, à une déchirure du col. Si l'orifice n'est pas dilaté, tamponner. Prévenir le médecin.

HÉMORRAGIE APRÈS L'ACCOUCHEMENT

Causée par l'inertie de l'utérus. Perte externe, perte interne. Moyens généraux indiqués contre les hémorragies; frictions sur le ventre, applications froides. Introduction de la main dans la matrice. Injections froides. Seigle ergoté surtout. Ne jamais employer le tamponnement.

VII^e DIVISION

DES SUITES DE COUCHES

MARCHE NATURELLE DES COUCHES OU ÉTAT PUERPÉRAL

On donne le nom de *couches*, *suite de couches*, ou *état puerpéral* à la période de quatre à six semaines qui suit l'expulsion du placenta.

Pendant cette époque la matrice, ainsi que les parties génitales, revient aux conditions normales de l'état de vacuité, et la sécrétion du lait s'établit.

Les suites de couches présentent trois phénomènes principaux à considérer : les *tranchées*, les *lochies* et la *sécrétion du lait*.

TRANCHÉES

On appelle *tranchées utérines* des douleurs intermittentes plus ou moins vives, indices des contractions de la matrice.

Le retour de l'utérus à ses dimensions primitives se fait chez les primipares avec une telle facilité que les tranchées manquent ou sont presque nulles, tandis que ces douleurs sont d'autant plus vives et durent d'autant plus longtemps que les accouchements ont été plus nombreux et plus rapprochés, que le travail a été plus rapide, et que la femme est plus nerveuse et plus délicate. Quelquefois elles ne sont ressenties que le premier jour; d'autres fois elles durent

jusqu'au troisième, au quatrième, rarement jusqu'au sixième jour. Leur durée moyenne chez les multipares est de deux jours.

Les tranchées utérines reviennent à des intervalles irréguliers, séparés les uns des autres par des moments de calme ; elles ne causent aucune fièvre, ne rendent pas le ventre douloureux à la pression, et lorsqu'on le palpe on sent la matrice bien contractée sous les doigts. Quand les tranchées présentent ces caractères et ne sont du reste pas douloureuses, elles ne doivent inspirer aucune inquiétude ; si elles sont très vives chez une primipare, la sage-femme doit toujours soupçonner quelque chose d'irrégulier qui réclame la visite d'un médecin.

LOCHIES

On nomme lochies les matières qui s'écoulent par la vulve depuis la délivrance jusqu'au moment où la matrice a repris son état normal. Cet écoulement dure donc pendant tout l'état puerpéral, c'est-à-dire de quatre à six semaines.

Les lochies sont constituées pendant un ou deux jours de sang pur mêlé de caillots ; puis ce sang perd sa couleur et pâlit ; tant qu'il tache le linge en rouge, on a les *lochies sanguines* ou *rouges* qui durent six à sept jours. Le liquide alors cesse d'être coloré par le sang et devient blanchâtre, c'est ce qu'on appelle les *lochies blanches* qui doivent leur aspect à une certaine quantité de pus ou de mucosités délayés dans un liquide séreux. A l'égard de ces lochies d'apparence laiteuse, il règne dans le public un préjugé qui veut que cet écoulement ait quelque rapport avec la sécrétion du lait. Il n'en est rien, le lait ne peut jamais être produit ailleurs que dans les seins.

Les lochies blanches redeviennent facilement rouges si la femme se lève trop tôt. L'abondance et la consistance des lochies vont graduellement en diminuant et elles cessent ordinairement vers la troisième ou la quatrième semaine chez les femmes qui nourrissent ;

chez celles qui n'allaitent pas, elles sont plus abondantes et durent environ six semaines.

SÉCRÉTION ET FIÈVRE DE LAIT

Les seins contiennent souvent pendant la gestation un liquide blanchâtre qu'on fait sortir des mamelles par la pression. Après la délivrance, les mamelles sécrètent un liquide jaunâtre n'ayant pas encore toutes les qualités du lait et auquel on donne le nom de colostrum; le colostrum convient parfaitement au nouveau-né à cause de ses propriétés légèrement laxatives.

Le troisième ou le quatrième jour, quelquefois le cinquième, après l'accouchement, la malade éprouve un léger frisson, suivi de chaleur à la peau ou de mal de tête; la soif est plus vive; le poulx s'accélère; en même temps les seins se gonflent, deviennent douloureux, et la sécrétion du lait s'établit.

La fièvre de lait n'est point un phénomène nécessaire des suites de couches, et ce n'est que chez les femmes qui ne nourrissent pas qu'on l'observe à peu près constamment. Cependant cette règle subit quelques exceptions, et l'on voit d'excellentes nourrices qui ont la fièvre de lait, de même que des femmes qui n'allaitent pas en sont parfois exemptes.

Pendant la durée de la fièvre de lait, les seins sont très durs et douloureux; la femme reste couchée immobile sur le dos, les bras écartés du corps à cause de la tuméfaction des mamelles qui s'étend presque jusque sous les aisselles, la peau est chaude et couverte de moiteur, et la fièvre se termine ordinairement au bout de huit à douze heures par une sueur abondante et par l'écoulement du lait par le mamelon. Il est important que la sage-femme se souvienne bien des phénomènes qui accompagnent la fièvre de lait, afin qu'elle puisse la distinguer de certaines autres fièvres qui se déclarent pendant l'état puerpéral, comme nous le verrons bientôt.

La fièvre de lait n'est point dangereuse, mais elle peut facilement le devenir si l'accouchée commet quelque imprudence,

DES SOINS A DONNER AUX FEMMES EN COUCHES

La sage-femme doit mettre tous ses soins à bien diriger sa malade après l'accouchement. Elle veillera sur elle avec une sollicitude d'autant plus vive qu'un certain nombre de maladies proviennent de couches mal soignées, et que la santé de la personne qui lui est confiée peut dépendre de sa promptitude à prévenir un accident.

Une femme qui vient d'accoucher peut être comparée à une convalescente relevant d'une grave maladie. Son système nerveux est ébranlé par l'épreuve qu'elle vient de traverser; elle a perdu une certaine quantité de sang; ses organes ont subi de graves modifications, et de plus une nouvelle fonction s'établit, tandis que l'organisme tout entier tend à revenir à son état normal. L'accouchée entre dans une période nouvelle aussi importante par ses conséquences pour la santé de la mère que pour celle du nouveau-né.

Aussitôt après la délivrance, la sage-femme s'assurera par la palpation abdominale qu'il ne survient rien d'anormal. Elle fait avec la main quelques frictions sur le ventre pour exciter les contractions de la matrice, regarde s'il ne s'écoule pas trop de sang par la vulve et s'occupe de l'enfant. Le nouveau-né placé dans son berceau, la sage-femme revient vers sa malade.

C'est en général une demi-heure après la délivrance que l'accouchée doit être changée de lit. On la laissera cependant plus longtemps sur celui où l'accouchement s'est fait, s'il y a eu hémorragie, syncope ou tel autre accident; on se bornera dans ce cas à remplacer les linges salis et mouillés par des draps secs et chauffés. Les parties génitales seront lavées avec une éponge et de l'eau tiède. Les vêtements mouillés s'enlèveront en les glissant par le bas, et l'on habille rapidement la malade avec des vêtements chauffés en ayant soin de bien recouvrir la poitrine et les bras.

Jamais la sage-femme ne permettra à l'accouchée de marcher pour aller à son lit ; celui-ci doit être garni d'une toile cirée d'un mètre et demi de côté recouverte d'un drap et d'une alèze pliée en six doubles, et sera convenablement bassiné. Pour transporter la femme, il faut passer un bras sous les reins, un autre sous les jarrets, tandis que la malade croise ses bras autour du cou de la personne qui la porte. Placée dans son lit, elle est recouverte d'un linge sec et chaud ; s'il y a lieu un bandage de corps est appliqué comme nous l'avons dit, et la patiente modérément couverte jouit d'un repos qu'elle a bien mérité.

Tout en surveillant l'accouchée, la sage-femme enlève tous les linges salis, qui seront portés au dehors. Elle fait renouveler l'air de la chambre dont la température ne doit pas dépasser 15° centigrades, et ne se retire qu'après avoir constaté l'état satisfaisant de la malade. Elle a soin de lui recommander de rester couchée sur le dos, les cuisses rapprochées et de ne faire aucun effort ; elle engage les personnes de la maison à observer la tranquillité la plus absolue et proscriit tout ce qui pourrait avoir quelque influence fâcheuse sur le moral de sa cliente.

La seule boisson permise, à moins d'indications spéciales, c'est l'eau sucrée chaude, l'infusion de tilleul, de feuilles d'oranger, de réglisse et de gramont. Il n'y a aucun inconvénient à donner par petites gorgées de l'eau pure à la température de la chambre.

La sage-femme attirera l'attention des personnes sur le danger de donner du vin ou des boissons excitantes à une accouchée sous le prétexte de relever ses forces ; de graves et nombreux accidents sont trop souvent dus à cette absurde coutume.

Six heures après son départ, la sage-femme reviendra, si faire se peut. Elle fera toujours, dans les limites du possible, trois visites par jour dans les trois premiers jours, et deux du quatrième au neuvième.

A chaque visite elle se rend compte de l'état général ; elle constate par la palpation le volume de la matrice et s'assure, par les linges salis, de la nature et de la quantité de l'écoulement vaginal ; elle s'inquiétera de savoir si la malade urine et l'engagera à le faire

chaque fois qu'elle en éprouve le besoin, en se servant pour cela d'un bassin plat; ce n'est qu'au bout de quelques jours qu'il lui sera permis de prendre sa position habituelle pour accomplir cette fonction. On voit fréquemment des personnes qui ne peuvent uriner dans la position horizontale; il faut alors sonder la malade. Pour pratiquer le cathéterisme, il est plus commode de se placer à droite du lit, d'écarter les lèvres avec deux doigts de la main gauche et de glisser la sonde dans l'urètre avec l'index de l'autre main.

Chaque fois la sage-femme lave, comme il a été dit, les parties génitales avec une éponge très propre et de l'eau tiède; si les lochies sont fétides, elle se servira d'une infusion aromatique; les infusions les plus employées sont celles de camomille, de sauge, de romarin.

On se sert aussi des mêmes lotions ou d'un mélange de vin rouge et d'eau tiède lorsque les lèvres contuses sont tuméfiées et reviennent lentement sur elles-mêmes. La vulve doit être recouverte d'une serviette ou d'une compresse.

La sage-femme veille toujours à ce que la plus grande propreté règne sur la malade comme autour d'elle. Dans toute maladie, dans toute convalescence, la propreté est la première condition de retour à la santé.

Il doit être sévèrement interdit de sécher du linge dans la chambre; il s'en dégage toujours des odeurs désagréables qui, ajoutées aux émanations particulières aux femmes en couches, sont extrêmement malsaines, tant pour la mère que pour l'enfant. C'est pour ce même motif qu'il faut éloigner les veilleuses, les chandelles, les lampes à pétrole, les restes d'aliments. L'air de la chambre sera renouvelé, même en hiver, en ouvrant deux fois par jour une fenêtre éloignée du lit et en prenant les précautions nécessaires pour garantir la femme d'un refroidissement. Il vaut toujours mieux introduire de l'air, même froid, dans la chambre, que de n'en pas introduire du tout.

Le moyen de chauffage le plus sain est une cheminée, à cause du tirage qu'elle entretient et qui a pour effet d'aérer constamment la pièce. Un poêle a le même avantage, mais à un moindre degré, parce qu'il brûle pendant un temps plus court. Il ne faut jamais

admettre dans la chambre d'une malade ces tambours en fer-blanc remplis de braises qu'on emploie malheureusement trop souvent dans les ménages pauvres. Ce moyen de chauffage dégage des vapeurs de charbon qui vicient l'air et peuvent causer de graves accidents.

Le lit peut être fait le surlendemain de l'accouchement. Pendant la fièvre de lait on laisse la malade en repos, mais à partir du quatrième jour, le lit sera fait chaque jour. On a toujours soin pendant cette opération de porter l'accouchée sur un canapé ou sur un lit voisin. Le lit chauffé est pourvu d'un drap de garniture plié en plusieurs doubles.

La femme doit rester au moins neuf jours au lit. Suivant les circonstances, elle y restera davantage, quinze jours et plus. C'est d'ailleurs ce qu'il faut exiger des personnes de la classe aisée, qu'aucune occupation urgente ne réclame.

Pendant les sept ou huit premiers jours, la malade doit garder la position horizontale, se couchant tantôt sur le dos, tantôt sur l'un des côtés. La première fois qu'elle quitte le lit elle restera assise une heure ou deux; il ne lui sera permis de s'asseoir dans son lit que pour prendre ses repas.

Les femmes de la campagne ont une grande tendance à se lever trop tôt et à négliger les conseils qu'on leur donne; aussi sans effrayer les malades, il convient de leur faire comprendre toute l'importance qu'il y a à ce qu'elles gardent le lit neuf jours révolus et à leur signaler les infirmités (déviation, chute de l'utérus) qui peuvent résulter d'une imprudence.

Jamais une femme, quelque bien constituée qu'elle soit, ne doit sortir avant le quinzième jour.

Le régime de l'accouchée consiste les trois premiers jours en aliments légers de facile digestion, du bouillon de gruau, de la soupe au pain, du lait, pour boisson de l'eau, ou l'une des infusions que nous avons citées.

La femme qui allaite sera tenue à un régime moins sévère que celle qui ne nourrit pas. On pourra suivre les exigences de son appétit en retranchant toutefois les choses lourdes et excitantes.

Après la fièvre de lait on permet des légumes et de la viande pour commencer, on augmente ensuite les aliments de telle sorte que vers le douzième ou le quinzième jour la femme ait repris son régime ordinaire. A la moindre apparence de fièvre, on diminue l'alimentation pour revenir aux soupes, aux panades, aux bouillons.

Les accouchées restent ordinairement deux ou trois jours sans aller à la garde-robe; il ne faut pas s'en inquiéter, et la sage-femme se gardera bien d'administrer des purgatifs. Elle se bornera à provoquer les évacuations à l'aide de lavements d'eau chaude, d'huile et de savon.

Si l'enfant ne tète pas, les seins se ramollissent vers le sixième jour des couches et le lait tarit peu à peu.

Les femmes qui n'allaitent pas demandent des ménagements et de grandes précautions jusqu'à ce que leur lait ait tout à fait disparu, parce qu'elles sont bien plus sujettes à diverses indispositions que celles qui se conforment à la volonté de la nature en nourrissant leurs enfants. Cependant à cet égard il règne différents préjugés auxquels une sage-femme instruite n'ajoutera pas foi, particulièrement en ce qui concerne les *dépôts de lait* que beaucoup de personnes croient susceptibles de se former dans les différentes parties du corps. Le lait ne peut se former que dans les seins, et jamais on ne voit ce liquide se produire, ni se déposer dans aucun autre organe, ces soi-disant dépôts de lait sont donc de simples engorgements ou des abcès avec lesquels le lait n'a rien à faire.

DES ACCIDENTS ET DES MALADIES DE L'ÉTAT PUERPÉRAL

Il est important que la sage-femme sache promptement reconnaître les cas où les couches ne suivent pas leur marche régulière, et dans lesquels l'accouchée est menacée d'une maladie plus ou moins grave.

La *fièvre* est un signe important de maladie. La sage-femme reconnaît que l'accouchée a de la fièvre toutes les fois qu'elle lui trouve

la peau chaude et sèche, le visage rouge et coloré, les yeux brillants et principalement quand son pouls bat plus de 70 fois par minute. Si la fièvre tombe sur un autre jour que le troisième et le quatrième, il est probable qu'elle a pour cause quelque complication, et la sage-femme doit faire prévenir le docteur. La fièvre de lait inspirera les mêmes inquiétudes, si elle se prolonge au delà de vingt-quatre heures et si le nombre des battements du pouls dépasse 100 par minute.

Les *frissons* enfin sont fréquents au début des maladies les plus dangereuses des femmes en couches : la malade éprouve une vive sensation de froid, elle grelotte, ses dents claquent, ses yeux sont cernés et battus.

DES TRANCHÉES TRÈS DOULOUREUSES

Lorsque les tranchées qui succèdent à l'accouchement sont très douloureuses, la sage-femme les calme en appliquant des linges chauds sur le ventre, et en donnant un lavement avec une infusion de camomilles.

Si les tranchées s'accompagnent de fièvre, de sensibilité à la pression, ou si elles sont très fortes chez une primipare, la sage-femme doit appeler un médecin.

ACCIDENTS CONCERNANT LES LOCHIES

Les lochies deviennent trop abondantes, elles deviennent fétides, elles cessent trop tôt.

Si les lochies sanguines sont trop abondantes, il faut se conduire comme dans les hémorragies après l'accouchement et prévenir le médecin.

Lorsque l'écoulement prend une mauvaise odeur, la sage-femme fera de fréquents lavages et des injections aromatiques (camomilles, sauge et romarin).

Quelquefois les lochies cessent vers la troisième semaine; si la femme ne paraît pas en souffrir, qu'elle continue à se bien porter, il ne faut ajouter aucune importance à cette suppression. Il en serait tout autrement si le ventre devenait douloureux, s'il survenait un frisson, des vomissements et de la diarrhée; le médecin serait de suite averti.

Les *crevasses* ou gerçures sont de petites érosions plus ou moins profondes qu'on rencontre surtout chez les primipares ou chez les femmes qui nourrissent pour la première fois. Elles sont toujours très douloureuses et peuvent, dans les cas graves, causer l'ulcération complète du mamelon qui disparaît.

Ces crevasses deviennent souvent la cause d'inflammation et d'abcès de seins, c'est donc un accident qui n'est pas sans gravité.

On peut le prévenir en lavant les mamelons les derniers mois de la grossesse avec du rhum, du vin rouge, de l'eau-de-vie; en formant les bouts qui, souvent comprimés par le corset, ne font aucune saillie sur le sein et obligent l'enfant à de grands efforts de succion. On les prévient aussi en lavant soigneusement le sein avec de l'eau tiède et en l'essuyant avec un linge fin et sec chaque fois que l'enfant a fini de téter.

Quand les crevasses sont formées elles sont difficiles à guérir. En tous cas, la sage-femme proscrira les corps gras, les pommades, qui rancissent et irritent les petites plaies. On pourra conseiller, en attendant le médecin, outre une propreté extrême, des applications de glycérine et l'emploi de bouts de seins en caoutchouc, en ivoire, dont le nourrisson s'accommodera si l'on a soin de remplir le godet avec du lait chaud et sucré.

DE LA FIÈVRE PUERPÉRALE

Cette grave maladie est contagieuse et règne parfois épidémiquement. Les femmes qui ne nourrissent pas y sont plus prédisposées

que les autres; aussi convient-il en temps d'épidémie de recommander aux mères d'allaiter. Comme la maladie se transmet d'une malade à l'autre par l'intermédiaire des personnes qui la soignent, il convient que la sage-femme prenne toutes les précautions possibles de propreté, se lave soigneusement après sa visite, nettoie ses instruments et ne se rende chez une autre cliente qu'après avoir fait une longue promenade au grand air ou avoir changé de vêtements.

La fièvre puerpérale débute ordinairement le troisième ou quatrième jour de l'accouchement; elle peut cependant faire son apparition; mais par exception, jusqu'au neuvième jour.

Le ventre devient douloureux; la malade est prise d'un *frisson violent, de nausées, de vomissements, de diarrhée*, la peau est chaude, le pouls oscille entre 120 et 150; les lochies s'arrêtent et les seins se flétrissent.

On distingue la fièvre de lait de la fièvre puerpérale en ce que la première dure de 8 à 12 heures, que les seins se gonflent, que le ventre n'est pas douloureux, et que le pouls ne dépasse pas 100 pulsations.

La sage-femme, tout en rassurant la malade dont le moral est ébranlé, qui a de sombres pressentiments, se hâtera de prévenir la famille et fera chercher le médecin.

VIII^e DIVISION

LE NOUVEAU-NÉ

DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT APRÈS LA NAISSANCE

Dès que l'enfant est né, il a changé de milieu. Ses fonctions doivent donc se modifier.

L'air atmosphérique agit sur le sang, et les poumons remplacent le placenta.

L'enfant crie et s'agite; il dilate sa poitrine, qui aspire l'air.

En même temps, le sang afflue aux poumons, où il est chassé par le ventricule droit, et cesse de s'écouler directement dans l'aorte descendante. Le canal artériel, les artères ombilicales ne recevant plus de sang, la circulation placentaire disparaît. Toutefois, chez un nouveau-né bien portant, les pulsations du cordon se font encore sentir quelques minutes après la naissance.

La circulation, la respiration sont très actives chez le nouveau-né. Le pouls des petits enfants est rapide; il bat de 100 à 140 fois par minute; la sage-femme doit se souvenir de ce fait pour ne pas croire que le nourrisson a la fièvre tandis qu'il est bien portant.

Dès qu'il a franchi la vulve, l'enfant doit être placé en travers sur les cuisses de la mère, couché sur le côté et la face opposée aux parties génitales; il est ainsi à l'abri des liquides qui s'écoulent de l'utérus. Le cordon est lié à six centimètres, trois travers de doigt de l'abdomen; il sera toujours lié avant d'être coupé, à moins que le nouveau-né ne soit venu au monde asphyxié, bleuâtre et conges-

tionné; dans ces cas, on coupe le cordon tout d'abord pour laisser couler deux cuillerées de sang, puis on place la ligature, qui sera serrée avec soin pour éviter l'hémorragie.

Les petits des animaux sont à l'abri des hémorragies, parce que la mère mâche et déchire le cordon.

Il faut aussi toujours lier le cordon du côté de la mère, par crainte d'hémorragie et pour faciliter le décollement du placenta.

La partie du cordon adhérent à l'enfant tombe du cinquième au septième jour en laissant une cicatrice, qu'on nomme le *nombril*, ordinairement fermée du dixième au douzième jour au plus tard.

Quelques heures après la naissance, le nouveau-né expulse par l'anus une matière gluante, épaisse, d'un vert foncé, le *méconium*.

Le petit volume des nouveau-nés fait qu'ils se refroidissent facilement. Il faut donc les couvrir avec soin, les entourer de linges secs et chauds, et placer une cruche d'eau chaude dans leur berceau. Cette précaution est surtout nécessaire quand l'enfant est chétif.

L'enfant qui vient de naître a la peau colorée d'un rouge plus ou moins vif, et recouverte d'une couche blanchâtre qui s'appelle *l'enduit sébacé*. Cette substance, qui a protégé le fœtus contre l'action de l'eau dans laquelle il a vécu, qui, en outre, a rendu plus facile son passage au travers des organes génitaux de la mère, doit être enlevée. Quant à la coloration de la peau, elle se dissipe d'elle-même en quelques jours.

SOINS A DONNER AUX NOUVEAU-NÉS

Aussitôt que l'enfant est né, la sage-femme doit lui donner les soins nécessaires, le ranimer s'il paraît souffrant et languissant, le nettoyer, le laver et le vêtir de ses langes; elle profitera pour cela du moment de repos qu'il convient de laisser à la mère entre la sortie de l'enfant et la délivrance, tout en ayant soin de retourner

de temps en temps vers elle pour s'assurer qu'elle va bien, et qu'il ne se déclare aucune hémorragie.

Soins de propreté. Après la ligature du cordon, la sage-femme doit laver le nouveau-né, afin de débarrasser sa peau de l'épaisse couche d'enduit caséeux dont elle est recouverte, surtout aux plis du cou et des jointures; le mieux est de plonger tout le corps dans un bassin d'eau tiède, ce qui donne toute facilité pour le nettoyer rapidement; quand l'enduit caséeux est très adhérent, il convient de le ramollir avec du beurre ou avec un jaune d'œuf avant de chercher à l'enlever. Lorsque l'enfant est bien lavé, on le retire de l'eau, on l'enveloppe dans un drap doux et chaud, et on l'essuie soigneusement. Si l'on n'a pas à sa disposition de baquet assez grand pour y baigner l'enfant, la sage-femme doit le prendre sur ses genoux et laver successivement toutes les parties du corps en ayant soin d'éviter les courants d'air et les refroidissements.

Tout en lavant l'enfant, la sage-femme doit l'examiner pour savoir s'il est bien conformé; si elle constate quelque vice de conformation, elle en prévient immédiatement les parents, mais elle aura soin que l'accouchée l'ignore; elle saura trouver quelque prétexte pour éviter de lui montrer l'enfant.

Pansement du cordon. La sage-femme s'occupe ensuite de panser le cordon; elle l'enveloppe dans une petite compresse de vieux linge, carrée et fendue sur un de ses côtés jusqu'à la moitié, qu'elle enduit de cérat ou de beurre frais, afin que le cordon ne s'y attache pas; elle place la compresse sur le côté gauche du ventre et fixe le tout au moyen d'une bande large de trois travers de doigt et modérément serrée; cette bande doit être attachée avec des cordons et non avec des épingles. On défait le bandage et on change la compresse tous les jours jusqu'à ce que le cordon soit tombé, en ayant soin de ne pas le tirer et de le laisser se détacher de lui-même, puis on remplace la compresse par un carré de linge, qu'on place sur le nombril et qu'on fixe de même avec une bande jusqu'à ce que la cicatrisation soit complète.

DU LAIT EN GÉNÉRAL

Le lait est le type de l'aliment complet.

Pour l'entretien de la vie, il faut une alimentation ainsi composée : 1° des aliments dits *respiratoires* (thermogènes), qui servent à produire la chaleur du corps ; 2° des aliments dits *plastiques*, dont le rôle est d'accroître les tissus (muscles, etc.) et de réparer leurs pertes.

Le type des premiers c'est la graisse, le beurre, le sucre. Le type des seconds c'est l'albumine, ou blanc d'œuf, la fibrine (chair musculaire), la caséine (fromage).

Le lait renferme en proportions convenables ces deux sortes de principes nutritifs.

Si cela n'était pas, si par exemple il ne contenait pas assez de substance grasse, la respiration se ferait aux dépens des matières plastiques, qui ne pourraient plus servir à réparer les pertes continues de la matière ; dès lors le corps maigrirait et la vie s'éteindrait.

Le lait qui forme la base de l'alimentation des peuples bergers est un aliment parfait, soit qu'il doive servir au développement du nouveau-né, soit qu'il doive entretenir la vie de l'adulte.

Ce liquide n'est autre qu'une émulsion composée : 1° D'une matière grasse, très divisée, suspendue à l'état de globules qui forment la *crème* et le *beurre* ; c'est en détruisant ces globules par le battage qu'on permet au beurre de se prendre en masse. 2° D'un *sérum* ou *petit lait*, tenant en dissolution une matière animale, spontanément coagulable, la *caséine* ou *fromage*, du *sucre*, d'une saveur plus douce et plus fade que le sucre de canne ; des *sels*, substances minérales, dont les unes sont indispensables à l'accroissement des os, et une certaine quantité d'*albumine*.

Si le lait est abandonné à lui-même dans un vase, on verra au

bout de peu de temps qu'il s'est formé trois couches; l'une supérieure, blanche, d'un goût très agréable, la crème; une seconde au-dessous plus blanche, insipide, le caséum; enfin une troisième, claire, légèrement transparente, le sérum ou petit lait.

En résumé, le lait contient des substances respiratoires, le beurre et le sucre; des matières plastiques, la caséine et l'albumine; des sels minéraux tels que le sel de cuisine, de la magnésie, de la chaux et du fer.

L'eau forme les neuf dixièmes du lait.

Les principes que nous venons d'indiquer se retrouvent dans le lait de tous les animaux, mais groupés dans des proportions variables, ce qui fait que ces divers laits offrent entr'eux des différences de composition. De plus chaque lait a un arôme qui lui est propre et qui rappelle le plus souvent l'odeur de l'animal.

Le lait qui se rapproche le plus par sa composition de celui de la femme est le lait d'ânesse, plus pauvre toutefois en caséine et en beurre, mais qui l'emporte par le sucre. Le lait d'ânesse est moins nourrissant que celui de vache, mais il est d'une digestion plus facile. Il contient un quart de plus de sucre, un tiers de moins de beurre et moitié moins de caséine.

Le lait de chèvre est surtout riche en beurre et renferme aussi beaucoup d'albumine; il est moins sucré que celui de vache, qui en revanche est beaucoup plus pauvre en caséine.

Le lait de la vache et celui de la jument ont une grande analogie. La brebis sécrète un lait qui renferme une grande quantité de beurre et un fromage gras, visqueux, d'une odeur particulière.

Le lait de femme contient à peu près la même quantité de beurre que le lait de vache, un tiers de sucre de plus, et une proportion presque égale de caséine. Il se digère mieux parce qu'il est moins gras. Une particularité à noter, c'est que le lait de vache a la tendance à être acide, ce qui peut être attribué aux procédés employés pour faire produire à l'animal le plus de lait possible; à cet effet les vaches sont tenues au repos dans des écuries étroites, peu éclairées, où elles reçoivent un excès de nourriture.

Par le tableau suivant on se rendra compte de l'ordre d'importance de chaque élément dans le lait :

Femme.	Anesse.	Vache.	Jument.	Chèvre.	Brebis.
Sucre.	Sucre.	Caséine.	Caséine	Beurre.	Caséine.
Caséine.	Caséine.	Sucre.	Sucre.	Caséine.	Beurre.
Beurre.	Beurre.	Beurre.	Beurre.	Sucre.	Sucre.
Sel.	Sel.	Sel.	Sel.	Sel.	Sel.

Un fait dont il faut bien tenir compte est celui-ci, c'est que les principes constituant les laits que nous venons d'examiner n'ont pas tout à fait les mêmes propriétés. Par exemple, la caséine du lait de femme est loin de se coaguler comme celle du lait de la vache qui peut s'agglomérer facilement, tandis que la première reste toujours en flocons et ne peut se prendre en masse.

Si nous avons donné quelques détails sur ce sujet, c'est pour faire comprendre que ce n'est pas impunément qu'on peut substituer tel lait à tel autre dans l'alimentation du nouveau-né. On ne nourrit pas le veau avec du lait de brebis, ni l'agneau avec le lait d'ânesse ; on sort des conditions normales en donnant à l'enfant un lait autre que celui de la mère.

ALIMENTATION DU NOUVEAU-NÉ

Les diverses manières de nourrir les enfants sont :

1. L'allaitement maternel,
2. L'allaitement par une nourrice,
3. L'allaitement par un animal,
4. L'allaitement artificiel.

1^o ALLAITEMENT MATERNEL.

L'allaitement est le complément naturel de la maternité.

Le lait de la mère est l'aliment légitime du nouveau-né. Toute autre alimentation diminue les chances de vie.

La femme doit toujours nourrir son enfant, à moins qu'il n'y ait de contre-indication formelle.

L'allaitement rend d'ailleurs les suites de couches plus faciles et garantit l'accouchée contre maint accident.

Il n'est pas nécessaire que la mère possède toutes les conditions qu'on exige d'une nourrice. On voit tous les jours des femmes de faible constitution élever des enfants magnifiques, et c'est avec raison qu'un médecin a dit : mieux vaut à l'enfant le sein d'une mère de force moyenne que celui d'une nourrice robuste.

Il suffit que la santé de la mère soit bonne et qu'elle assez forte pour supporter les devoirs de l'allaitement.

On ne doit pas se hâter de juger du lait d'une femme par l'apparence extérieure : les personnes de constitution délicate ont en général un lait normal.

Il existe pendant la grossesse certains signes d'après lesquels on peut jusqu'à un certain point prévoir si une femme pourra allaiter ou non. Il y a en effet un rapport à peu près exact entre la composition du colostrum pendant la gestation et celle du lait après l'accouchement.

1. Si la sécrétion du colostrum est si peu abondante qu'on ne puisse en obtenir par la pression, le lait sera en petite quantité, pauvre et insuffisant.

2. Si le colostrum est aqueux, coulant avec facilité, semblable à une solution de gomme, et sans stries jaunâtres, le lait sera plus ou moins abondant, mais pauvre, aqueux et peu nourrissant.

3. Si le colostrum s'obtient facilement et avec abondance, s'il con-

tient une matière jaunâtre, tachant le linge, plus ou moins épaisse, on peut dire que le lait sera riche et abondant.

Cet examen se fera vers le huitième mois.

Les seins doivent être bien conformés, c'est-à-dire avoir des mamelons d'une grandeur suffisante, condition indispensable de l'allaitement. Le mamelon devra être assez développé pour que l'enfant puisse le prendre facilement dans sa bouche. La sage-femme utilisera les derniers mois de la grossesse pour le préparer à ses fonctions. Elle les fait laver avec de l'eau de vie, du rhum, s'ils sont délicats; elle s'occupe de les allonger s'ils sont trop courts; on se sert dans ce but d'une téterelle, d'une simple pipe en terre, pour aspirer le mamelon et le rendre saillant.

Le meilleur de tous les moyens est de faire sucer les bouts par une personne bien portante: cette précaution a l'avantage d'endurcir les mamelons et de les préserver des crevasses.

Le volume des seins n'influe en rien sur la quantité ou sur la qualité du lait.

La mère qui veut nourrir fera provision de calme et de sang-froid. Elle doit s'habituer aux cris de son enfant et ne pas s'alarmer sans motif. Qu'elle sache que les cris sont l'unique langage du nouveau-né et le seul exercice qui lui soit permis. Le dicton qui veut qu'un enfant qui ne crie pas ne vienne pas à bien est fondé jusqu'à un certain point. Les cris développent la poitrine, facilitent la respiration et activent le jeu des muscles qui concourent à cette fonction.

Il ne faut pas, au moindre cri du nourrisson, s'imaginer qu'il a faim; cette idée si répandue a des conséquences plus fâcheuses qu'on le croit généralement. Si l'on rapproche trop les repas, le lait perd ses qualités, et la mère promptement épuisée ne fournit bientôt à l'enfant qu'une nourriture insuffisante.

Six heures après la délivrance, dès que la mère est reposée, on donne le sein pour la première fois. Il est des personnes qui veulent attendre que la montée du lait ait eu lieu; c'est une mauvaise pratique, car la mise au sein libère souvent l'accouchée de la fièvre de lait, et rend en tout cas celle-ci plus légère.

Le sirop de chicorée ou de rhubarbe qu'on a l'habitude de donner au nouveau-né est tout à fait inutile. On doit rejeter l'emploi de ce médicament. La mère a dans son lait tout ce qu'il faut pour débarrasser l'intestin de l'enfant du méconium qui s'y trouve.

Il y a quelques précautions à prendre pour donner le sein.

Les mamelons seront lavés avec soin, puis humectés avec un peu de salive ou de lait.

L'accouchée se place sur le côté, l'enfant se trouvant pour le moment couché dans son lit. Elle déprime la mamelle avec le doigt afin que le nourrisson ait le nez libre et puisse respirer facilement. Si le lait coule trop abondamment, ce qui n'arrivera guère que plus tard, elle en modère l'écoulement en comprimant entre deux doigts la base du mamelon.

Si, malgré toutes les conditions voulues du côté de la mère, l'enfant ne peut pas manger, il faut le faire examiner par un médecin.

La première idée qui vient à l'esprit des parents lorsque le nouveau-né ne tète pas, c'est qu'il a le filet de la langue trop court et qu'il faut le couper. On a fait un déplorable abus de cette opération, qui n'est pas sans danger.

Les cas dans lesquels la brièveté du filet empêche la succion sont si exceptionnels que jamais la sage-femme n'aura lieu d'intervenir. Elle mettra toujours sa responsabilité à couvert en réclamant l'intervention du médecin.

Une difformité qui empêche absolument la succion, c'est la division du palais.

Il est des enfants qui, quoique bien conformés, mais très faibles, ne tétent pas. Il faut alors leur faire couler le lait dans la bouche; on choisit pour cela un sein qui donne facilement son lait. En faisant jaillir ce liquide entre les lèvres du nouveau-né, on l'excite à faire des mouvements de déglutition; on peut aussi en pareil cas recourir à l'emploi d'injections de lait faites par le nez à l'aide d'une petite seringue, c'est un bon procédé.

Débile les premiers jours, l'enfant met beaucoup de temps à prendre ses premiers repas. Il faut donc user de patience à son égard. S'il s'endort et qu'il n'ait pas assez mangé, on le réveille. Si,

au contraire, on juge qu'il a suffisamment, il est de suite mis dans son berceau, car il ne convient pas qu'il prenne l'habitude de s'endormir au sein, ce qui est très ennuyeux et fatigant pour la mère.

On donne alternativement l'un et l'autre sein.

Quelquefois, pendant la fièvre de lait, les seins sont si tendus et gonflés que les mamelons sont effacés; la sage-femme se sert de la tétérèlle pour vider la mamelle; celle-ci dégorgée, le mamelon reprend sa forme conique et allongée.

Il a été dit avec raison que l'enfant au berceau est une cire molle qu'on façonne à son gré. En effet, le nourrisson devient à volonté un enfant agréable ou un sujet détestable; on lui donne et il prend de bonnes ou de mauvaises habitudes.

Dès les premiers jours, il faut l'habituer à la régularité pour ses repas. C'est une règle importante. L'estomac ayant le temps de se reposer, ne sera que mieux disposé à digérer.

Au début, l'enfant ne prend le sein que toutes les deux heures. On procédera ainsi pendant le premier mois. Plus tard, on ne le donne que de trois en trois heures.

Le nouveau-né doit téter dix ou quinze minutes. Il en est qui restent plus longtemps à manger; on les laissera se rassasier à leur aise.

Il est très avantageux d'habituer l'enfant à ne pas manger la nuit. Rien n'épuise en effet plus les femmes et n'altère autant leur santé que ces mauvaises nuits durant lesquelles leur sommeil est interrompu à chaque instant par la nécessité de nourrir.

Pour régler les repas du nouveau-né, voici comment il faut s'y prendre :

Le soir, l'enfant mange à dix ou onze heures. Ce n'est que vers cinq ou six heures du matin qu'il est de nouveau mis au sein. De la sorte, la mère a sept heures de sommeil, ce qui est de la plus grande nécessité, nous le répétons, soit pour elle, soit pour son enfant. La mère se reposant de ses fatigues, secrète un lait normal, ce qui n'a pas lieu lorsqu'elle se réveille à chaque instant pour allaiter son nourrisson.

Bien des personnes croient qu'il est impossible d'agir ainsi. En-

core une fois, on fait de l'enfant ce qu'on veut, pourvu qu'on reste dans les limites naturelles. Pour élever un nouveau-né à ne pas manger la nuit, il ne faut que de la persévérance et une garde intelligente.

Si l'enfant habitué à dormir la nuit se réveille, ses cris auront une signification, dont il faut chercher le motif. Il arrivera parfois de les faire cesser en le déshabillant.

Avec des enfants chétifs, cette manière de faire ne peut être employée, et l'on doit, parce qu'ils ne mangent que peu à la fois, leur donner plus souvent. Il en est de même pour les enfants nés avant terme.

Lorsque le nourrisson a fini de téter, la mère n'oubliera jamais d'essuyer le bout du sein avec un linge doux ; c'est une précaution qui enlève une des causes d'ulcération.

Le nouveau-né n'a pas besoin d'une autre nourriture que le lait maternel pendant les six premiers mois au moins. On proscrira comme dangereuses et meurtrières, ces bouillies, ces soupes, ces panades, qui, loin d'aider à son développement, ne font que l'entraver en troublant sa digestion.

Il est vraiment fâcheux de voir avec quelle facilité une mère s' imagine qu'elle n'a pas assez de lait. Si toutefois il est réel qu'elle en a trop peu et que l'enfant périclité, il faut adjoindre à son régime du lait de vache, non bouilli, légèrement sucré et coupé d'eau.

Le moyen d'ailleurs de constater que l'enfant ne trouve pas dans le sein une alimentation suffisante, c'est de le peser. Il serait bon que cette pratique entrât dans nos habitudes et vint remplacer l'absurde préjugé qui règne à cet égard. Un nouveau-né placé dans de bonnes conditions et convenablement nourri doit, à partir du cinquième jour, augmenter de trente grammes par vingt-quatre heures pendant les quatre ou cinq premiers mois, et de dix à quinze grammes du sixième au septième mois suivants.

Il existe une inégalité de poids entre les enfants des deux sexes.

Le poids moyen des garçons est de 3 kilog., 200 gram.; celui des filles de 2 kilog., 900 gram. Ce poids diminue d'environ 100 grammes

pendant les deux premiers jours, ce qui s'explique par l'expulsion du méconium.

A partir du troisième jour, l'enfant gagne de nouveau ce qu'il a perdu, de telle sorte que du cinquième au septième jour, il a repris son poids de naissance. Il ne commence à croître sensiblement qu'après la première semaine.

Ces renseignements suffisent pour que la sage-femme puisse se rendre compte du développement du nouveau-né.

L'inspection des linges salis par l'enfant permet de juger aussi de l'état de sa santé.

Si les matières sont vertes, liquides, l'enfant est indisposé; on se garde dans ce cas de lui administrer sans des conseils spéciaux des purgatifs qui pourraient lui être nuisibles. Chez un enfant bien portant, les résidus de la digestion doivent être d'un jaune vif, de consistance molle. Quand ils renferment des grumeaux grisâtres, semblables à ceux qu'on trouve dans le fond d'un vase contenant du lait caillé, c'est une preuve que la caséine n'est pas absorbée et que la digestion est imparfaite.

Pendant tout le cours de l'allaitement, il faut à la femme une alimentation variée et substantielle, mais sans excès.

Souvent les personnes qui allaitent croient que plus elles mangent, plus elles auront de lait. Le résultat trompe leurs prévisions; la digestion se trouble et le lait diminue.

Une bonne digestion fait un bon lait. C'est ce que la mère digère et non ce qu'elle mange qui profite à l'enfant. La nourrice doit conserver son régime habituel, en laissant toutefois de côté certains aliments qui communiquent au lait leur goût; c'est le cas de l'ail, de l'oignon, du poireau, du chou, du navet. Elle boira du vin avec modération à ses repas; de la bière si elle est habituée à cette boisson.

Chaque jour elle fera une promenade au grand air et prendra toutes les distractions compatibles avec ses devoirs.

Les influences morales, les passions vives, peuvent troubler la sécrétion du lait et rendre ce liquide nuisible à l'enfant. Les femmes nerveuses éviteront tout ce qui peut les impressionner. Après une émotion, elles attendront d'être calmes pour allaiter.

Le lait est peu modifié par la menstruation qui diminue l'eau et le sucre et augmente les solides, surtout la caséine; ce changement de composition cause quelquefois des maux de ventre et de la diarrhée aux nourrissons.

L'état de grossesse rend le lait plus difficile à digérer, car il tend à revenir à son état primitif; la proportion d'eau diminue et celle des parties solides augmente. Il devient aussi moins abondant.

Les maladies diminuent la quantité du lait et altèrent sa qualité.

Dans le cas d'abcès des seins, ce liquide peut contenir du pus et du sang; il convient d'exiger la suspension de l'allaitement.

Chez les femmes qui ne nourrissent pas, la sécrétion laiteuse dure quelquefois plusieurs mois, quoi qu'on fasse pour l'arrêter. On l'a vue s'établir en dehors de la grossesse, sous l'excitation du sein par un enfant.

2° ALLAITEMENT PAR UNE NOURRICE.

Si la mère ne peut pas nourrir, la meilleure décision à prendre dans l'intérêt du nouveau-né, c'est de le faire allaiter par une nourrice. Le médecin sera chargé du soin de choisir une femme qui ait les qualités requises. Lui seul pourra juger des conditions de santé que la nourrice présente et qu'elle doit posséder. On a vu trop souvent des maladies contagieuses pénétrer dans les familles par la voie de l'allaitement.

Voici le portrait d'une bonne nourrice : 25 à 30 ans, forte constitution, poitrine large, dents saines et non martelées, lèvres et teint colorés, seins coniques à mamelons nettement accusés, veines superficielles bien développées. Les seins arrondis avec aréoles très larges sont inférieurs aux précédents. Le lait doit être blanc, à léger reflet bleuâtre, d'une saveur sucrée et assez consistant pour former sur l'ongle une goutte solide.

Il faut exiger un certain embonpoint témoignant d'une bonne santé, une figure franche, ouverte, un caractère facile. On attachera une

certaine valeur à l'abondance ou à la rareté des cheveux dont la chute peut être liée à une maladie constitutionnelle. La nourrice n'aura pas au cou de cicatrices, indices d'accidents scrofuleux.

Ainsi qu'il a déjà été dit, le volume des seins n'a pas de signification. Mais il est de toute nécessité que les mamelons aient une certaine longueur et que le lait jaillisse avec facilité en jets minces et déliés. Si le mamelon est trop court et que le liquide ne s'écoule que goutte à goutte, l'enfant aura de la peine à téter; on voit souvent des éruptions d'aphthes qui n'ont pas d'autre cause.

Toutes choses égales, une nourrice ayant déjà été mère obtiendra la préférence. On sait à quoi s'en tenir sur son aptitude à nourrir, et sur les soins qu'elle est à même de donner à l'enfant.

Lorsqu'on veut retenir une nourrice d'avance, il faut choisir une femme qui accouche un mois ou deux avant la mère dont elle doit allaiter l'enfant. Elle aura le temps de se remettre complètement, et l'on pourra en outre s'assurer de ses qualités par l'état de son nourrisson.

Si l'on ne trouve qu'une nourrice ayant accouché depuis deux ou trois mois, il convient d'user de quelques précautions dans l'alimentation du nouveau-né. On commencera l'allaitement en donnant à l'enfant quelques cuillerées d'eau sucrée à côté des repas, et ce n'est que vers le sixième ou septième jour qu'il est entièrement remis à sa nourrice.

Il est une idée très répandue qui veut que le lait se rajeunisse, se rafraîchisse, chez une femme accouchée depuis plusieurs mois par l'allaitement d'un enfant nouveau-né. C'est une erreur basée sur une mauvaise appréciation d'un fait. L'engorgement des seins provient de ce que le nourrisson plus jeune mange moins que le précédent plus âgé. On ne doit donc pas croire à l'efficacité des moyens conseillés pour opérer ce prétendu rajeunissement de lait.

L'enfant consomme à peu près 50 grammes de colostrum le premier jour, mais à partir du cinquième il prend de 600 à 800 grammes jusqu'à la fin du quatrième mois; depuis cette époque la quantité de lait qu'il lui faut varie de 850 grammes à un litre dans les vingt-quatre heures. A chaque tétée l'enfant consomme de 80 à 150

grammes de lait; au-dessous de 80 grammes, l'alimentation est insuffisante. Pour se rendre compte dans les cas douteux de la quantité de lait ingéré, il n'y a qu'à peser l'enfant avant et après le repas.

Ceux-ci seront réglés ainsi que nous l'avons dit au chapitre précédent.

Il est expressément défendu à la nourrice de coucher l'enfant dans son lit. De funestes accidents sont résultés de cette manière de faire; des enfants ont péri étouffés. La nourrice couchera dans la chambre de la mère, ou tout au moins dans une pièce voisine d'une surveillance facile; elle aura un lit assez étroit pour qu'il lui soit impossible de placer l'enfant à ses côtés.

Il faut surveiller de près la nourrice, tout en lui témoignant de la bienveillance et de l'affection. La mère sera toujours présente à la toilette de son enfant, toilette que d'ailleurs elle pourra faire elle-même, ce qui vaut mieux.

Quand on n'est pas satisfait de la nourrice, il ne faut pas hésiter à la renvoyer. Le changement de nourrice n'exercera aucune influence sur la santé du nouveau-né, contrairement au préjugé.

Les différences entre le lait de bonnes nourrices ne sont jamais assez sensibles pour troubler le développement de l'enfant. Le seul ennui qui puisse résulter de ce changement, c'est que dans certains cas l'enfant ne voudra pas tout d'abord prendre le nouveau sein; on le décidera en le faisant jeûner quelque peu, et aussi en lui donnant à manger dans l'obscurité.

Une nourrice qui aura au sein des crevasses profondes sera de suite remplacée. Ces crevasses sont presque toujours l'indice d'un mauvais lait, plus ou moins pauvre, peu abondant et sortant avec peine. Par les douleurs qu'elles occasionnent elles augmentent les difficultés de l'allaitement.

Au point de vue de l'alimentation, tout se réduit pour la nourrice, comme pour chacun, à bien digérer ce qu'elle mange. Il faut éviter de lui changer brusquement le régime auquel elle est habituée, car on pourrait tarir son lait, ou du moins l'altérer et le diminuer. Les aliments qui composaient sa nourriture ordinaire sont ceux qui lui conviennent.

Ce qui inquiète souvent les mères et ce qui les empêche de remettre leur enfant à une étrangère, c'est la crainte qu'il n'hérite des qualités intellectuelles ou morales de sa nourrice; cette idée ne repose sur aucun fait; et ce qu'il y a de très singulier, c'est que ces mêmes personnes n'auront aucune répugnance à nourrir le nouveau-né avec du lait de vache ou de tel autre animal.

Disons quelques mots sur la conduite à tenir suivant que la nourrice demeure chez les parents ou qu'elle reste chez elle.

Pour allaiter chez les parents, on préfère en général une nourrice mariée à une fille; on trouve chez la première plus de garantie d'ordre et de moralité. En revanche, elle est plus disposée à quitter la maison pour rejoindre son ménage. Cet inconvénient ne se rencontre pas chez une personne non mariée, toujours heureuse de quitter ses parents, son village, et qui fera son possible pour qu'on la garde longtemps.

Quelle que soit la personne qu'on ait, il faut s'efforcer de capter sa confiance, de lui montrer de l'intérêt et de surveiller sa santé. Il en est qui cachent leurs indispositions dans la crainte d'être renvoyées. On doit les rassurer à cet égard afin qu'elles soient sincères.

Il faut prendre garde que la nourrice ne donne pas trop souvent le sein et qu'elle suive les règles que nous avons indiquées touchant le nombre et la régularité des repas. Il en est qui sont infatigables sous ce rapport, croyant témoigner d'un véritable amour pour l'enfant en le faisant manger à chaque instant. Il en résulte du malaise pour le nouveau-né qui ne se développe pas, rejette, et fort souvent a de la diarrhée, accidents dus à un excès de nourriture. On s'opposera à cette manière d'agir, tout en tâchant d'en expliquer le motif.

La nourrice habituée à vivre à la campagne se promènera plusieurs fois par jour avec l'enfant; sa santé, par conséquent son lait, s'en trouvera bien. Il convient de l'occuper dans la maison à de petits soins de ménage; c'est elle, par exemple, qui entretiendra les objets de toilette de son nourrisson.

Elle se couche à son heure habituelle et se lève de bonne heure. On veille à ce qu'elle soit de la plus grande propreté.

Il est peu de médecins partisans des nourrices allaitant chez elles. Cet exil de l'enfant loin des parents offre de nombreux inconvénients et même des dangers.

Lorsqu'on se décide à mettre le nouveau-né en nourrice, on choisit tout d'abord une contrée salubre, où ne règne aucune maladie, aucune épidémie. La nourrice devra être mariée et dans l'aisance. Elle offrira toutes les garanties possibles de douceur et de moralité. Il est bon qu'elle n'ait pas plusieurs enfants encore en bas âge, réclamant ses soins, car elle n'aurait pas le temps de s'occuper de celui qu'on lui confie; il est préférable aussi que la famille ne soit pas trop nombreuse et entassée dans des chambres étroites.

Quant à la profession des gens chez lesquels on place le nourrisson, il y a grand avantage à ce qu'ils soient agriculteurs, à ce qu'ils possèdent une vache; en effet, si le lait de la nourrice venait à diminuer, l'enfant recevra en lait un complément de nourriture. Dans un ménage d'ouvriers, au contraire, si la mère est indisposée, si les seins ne secrètent pas assez, on fera pour l'enfant d'indigestes bouillies, et souvent même on le nourrira de la soupe du dîner commun. En outre, d'une manière générale, il y a plus d'aisance et de bien-être chez le campagnard, dans notre pays du moins, que chez l'ouvrier de la ville.

Si l'on exige d'une nourrice placée chez les parents qu'elle soit récemment accouchée, il vaut au contraire mieux que la femme qui allaite chez elle relève de couches depuis quelque temps déjà, trois ou quatre mois par exemple; elle est alors plus disposée à sevrer son propre enfant, et il est désirable qu'elle le fasse, car il n'est pas commun de trouver des personnes ayant assez de lait pour suffire à deux nourrissons.

La nourrice habitera une localité voisine de celle où se trouvent les parents, qui exerceront sur elle une surveillance efficace. A leurs visites imprévisibles, ils examineront si l'enfant est bien tenu, et constateront son degré de prospérité.

Il ne faut jamais se fier aveuglément aux nourrices. C'est le désir de gagner quelque argent qui les engage à prendre un enfant; or il en est qui par amour du gain feront tout pour économiser et pour

garder leur nourrisson le plus longtemps possible. Sont-elles malades, n'ont-elles pas de lait? Elles se gardent d'en avertir les parents; l'enfant végète, dépérit.

Il est d'autres femmes qui s'attachent à leurs nourrissons et qui voient en lui autre chose qu'une source de revenu. Si elles soignent mal l'enfant, c'est par ignorance, par négligence habituelle, nonchalance et paresse.

3° ALLAITEMENT PAR UN ANIMAL.

Ce mode d'allaitement n'est guère usité chez nous. Il pourrait cependant rendre de grands services.

Eu égard à la composition du lait, c'est l'ânesse qu'il faudrait choisir; mais cela ne se peut à cause de la taille et du caractère de l'animal. C'est la chèvre qu'on préfère pour cet usage, à cause de la forme de ses trayons, et parce que, d'un naturel intelligent, elle se dresse facilement à remplir les fonctions de nourrice. Il faut une chèvre jeune, d'un caractère doux, qui ait récemment mis bas et qui ne soit pas à sa première portée; dans ce dernier cas le lait est moins abondant et tarit plus tôt. On choisira de préférence une chèvre blanche, dont le lait a, dit-on, moins que celui des animaux de couleur, ce goût caractéristique qui répugne souvent. Elle n'aura pas de cornes afin de ne pas pouvoir blesser l'enfant.

La nourriture de l'animal consistera en fourrages verts et en carottes, régime qui rend le lait plus digestible et plus léger. La chèvre broutera si la saison le permet. Elle sera tenue avec la plus grande propreté, et l'on s'efforcera de la rendre familière par de bons traitements.

Pour prendre ses repas, l'enfant est couché dans un berceau placé sur le sol, de telle sorte que les trayons de l'animal arrivent avec facilité dans la bouche. Le nouveau-né s'accoutumera très vite à ce genre d'alimentation.

L'allaitement par un animal a donné d'excellents résultats dans

les cas où son application a été possible. Ce serait chez nous une ressource qu'il ne faudrait pas dédaigner et dont l'emploi mériterait d'être généralisé dans certaines circonstances, à la campagne, par exemple.

4° ALLAITEMENT ARTIFICIEL.

Désastreux dans les hospices consacrés aux nouveau-nés, funeste dans les grandes villes, proscrit par la plupart des médecins et condamné par les résultats de la statistique, l'allaitement artificiel, s'il est dirigé avec une sollicitude de tous les instants et le concours de bonnes conditions hygiéniques, peut réussir dans l'intérieur des familles et particulièrement à la campagne; la réussite en est plus assurée s'il succède à un allaitement naturel de quelques semaines; mieux vaut aussi le faire alterner avec un allaitement, même précaire, que de l'employer d'une manière exclusive.

Les enfants allaités au biberon supportent fort mal les maladies du jeune âge, auxquelles ils sont plus sujets que les autres. La diarrhée, les vomissements en font périr un grand nombre pendant les chaleurs de l'été. C'est alors qu'on voit des nouveau-nés perdre en vingt-quatre heures tout le poids acquis pour revenir à ce qu'ils étaient le jour de la naissance.

La sage-femme signalera les dangers de ce mode d'alimentation, surtout lorsqu'il y a des doutes sur l'existence d'un vice héréditaire, d'une maladie de famille, que l'enfant est chétif ou qu'il est né avant terme.

Si, malgré ses instances, la famille passe outre, elle doit par ses conseils atténuer le mal en indiquant la marche à suivre pour avoir le plus de chances de succès.

On parvient à diminuer les tristes conséquences de ce genre d'alimentation en donnant le sein à l'enfant pendant un mois ou deux; on augmente ainsi la vigueur et la force de résistance du nouveau-né; c'est ce qui arrive, par exemple, lorsqu'on se décide à nourrir

à la bouteille en cas de maladie de la mère qui force à suspendre l'allaitement commencé.

On corrige aussi les inconvénients du biberon en faisant téter l'enfant une ou deux fois par jour, en s'adressant à la complaisance d'une femme ayant assez de lait. Après un accouchement de jumeaux, la mère ne suffisant pas à ses deux enfants, est obligée de recourir au biberon comme supplément de nourriture; cette alimentation mixte, comme on l'appelle, est beaucoup moins grave dans ses résultats.

C'est à la campagne que l'allaitement artificiel peut le mieux réussir. Les poumons de l'enfant aspirent un air plus vivifiant, et son estomac reçoit un aliment bien meilleur qu'à la ville, où les difficultés de se procurer du bon lait sont extrêmes.

A la campagne, on le prend quand il sort de la vache; à la ville, lorsqu'on le reçoit, il éprouve un commencement de décomposition. La séparation de la crème est déjà un signe de son altération; ce n'est pas du lait vivant, c'est du lait mort, qui subit les influences extérieures et se désagrège; on pourra le chauffer, mais on ne lui rendra ni sa chaleur vitale, ni les propriétés d'un liquide vivant.

Comment doit-on procéder à l'allaitement artificiel?

Le lait qu'on devrait préférer serait celui d'ânesse; mais il est rare et cher. Nous avons vu que c'est ce lait qui se rapproche le plus, par sa composition, de celui de la femme; il se digère facilement, aussi est-ce pour cela qu'on le prescrit à certains malades convalescents. Ce lait, se prêtant mieux aux exigences de notre organisation, conviendrait surtout à l'enfant, qui n'aurait pas de peine à l'assimiler. Mais le lait de vache, d'un usage domestique journalier, est facile à trouver; c'est donc celui qu'on emploie.

Le lait qu'on achète en ville est dans la règle le produit mélangé de toutes les bêtes d'un étable. Un bidon spécial est bien remis au laitier, mais celui-ci, désireux de simplifier sa besogne, remplit le plus souvent l'ustensile avec le lait commun. Or, il suffit qu'on mélange les traites de plusieurs vaches pour que le lait soit indigeste. Il faut s'en tenir au lait d'une seule vache, convenablement nourrie et en bonne santé.

Le régime de l'animal consistera en fourrages verts; on lui donnera dans la mauvaise saison des carottes, des betteraves.

Il est sage de prendre le lait aux deux traites du matin et du soir, et de se réserver en tout cas les premières portions du liquide. On sait que le lait de première traite est plus léger. Quand on allaite un enfant dans une maison où se trouve une vache, il est avantageux de traire pour chaque repas la quantité de lait nécessaire.

Jamais le lait ne doit être bouilli, car alors il perd son goût naturel et l'air qu'il contient, ce qui le rend d'une digestion plus difficile. Par la cuisson, il se forme une *peau* qui n'est autre que la caséine, substance nutritive d'une grande importance. On ne saurait donc que blâmer les personnes qui font cuire le lait destiné à l'alimentation d'un nouveau-né. Il faut simplement le chauffer au bain-marie, c'est-à-dire mettre la bouteille qui le contient dans un vase d'eau très chaude, jusqu'à ce que le lait ait acquis le degré de chaleur convenable, ce dont on s'assure en le goûtant. Au thermomètre, le lait marquera 37 à 38 degrés centigrades.

Comme le lait de vache est beaucoup plus substantiel qu'il ne convient, on l'étendra de préférence avec de l'eau; cependant on pourra se servir aussi d'eau d'orge, qui s'obtient en faisant cuire pendant une demi-heure une cuillerée à soupe d'orge dans un pot d'eau. Si l'enfant a le ventre tendu, ballonné, l'emploi d'une légère infusion de camomilles peut être indiqué. En tout cas, si l'on se sert d'une infusion, elle sera toujours chauffée seule et à part; elle n'est mêlée au lait qu'au moment des repas, car ces tisanes l'altèrent promptement.

Dans le cas où l'enfant souffrirait de constipation, le lait peut être coupé avec du bouillon de veau ou de poulet. Toutefois, qu'on se rappelle que les bouillons donnés prématurément aux nouveau-nés sont une cause fréquente de rachitisme.

Le lait de femme étant plus sucré que celui de vache, il faut ajouter à ce dernier un peu de sucre blanc, une très petite quantité seulement.

Voici quelles sont les proportions d'eau et de sucre qui, mélan-

gées au lait de vache, en font un liquide se rapprochant du lait de femme : un quart ou un tiers d'eau et un vingt-cinquième en poids de sucre. On peut donner ce mélange dès le début. Au quatrième, au cinquième, au sixième mois, en se guidant sur l'état de l'enfant, le lait se donne pur.

La quantité de cette nourriture à donner au nouveau-né, suivant son âge, est d'un demi-litre à un litre dans les vingt-quatre heures, en repas de cent grammes chacun. La plupart des enfants consomment, à trois mois, deux tiers de litre par jour.

Connaissant la quantité de lait suffisante à chaque repas, on doit diviser de suite le lait reçu en autant de petits pots que l'enfant mange de fois.

Si l'aliment à donner à l'enfant est la chose essentielle, la manière de le lui faire prendre n'est cependant pas sans importance.

C'est toujours la même personne qui doit donner à manger au nouveau-né et qui prendra à elle seule la responsabilité de son alimentation. La mère, si possible, se chargera de ce soin ; elle seule saura pousser la propreté jusqu'à l'excès, et mettre dans les repas cette régularité si nécessaire à la santé de son enfant.

Il est de toute nécessité que le nouveau-né soit nourri à la bouteille et non à la cuiller, car la succion a pour effet de développer les muscles en exigeant un certain effort ; on ne se départira de cette règle que dans les cas de difformité (bec-de-lièvre, division du palais).

Il y a de nombreuses variétés de biberons. L'essentiel dans la composition de ces instruments c'est qu'ils soient simples et d'un entretien facile. Chacun choisit suivant les moyens de sa bourse. Disons toutefois que le biberon qui se répand chez nous est loin d'être salubre à l'enfant ; il se compose d'un long tuyau en caoutchouc qui aboutit par l'intermédiaire d'un tube en os ou en ivoire au fond de la bouteille où se trouve le lait ; il est très commode pour les bonnes qui placent l'appareil à côté de l'enfant ; celui-ci tète à son aise ; on est sûr qu'il ne sucera pas à vide. Les avantages de ce biberon représentent ses inconvénients. On ne surveille pas le nourrisson qui mange, s'endort et se remet à manger du lait re-

froidi et quelquefois aigri ; le lait stationne dans le tuyau de caoutchouc et contracte un mauvais goût ; de plus la longueur du repas fait que l'estomac fonctionne presque sans interruption.

Ce qui est à conseiller, c'est une fiole à potion de la contenance de six onces à peu près ; on adopte à son cou une coiffe en caoutchouc qui se trouve chez les pharmaciens. Ces bouts trempés dans l'eau fraîche dans l'intervalle des repas se maintiennent très propres.

Il n'en est pas de même de ces morceaux d'éponge taillée et placés dans la bouteille en guise de bouchon ; quelque soin qu'on y mette, ils contractent un goût aigre et désagréable. Dès que l'enfant a fini de manger, la bouteille sera nettoyée à grande eau.

Il faut prendre garde que le lait ne coule pas trop vite dans la bouche de l'enfant. La fiole doit aussi être tenue de telle sorte que son goulot soit toujours rempli par le liquide ; sans cette petite précaution, le nourrisson avalerait de l'air à chaque gorgée, ce qui gênerait sa digestion en distendant son estomac.

En résumé :

1° On doit prendre le lait du même animal bien portant, convenablement nourri et soigné.

2° Le lait sera de première traite et non bouilli, mais chauffé au bain-marie, à la température du lait de femme. Il sera coupé d'un tiers ou d'un quart d'eau et faiblement sucré.

3° La quantité du mélange est en moyenne de 100 grammes par repas, ceux-ci étant au nombre de huit à dix par vingt-quatre heures.

A l'âge de six mois, on commencera à donner à l'enfant une petite soupe au lait et à la farine de froment, soit encore des panades faites avec de la mie de pain séchée au four, pulvérisée et cuite en consistance de gelée, passée au tamis et sucrée légèrement.

Il ne faut pas avant cet âge commencer l'emploi des farineux ; la digestion des féculs commence en effet dans la bouche sous l'action de la salive ; or, les glandes salivaires ne sont formées et ne commencent par conséquent à fonctionner qu'à cinq ou six mois.

Tels sont les préceptes à suivre dans l'allaitement artificiel.

DENTITION

Il y a trois sortes de dents : les *incisives*, appelées grandes, petites, médiocres, latérales, placées au devant de la bouche, quatre en haut, quatre en bas, plates et tranchantes ; les *canines*, improprement nommées dents de l'œil, fortes, coniques, placées deux en

haut, deux en bas ; les *molaires*, appelées petites, grandes, fausses, vraies, fortes, dents carrées, placées derrière les canines, quatre en haut, quatre en bas, jusqu'à deux ans ; dès lors six en haut, six en bas pendant quelques années ; plus tard, chez les adultes, dix en haut, dix en bas, les dernières venues sont appelées dents de sagesse, peut-être parce qu'elles se font attendre le plus longtemps, sont mal enracinées et s'altèrent facilement.

Les dents commencent à se développer au quatrième et au cinquième mois de la vie intra-utérine dans les *alvéoles* des mâchoires ; tandis qu'à la naissance la couronne des incisives est presque terminée, les autres dents ne sont que rudimentaires.

L'évolution ultérieure des dents s'appelle *dentition*, distinguée en première et seconde.

Dans la *première*, à trois mois généralement la gencive se double, c'est-à-dire s'élargit, en formant un bourrelet, qui s'étale peu à peu et disparaît. L'on voit poindre de petites saillies blanchâtres sur la gencive qui s'amincit, pâlit et livre passage à une dent, puis à d'autres. Dès lors, elles apparaissent par groupes qui se présentent assez régulièrement comme suit :

- 1° Les deux incisives médianes inférieures ;
- 2° Les quatre incisives supérieures médianes et latérales ;
- 3° Les deux incisives latérales inférieures et les quatre premières molaires, une de chaque côté, en bas et en haut ;
- 4° Les quatre canines ;
- 5° Les troisièmes molaires de chaque côté, en haut et en bas.

D'une manière générale, l'apparition du premier groupe a lieu du sixième au neuvième mois, mais il y a de nombreuses exceptions à cette règle. Chez quelques enfants, surtout chez les filles, la sortie des dents est plus précoce; chez un plus grand nombre elle est tardive. Parfois les incisives médianes supérieures sortent les premières, parfois les petites molaires précèdent les incisives latérales inférieures.

Cette évolution se fait toujours cependant de telle sorte qu'à dix mois un enfant bien constitué a six dents; qu'à un an il en a généralement seize, huit incisives, quatre canines, quatre molaires; la première dentition est complète.

Ces premières dents, complètes à 2 ans ou 2 1/2 ans, doivent tomber pour être remplacées, elles se nomment dents de lait, dents primitives, dents temporaires. A la fin de la quatrième année, il sort à chaque mâchoire deux nouvelles molaires permanentes, qui sont plus tard les premières grosses molaires. — La *seconde dentition* a lieu vers l'âge de 7 ans: les racines des dents de lait disparaissent peu à peu, puis leur couronne tombe et les dents sont remplacées successivement, à peu près dans le même ordre qu'à la première dentition: De 7 à 9 ans, toutes les incisives sont remplacées; vers 10 ans paraît la première petite molaire, puis la canine secondaire, puis la deuxième molaire. Jusqu'à 11 ans sortent les premières grosses molaires (dents de vigueur), enfin les dernières, de 16 à 25 ans, ou même plus tard.

L'évolution dentaire varie avec chaque enfant et est en rapport direct avec la vigueur et la santé du nourrisson; en revanche, une maladie, une mauvaise alimentation, l'allaitement artificiel négligé, l'hérédité gâtent déjà les dents dans leurs germes.

Il est rare que les dents apparaissent sans avoir procuré quelque malaise local ou général; la sortie de quelques-unes, par exemple des canines, pressées entre les incisives et les molaires, peut être particulièrement douloureuse. Cependant l'ignorance et une sollicitude mal entendue ont entretenu bien des préjugés sur les dangers de la dentition.

SEVRAGE

Le sevrage est une cause fréquente de maladies.

Le changement dans l'alimentation altère la santé des nouveaux-nés. On préparera donc quelque temps à l'avance l'enfant au nouveau régime qu'il doit subir, tout en se rappelant la funeste influence d'une alimentation prématurée, c'est-à-dire disproportionnée à l'âge des enfants et trop substantielle.

C'est dans ce but qu'à partir de l'âge de six mois, au plus tôt, on ajoute au lait maternel, à celui de la nourrice, de petits potages au lait.

Mais on doit bien se garder d'en abuser et de forcer les enfants à les prendre contre leur gré; ce n'est qu'un moyen transitoire entre l'allaitement et le sevrage.

Il semblerait que l'époque naturelle du sevrage soit la fin de la première dentition, alors que l'enfant peut mâcher des aliments solides; il n'en est rien cependant.

Si le sevrage prématuré est nuisible par l'introduction dans les voies digestives d'aliments que l'enfant ne peut digérer, un sevrage tardif arrête son développement et ses chairs restent molles et flasques.

L'enfant bien portant peut quitter le sein lorsqu'il a ses dents incisives. C'est le moment qu'on choisit chez nous d'habitude, et c'est aussi le meilleur.

L'époque du sevrage dépend d'ailleurs de la santé de la mère et de celle du nourrisson. Tant qu'ils se portent bien tous deux, que le lait maternel suffit ou que la nourriture supplémentaire est bien supportée par l'enfant, qui devient vigoureux, on peut continuer à donner le sein.

Mais si la mère est fatiguée, elle suspendra l'allaitement. On donnera le biberon avec les précautions indiquées jusqu'au sevrage

définitif, lequel n'est résolu que si l'enfant est bien portant. L'enfant faible et délicat doit être allaité plus longtemps; lorsqu'il est malade et surtout atteint de diarrhée, il faut se garder de le priver du lait de sa nourrice.

L'allaitement trop prolongé peut épuiser la mère, sans avantage pour l'enfant.

Le choix de la saison n'est pas indifférent. Il convient mieux de sevrer au printemps ou en hiver, car les chaleurs exposent les nourrissons à la diarrhée, accident grave qui se développe d'autant plus facilement qu'on prive les enfants de leur nourriture habituelle. Il ne faut pas oublier que l'alimentation de la vache, variant avec les saisons, doit être prise en considération.

Le moment choisi, il faut confier si possible l'enfant à une autre personne que la mère; on commence par le priver du sein pendant la nuit, en même temps qu'on diminue l'allaitement pendant le jour. On remplace les repas dont il est privé par des soupes féculentes, par des œufs frais, de petits morceaux de viande rôtie, tout en conservant toujours une suffisante quantité de lait.

L'enfant ne doit pas recevoir trop d'aliments, car l'excès dans la nourriture est aussi préjudiciable que l'inverse.

Si, le sevrage effectué, l'enfant est pris de diarrhée, s'il devient malade, le meilleur et souvent l'unique remède consiste à lui rendre le sein. On se gardera de lui donner de l'huile de ricin, comme c'est la coutume. Les nourrices qui cessent d'allaiter diminueront la quantité de leurs aliments. La sécrétion du lait se tarit d'elle-même, ainsi que cela se passe chez les animaux. Le sein n'étant plus excité par la succion, la glande mammaire cesse de fonctionner. Si toutefois elles veulent prendre un léger laxatif, elles peuvent y avoir recours, pourvu qu'il n'en soit pas fait abus.

HYGIÈNE DES NOUVEAU-NÉS

L'hygiène de l'enfance comprend l'étude et le choix des moyens d'entretenir et d'améliorer la santé des nouveau-nés. C'est par la respiration et l'alimentation que l'enfant se développe. Il importe donc qu'il ait un air pur et une nourriture appropriée à ses organes.

1^o L'air est la première source de la force vitale du nouveau-né, dont la respiration est excessivement active. Il importe donc que la chambre qu'il occupe soit bien aérée et proprement tenue; on se gardera d'y laisser des amas de linges sales, qui seront toujours immédiatement enlevés. Il ne faut pas non plus en faire une chambre à lessive et sécher les vêtements lavés sur des cordages ou devant le feu. On n'y tiendra pas de fleurs, dont le parfum est souvent incommode et même dangereux. Il n'y aura pas trop de lampes, de bougies, de chandelles, qui vicient l'air et brûlent aux dépens de l'atmosphère.

L'air confiné est fatal aux enfants; on ouvrira donc les fenêtres chaque jour aussi longtemps et aussi souvent que la saison le permet. En hiver, on le fera en l'absence de l'enfant, au moins deux fois dans la journée, matin et soir.

La température de la chambre, loin d'être élevée, sera douce et agréable.

Où le soleil ne pénètre pas, le médecin entre souvent, dit un proverbe. C'est surtout vrai pour ce qui concerne les enfants. Pareils aux plantes qui blanchissent et perdent toute vigueur dans l'obscurité, les nouveau-nés s'étiolent et pâlissent à l'abri de la lumière; leur développement s'arrête, leurs chairs restent molles, ils sont maigres, débiles et deviennent scrofuleux et rachitiques. Prodiguez aux enfants l'air et le soleil, l'air pur et la lumière, ces toniques si puissants qui ne coûtent ni peine ni argent.

Avec les précautions convenables contre la viracité de l'air et de

la lumière, on peut sortir l'enfant dès la seconde semaine. Il fera une promenade d'une heure ou deux le matin, et de deux ou trois heures l'après-midi. Ce sera une règle pour chaque jour, à moins que le temps ne soit froid, humide, ou qu'il y règne un fort vent.

Dans les ménages qui habitent un appartement mal éclairé et peu aéré, dans quelque rue étroite et sombre, il est bon de prolonger autant que possible le séjour des enfants au grand air. Et qu'on ne craigne pas de mettre les nourrissons au soleil, pourvu qu'on garantisse leur tête contre ses rayons trop directs.

Chez nos paysans, où l'air est toujours vicié par de nombreuses personnes ou un poêle surchauffé, qu'on se rappelle que ni le régime, ni les remèdes, ne peuvent compenser le manque d'air et de soleil.

2^o De l'aliment vient la vigueur du corps; de lui vient aussi la maladie. Les organes de la digestion sont ceux qui chez l'enfant s'affectent le plus souvent; cela dépend d'un régime trop copieux et trop consistant. Il est des parents qui veulent que l'enfant mange de tout pour lui faire un bon estomac, ce qui est très préjudiciable à la santé du nouveau-né. On croit que plus il mange, plus il devient vigoureux; grave erreur, car on ne peut sans danger accélérer le développement d'organes dont l'accroissement a une durée fixe pour chaque espèce animale.

Nous avons déjà suffisamment insisté sur l'heureuse influence d'une alimentation rationnelle, et sur les périls auxquels la vie de l'enfant est exposée par une nourriture disproportionnée à son estomac, à ses intestins, soit par la qualité, soit par la quantité.

Nous nous bornons à rappeler que le lait de la mère est le seul aliment convenable et naturel du nouveau-né; à défaut du lait maternel, il faut recourir à l'intervention d'une nourrice, ou bien au lait d'un animal; ce lait se digère mieux et profitera davantage s'il possède encore sa chaleur vitale.

L'alimentation prématurée, c'est-à-dire l'introduction dans le régime du nouveau-né d'aliments qui ne conviennent qu'à des enfants déjà d'un certain âge, à des adultes, doit être également sévèrement défendue. Les soupes, le pain, la viande, irritent et fatiguent

les organes digestifs du nouveau-né; cette manière de faire amène la diarrhée, des vomissements, des affections plus ou moins sérieuses de l'estomac et des intestins.

Les pâtisseries doivent être bannies du régime des enfants. Ces pâtisseries contiennent du beurre souvent aigre, des œufs qui ne sont pas frais, et dont le goût douteux est masqué par des aromates divers; toutes ces pâtisseries sont de difficile digestion. A volume égal, un morceau de pain se digère plus facilement qu'un biscuit; quoiqu'au premier abord ce dernier paraisse plus léger.

Il est des personnes assez dépourvues de bon sens, qui, pour empêcher l'enfant de crier, lui mettent dans la bouche ce qu'on appelle des suçons, c'est-à-dire un petit sac de mousseline renfermant du sucre et du pain; c'est une pratique détestable, pernicieuse, parce qu'elle épuise les enfants et leur fait perdre l'appétit.

Aussitôt qu'un enfant a la diarrhée, le premier moyen qu'on emploie chez nous pour l'arrêter, c'est l'huile de ricin! Cette conduite est aussi dangereuse qu'absurde. Voici, au contraire, comment il faut procéder. On s'enquiert tout d'abord de la cause de la diarrhée, cause qui n'est que trop souvent un excès de nourriture, ou bien aussi l'ingestion d'aliments mal préparés, de mauvaise qualité, et n'étant pas en rapport avec la force digestive de l'intestin de l'enfant. On se bornera dans ce cas à mettre le malade à la diète; on donnera comme boisson de l'eau pure ou une infusion aromatique légère de camomilles, par exemple. Si la diarrhée continue au-delà de *vingt-quatre* heures, on prévient le médecin, qui sera appelé plus tôt s'il y a des vomissements.

3^o La propreté du corps est une condition indispensable de santé, aussi bien, et plus encore, pour le nouveau-né que pour l'adulte. La peau remplit en effet des fonctions importantes; elle élimine par la transpiration certains produits inutiles de l'organisme. Il faut pour cela que la saleté ne la rende pas trop imperméable, et que la matière grasse que le nouveau-né sécrète en si grande abondance soit enlevée par des lavages suffisants.

Rien n'égale les bains pour entretenir la propreté. Ces bains seront de courte durée, de quelques minutes seulement, et l'eau sera

plutôt fraîche que chaude à la peau : leur température doit être de 29 à 30 centigrades. On éponge l'enfant avec soin partout, puis on l'essuie en le frictionnant légèrement pour stimuler la réaction avec un linge bien sec. Après cela on saupoudre tous les plis du corps avec de la poudre de hycopode ou de riz, qui prévient les excoriations.

Il est très avantageux d'habituer les enfants à se baigner, car lorsqu'ils sont malades et qu'il y a indication de leur donner un bain, on peut le faire sans crainte de les effrayer.

C'est ici le lieu de signaler le stupide préjugé qui veut que la calotte de crasse qu'on laisse accumuler sur la tête des enfants leur soit salutaire. Au dire de certaines personnes, aussi ignorantes que malpropres, cette couche de saleté préserverait le cerveau, garantirait les yeux, empêcherait mainte maladie. Il n'en est rien. Cette crasse sert de refuge à de nombreux parasites, elle empêche l'évaporation cutanée si active à la tête, nuit énormément à la croissance des cheveux et par la mauvaise odeur qu'elle exhale, entretient autour de l'enfant une atmosphère infecte. Toute mère soigneuse nettoiera avec soin la tête de son enfant; cette saleté s'en va très facilement à l'aide d'onctions huileuses et de quelques coups d'une brosse qui ne soit pas trop rude.

Les vêtements du nouveau-né doivent être simples, amples et propres. Ils ne doivent pas entraver la liberté des mouvements. Il est encore des personnes (leur nombre diminue heureusement tous les jours) qui emmaillottent l'enfant de telle sorte qu'il ne peut remuer les jambes, et que ses bras sont serrés contre son corps. Outre qu'il est cruel de lier un enfant de telle sorte qu'il ne puisse exécuter le moindre mouvement, ce procédé a le grave inconvénient de gêner la respiration en serrant la poitrine, et la circulation en comprimant les membres qui sont condamnés à l'immobilité. Chacun sait par expérience l'impression désagréable qu'on éprouve dans une jambe ou dans un bras qui ne peut remuer. Une sage-femme instruite et pourvue de bon sens repoussera l'emploi du maillot. Les enfants doivent être vêtus d'une chemise en toile fine ou en coton, ouverte en arrière et descendant jusqu'au voisinage des hanches, et d'une brassière de laine ou de coton, ouverte aussi en arrière; toutes les

deux seront pourvues de cordons, il ne faut jamais se servir d'épingles, qui pourraient s'implanter dans la peau du nouveau-né. Une toile usée ayant la forme d'un triangle enveloppe le reste du corps; la pointe du triangle est ramenée en avant entre les jambes, qu'elle isole l'une de l'autre. L'enfant est enveloppé d'un lange de toile et d'un second de laine, maintenus autour du corps par une large bande tricotée, légèrement appliquée; la partie flottante des langes est relevée et fixée à la bande. La tête sera recouverte d'un bonnet simple et suffisamment large pour ne pas la comprimer. On fera bien de supprimer tous ces rubans flottants, ces cocardes, qui n'ont d'autres résultats que d'inquiéter l'enfant et pourraient provoquer le strabisme.

Il ne faut pas, par négligence, par paresse, laisser l'enfant dans des linges imprégnés de déjections; cela amène rapidement des éruptions, des excoriations, que l'on évite par une extrême propreté. En outre, l'enfant trouve une distraction à être déshabillé, approprié; pendant ce temps, il s'agite et prend un peu de mouvement.

Il est d'ailleurs nécessaire d'habituer de bonne heure les enfants à la propreté. Il n'est pas très rare d'en voir qui, à l'âge de trois mois, savent déjà bien se comporter. Il faut les mettre sur le vase, et au contact de celui-ci, ils finissent par savoir ce qu'on exige d'eux.

Le berceau ne doit pas être déposé sur le plancher; il faut qu'il ait une certaine élévation. On ne le placera pas près d'une porte, d'un poêle ou d'une lumière vive; s'il est vers une fenêtre, il faut que l'enfant ait le jour à dos. Il sera muni d'une paille garnie de balle d'avoine ou bien de fougère. Les couvertures seront légères, et l'on se rappellera que les rideaux n'ont d'autre but que de mettre l'enfant à l'abri des courants d'air; l'espace qu'ils circonscrivent doit être assez vaste pour que l'enfant puisse bien respirer, et leur écartement sera suffisant pour permettre le renouvellement de l'air.

On peut recommander de mettre l'enfant, fort peu habillé, dans

du gros son, souvent aéré. Une bouteille d'eau donne la chaleur convenable. L'humidité et autres déjections grippent le son en boules, qu'on jette; la couche reste propre et inodore.

Le nourrisson dort continuellement pendant les premières semaines et ne s'éveille que pour manger. Plus tard, il fait deux sommeils dans la journée, puis un seul, et vers l'âge de dix-huit à vingt mois, on arrive à le priver de son repos du jour.

Les jeunes mères ont souvent la fâcheuse pratique de bercer ou d'endormir leur enfant dans leurs bras ou sur leurs genoux. Il arrive alors qu'il prend cette habitude et qu'il ne veut plus s'endormir dans son berceau. Ces exigences sont une cause de fatigue extrême pour la mère et de malaise pour l'enfant, qui dort mal et se réveille en poussant des cris qu'on n'apaise qu'en le prenant ou bien en le berçant de nouveau.

On prévient ces ennuis en donnant la bonne habitude au nouveau-né de s'endormir seul dès le premier jour dans son berceau.

On portera l'enfant alternativement sur chaque bras, afin de ne pas gêner le développement symétrique des deux moitiés latérales du corps. Les chars pourvus d'une large corbeille en osier serré, ou d'une caisse spacieuse en bois, étaient bien plus pratiques, bien plus commodes pour l'enfant que ces chariots à trois roues, ces poussettes, comme on les appelle, qu'on emploie aujourd'hui. Dans les poussettes, en effet, les enfants sont mal appuyés, et on les voit trop souvent pliés en deux, maintenus dans leur sommeil par une courroie qui fait le tour de la ceinture. Ils y ont froid et de plus ils sont horriblement cahotés, ce qui ne peut manquer d'avoir une influence fâcheuse sur le cerveau si peu consistant du nouveau-né. Ces poussettes, excessivement légères, vont partout, ce qui fait que l'enfant se trouve secoué dans toutes les situations imaginables, et traîné sur les pentes les plus raides et sur les plus mauvais sentiers par les imprudentes personnes qui les promènent. Dans les chars, au contraire, l'enfant bien couché sur un coussin a de la place pour s'ébattre, il s'y repose à son aise et jouit sans fatigue de la promenade. Il serait à désirer qu'on revint à ce moyen de transport.

A la naissance, les muscles sont pâles, minces et mous, les os

en grande partie cartilagineux; aussi les nouveau-nés ne peuvent marcher. C'est seulement à quatre ou cinq mois que les enfants se soutiennent eux-mêmes, et ce n'est qu'à douze ou quinze mois qu'ils commencent à marcher seuls. Jusqu'à ce moment, on se contentera de les laisser s'agiter à l'aise sur une natte ou sur un tapis; les efforts qu'ils font exercent tous leurs muscles.

Il faut s'abstenir d'exciter à la marche des enfants qui ne peuvent encore se tenir debout; la déviation du genou, celle de l'articulation du pied pourraient en être la conséquence. On ne les suspendra point par les bras à l'aide de lisières, qui étreignent la poitrine, relèvent les épaules et compriment les nerfs et les vaisseaux axillaires.

Comme on le voit, l'hygiène consiste à ne pas s'éloigner des lois fixées par la nature.

PRINCIPALES MALADIES DES NOUVEAU-NÉS

Les maladies des enfants peuvent se développer avant la naissance; elles peuvent être causées par quelque accident pendant l'accouchement, ou enfin se déclarer seulement après la naissance; nous étudierons séparément ces trois classes de maladies ou d'accidents.

ETATS MALADIFS DÉVELOPPÉS PENDANT LA GROSSESSE

FAIBLESSE DE NAISSANCE

Certains enfants viennent au monde si chétifs et dans un tel état de faiblesse qu'on a beaucoup de peine à leur conserver l'existence;

ces enfants ont des membres grêles, peu ou pas de cheveux, les yeux habituellement fermés, ils ne s'agitent pas, ne cherchent pas le sein, respirent mal, s'ils crient, leur voix est faible; ils ne savent pas téter, et ils meurent certainement si on ne leur prodigue beaucoup de soins. Les enfants nés plus de deux ou trois semaines avant terme sont souvent dans ce cas et, parmi ceux qui viennent à terme, il s'en rencontre de tout aussi chétifs sans qu'on puisse chaque fois en donner la raison.

Lorsque la sage-femme recevra un de ces petits êtres qui semblent avoir à peine la force de vivre, son devoir est de chercher à le conserver; si le succès couronne ses efforts, elle en sera bien récompensée par la reconnaissance des parents et le sentiment du devoir accompli.

Comme de tels enfants ne savent pas téter, on est obligé de leur verser goutte à goutte un peu de lait dans la bouche à intervalles rapprochés; *il faut lutter contre leur disposition au froid* en les enveloppant de ouate et en mettant près d'eux des cruches d'eau chaude; car il est nécessaire de leur donner de la chaleur; il faut surveiller leur sommeil, car ils ont une tendance continuelle à dormir et ne se réveillent pas pour demander le sein, de sorte que si on les laisse trop longtemps, on les trouve si exténués par le manque de nourriture qu'on a de la peine à les ranimer; on doit donc toutes les deux ou trois heures leur faire prendre quelque peu de lait.

Les enfants atteints de faiblesse de naissance doivent être nourris par leur mère ou par une bonne nourrice, si l'on veut augmenter leurs chances de vie; mais si cela était absolument impossible, on aurait plus de succès avec le lait d'ânesse qu'avec celui de vache, parce qu'il est plus léger et ressemble davantage au lait de femme.

La faiblesse de naissance ne doit pas être confondue avec la mort apparente des nouveau-nés, qui n'est qu'un état passager provenant de difficultés et de retards dans l'accouchement et qui se rencontre aussi bien chez les enfants vigoureux que chez les enfants chétifs.

TUMEURS ÉRECTILES OU TACHES DE SANG

Certains enfants apportent en naissant des taches rouges ou violettes, nommées taches de sang, qui méritent toute l'attention de la sage-femme. Ces taches sont plates, tantôt très petites, tantôt plus étendues, elles peuvent se trouver sur toutes les parties du corps, mais c'est à la peau du crâne et du visage qu'on les rencontre le plus souvent; la sage-femme doit engager les parents à consulter un médecin, parce que ces taches sont sujettes à grossir avec l'âge, et qu'on peut les guérir par des moyens simples lorsqu'elles sont encore petites.

Il faut savoir distinguer les taches de sang de ces autres marques nommées grains de beauté ou taches pigmentaires, qui sont des taches brunes ou noires, souvent garnies de poils, plus ou moins élevées au dessus de la peau, qui ne sont pas sujettes à s'agrandir et n'offrent aucun danger.

L'opinion qui prétend que les taches de sang, dont la forme rappelle souvent celle d'une fraise, d'une framboise, etc., proviennent d'une *envie* de la mère, ou se rapportent à un accident dans le cours de la grossesse, est erronée, car toutes les femmes enceintes ont des *envies*, tandis que ces fâcheuses taches ne se rencontrent que chez un très petit nombre d'enfants.

HERNIES OMBILICALES

Les hernies ou descentes des intestins ne se manifestent ordinairement qu'après la naissance, à l'exception des hernies ombilicales que l'enfant apporte souvent en venant au monde.

La hernie du nombril se présente comme une tumeur, dont la dimension varie depuis la grosseur d'une noisette jusqu'à celle d'un œuf, et qui donne au toucher la sensation d'une vessie pleine d'air ;

elle se durcit quand l'enfant crie et s'agite, et redevient flasque et molle pendant le sommeil. Cette sorte de hernie est quelquefois grave, et réclame les soins du chirurgien ; la sage-femme cherchera à la contenir au moyen d'une compresse pliée en quelques doubles et fixée par une bande. Les hernies nécessitent l'emploi de petits bandages qu'on laisse appliqués pendant quelques mois ; elles se guérissent en général par ce moyen d'une manière définitive, bien différentes en cela des hernies des adultes, qui ne sont pas susceptibles de disparaître et que les bandages réussissent seulement à contenir.

VICES DE CONFORMATION

Imperforation de l'anus et de l'urèthre.

L'anus ou fondement, c'est-à-dire l'orifice inférieur du tube intestinal, ainsi que l'orifice de l'urèthre par lequel s'écoule l'urine, sont quelquefois *imperforés*, ce qui veut dire fermés, et l'enfant ne tarde pas à périr, si l'on ne porte un prompt remède à ce vice de conformation par une opération chirurgicale ; la sage-femme doit donc avoir soin d'examiner l'anus et l'orifice de l'urèthre lorsque l'enfant tarde à se mouiller et à évacuer le méconium.

Bec-de-lièvre.

Le bec-de-lièvre est un vice de conformation qui consiste en une division de la lèvre supérieure. Il est *simple* s'il n'occupe qu'un des côtés, *double* si la lèvre est divisée sous les deux narines, *compliqué* si la solution de continuité s'étend dans la bouche aux os et au voile du palais. Ce n'est parfois qu'une difformité plus ou moins choquante, mais lorsque la bouche communique avec les fosses nasales, l'enfant a beaucoup de peine à prendre le sein et meurt ordinairement d'épuisement, si l'on ne parvient pas à corriger le mal par une opération.

Les enfants nouveau-nés peuvent offrir beaucoup d'autres vices de conformation, tels que l'imperforation du vagin, la présence de six doigts au lieu de cinq aux mains et aux pieds, le manque de certaines parties et de certains membres ; le fœtus peut être enfin tout à fait difforme ou monstrueux, mais ces cas qui n'offrent pas d'intérêt pratique à la sage-femme ne doivent pas nous arrêter.

ETATS MALADIFS DÉPENDANT DE L'ACCOUCHEMENT

DE LA MORT APPARENTE DES NOUVEAU-NÉS

L'enfant naît souvent dans un état de mort apparente qui deviendrait bientôt la mort réelle si des soins convenables n'étaient administrés.

Cet état de mort apparente des nouveau-nés se présente sous deux aspects différents.

Dans la première forme l'enfant a le *visage violacé, gonflé et injecté de sang, ses lèvres sont tuméfiées, son corps est marqué çà et là de taches bleuâtres* ; ce genre de mort apparente tient à l'asphyxie, qui résulte de la compression du cordon et se produit à la suite d'accouchements pénibles, quand le cordon a été serré entre les parois du bassin et l'enfant, ou quand il s'est enroulé autour du cou ; elle est très fréquente dans les accouchements par les pieds et après la version, quand la tête a mis trop de temps à traverser le petit bassin. Dans ces cas, on ne doit pas lier le cordon immédiatement après l'avoir coupé, mais on doit d'abord laisser s'écouler une ou deux cuillerées à café de sang, lier alors le cordon par un nœud à boucle, et employer quelques excitants légers.

La seconde espèce de mort apparente présente des caractères tout opposés ; *l'enfant est pâle, froid, comme flétri ; sa mâchoire est pendante, ses membres sont mous ; il crie à peine en naissant et cesse rapidement de faire aucun effort pour respirer ; cette forme*

est causée par les hémorragies graves qui ont lieu pendant l'accouchement, par la rupture du cordon, par l'asphyxie et par la grande faiblesse de l'enfant. Dans ce cas, il faut se garder de laisser couler le cordon et d'enlever du sang à l'enfant qui en manque déjà ; il faudrait au contraire lui en redonner si on le pouvait, afin de le ranimer et de le fortifier : c'est ce qu'on doit tâcher d'obtenir en ne liant pas le cordon pour que la circulation puisse se faire encore entre l'enfant et le placenta, si celui-ci n'est pas décollé ; mais cette précaution est inutile si le cordon a entièrement cessé de battre.

Dans les deux espèces de mort apparente, il ne faut pas se borner aux moyens fournis par le cordon ombilical, mais on doit rapidement mettre tout en œuvre pour ranimer l'enfant. La sage-femme doit d'abord enlever avec son doigt les glaires qui obstruent la bouche, la gorge, et qui gênent la respiration, puis elle asperge avec force le visage et la poitrine du nouveau-né avec de l'eau froide, elle chatouille les narines avec les barbes d'une plume, elle frictionne tout le corps avec une flanelle trempée dans du vin chaud ou de l'eau-de-vie, elle tâche de faire avaler à l'enfant quelques gouttes d'eau vineuse, dont elle donne aussi un petit lavement ; un bain chaud est souvent utile.

Enfin *le meilleur de tous les moyens est de pratiquer une respiration artificielle*, qui consiste à souffler de l'air dans les poumons, soit de bouche à bouche, soit au moyen d'une sonde passée dans le larynx. On imite en même temps les mouvements de la respiration naturelle en pesant doucement, après chaque insufflation, sur le bas de la poitrine, pour en faire ressortir l'air, puis en recommençant à souffler ; la respiration artificielle ne peut donner de bons résultats que si elle est faite au moins pendant dix minutes de suite sans interruption, à raison de cinq à dix respirations par minute. On continuera ces efforts pendant une heure ou deux.

Si tous ces moyens sont employés avec le calme et la persévérance nécessaires, on obtient des succès tout à fait inespérés ; la peau reprend sa coloration naturelle, le cœur se remet à battre, quelques mouvements des pieds et des mains, des efforts de respiration et enfin des cris annoncent le retour de la vie.

Quelle honte pour la sage-femme qui, ayant trop tôt cessé ces soins à un petit nouveau-né, l'aurait mis à part comme mort, et l'entendrait crier un peu après ! Après vingt-quatre heures de mort apparente, des enfants ont pu revenir encore à la vie.

TUMÉFACTION DE LA PARTIE PAR LAQUELLE L'ENFANT S'EST PRÉSENTÉ

Nous avons déjà eu l'occasion de dire que la partie qui se présente est le siège d'un engorgement considérable quand l'accouchement a été long et laborieux ; dans la présentation de l'occiput, c'est la peau du crâne qui est tuméfiée ; dans celle de la face, c'est le visage ; dans celle du siège, la fesse qui était en avant. Cette enflure n'a aucune gravité et se dissipe d'elle-même en quelques jours sans laisser aucune trace ; on peut appliquer quelques compresses de vin ou de camomilles.

FRACTURES

Il peut arriver qu'un membre soit brisé dans un accouchement difficile ; ce cas se présente surtout après les tentatives de dégagement des bras relevés sur les côtés de la tête dans les présentations du siège ou après la version. Cet accident se reconnaît à la déformation du membre ou à la mobilité anormale ; la sage-femme ne doit jamais chercher à le cacher par crainte des reproches qu'elle encourrait, car elle risque de rendre l'enfant impotent pour toute sa vie. Elle fera immédiatement prévenir le médecin. En attendant elle appliquera un pansement provisoire destiné à soutenir et à préserver le membre blessé.

RUPTURE DU CORDON PRÈS DU NOMBRIL.

Le cordon se rompt parfois si près du ventre qu'on ne sait plus comment le lier et arrêter le sang; comme le danger est pressant, la sage-femme s'efforcera, en attendant le docteur, d'arrêter l'hémorragie, en appliquant sur la place qui donne le sang un morceau d'éponge ou d'amadou, une compresse fixée avec une bande et en comprimant avec le doigt.

MALADIES QUI SURVIENNENT APRÈS LA NAISSANCE

DE LA FIÈVRE CHEZ LES ENFANTS.

La fièvre se reconnaît à la chaleur et à la sécheresse de la peau, à l'assoupissement ou à l'agitation de l'enfant et à la fréquence du pouls.

Quand un enfant est atteint de fièvre, la sage-femme doit empêcher qu'on le couvre trop chaudement, qu'on lui donne à boire trop chaud et qu'on le fasse transpirer, ce qui ne fait qu'augmenter le mal, car les tout petits enfants ne transpirent pas. Il faut, en attendant le médecin, couvrir l'enfant modérément dans son lit, diminuer la quantité des aliments et conseiller quelque boisson *fraîche* ou *tiède*, telle que de l'eau pure ou une infusion de tilleul et de feuilles d'oranger. Si l'assoupissement est très marqué, on appliquera aux cuisses et aux jambes, des compresses trempées dans du vinaigre tiède coupé d'eau.

DES RHUMES

Le rhume de cerveau (coryza) qui chez l'adulte n'a pas de gravité, doit être surveillé attentivement chez l'enfant à la mamelle, parce qu'il empêche l'allaitement et peut entraîner la mort.

Les rhumes de poitrine (bronchite) deviennent promptement dangereux chez les petits enfants, parce que les glaires ou mucosités, en s'accumulant dans la poitrine, embarrassent les bronches et gênent la respiration; les petits enfants ne savent pas cracher avant trois ou quatre ans, mais ils avalent leurs glaires. C'est à la sage-femme d'avertir les parents de faire soigner leur enfant à temps. Elle indiquera l'emploi sur la poitrine de frictions d'huile chaude, de cataplasmes; si la respiration devient difficile, elle donnera deux ou trois cuillerées de sirop d'ipéca à demi-heure d'intervalle pour provoquer des vomissements et débarrasser la poitrine des glaires qu'elle contient.

Il n'est pas bon de laisser continuellement au lit les enfants qui toussent, et dont la poitrine est embarrassée, mais il faut, comme cela doit du reste se faire dans la plupart de leurs maladies, les prendre dans les bras et les promener souvent dans la chambre. Un air pur est particulièrement nécessaire quand la respiration est gênée, et la chambre doit être aérée.

En général, la sage-femme supposera une affection grave des organes de la respiration, lorsque l'enfant aura une toux persistante et fatigante, et lorsque la respiration deviendra sifflante ou bruyante.

DES VERS

Les vers sont assez fréquents chez les enfants après le sevrage, mais ils ne produisent pas tous les maux dont on les accuse, car il n'est pas rare de voir des enfants en rendre un grand nombre sans jamais en avoir été incommodés. Les symptômes qu'ils occasionnent sont l'irrégularité et la diminution de l'appétit, des démangeaisons au nez et au fondement, quelques mouvements nerveux et exceptionnellement des convulsions. Le remède le plus usité contre les vers est la barbotine ou semen-contra, dont on donne une cuillerée à café le matin à jeun; les pharmaciens préparent avec l'extrait de cette substance des pastilles que les enfants prennent plus facilement que la barbotine elle-même. Il ne faut donner que de petites

doses, car le semen-contrà produit aisément des accidents d'empoisonnement assez sérieux.

Pour chasser les petits vers du rectum, il suffit d'administrer des lavements d'eau froide pure ou additionnée d'une certaine quantité de vinaigre.

CONVULSIONS

Les enfants atteints de convulsions ont la figure décomposée, bleuâtre et injectée de sang; les traits grimacent, les yeux roulent, les membres sont agités de mouvements désordonnés, et il y a souvent perte de connaissance.

Les accès de convulsions peuvent avoir des causes très variées; la dentition et les vers les produisent bien plus rarement qu'on ne le croit en général; on les observe plus souvent après une indigestion, un coup de soleil, une frayeur, au commencement de toutes les maladies graves et dans les inflammations du cerveau; les convulsions des nourrissons peuvent être causées par une émotion vive, éprouvée par la nourrice peu de temps avant qu'elle leur donne le sein.

En attendant le docteur, la sage-femme fera appliquer du vinaigre chaud aux bras et aux jambes, des sinapismes seulement si l'enfant est âgé: elle mettra des compresses froides sur le front, relâchera tous les liens qui peuvent le serrer et donnera un bain tiède.

Cet état, auquel on donne vulgairement les noms de *mallet violet*, *mallet bleu*, cause bien des maux, parce que la sage-femme le traite souvent elle-même, tandis qu'elle doit avertir le médecin, et jusqu'à meilleur avis se conformer aux directions qui précèdent.

COLIQUES, CONSTIPATION ET DIARRHÉE

Les dérangements de l'estomac et de la digestion, si communs chez les enfants, sont presque toujours causés par un régime

mal dirigé et une nourriture disproportionnée à leur âge; c'est donc une règle sans exception, lorsqu'un enfant a un dérangement d'entrailles quelconque, de s'informer d'abord exactement de la manière dont il est nourri.

Le mot de *coliques* est pris ordinairement par le public dans le sens de diarrhée, tandis qu'il signifie simplement « maux de ventre; » les enfants qui ont des coliques crient par accès avec intervalles plus ou moins longs, s'agitent et rapprochent de l'abdomen leurs petits pieds. Une flanelle chaude, des cataplasmes, quelques frictions d'huile chaude sur le ventre réussissent ordinairement à les calmer; s'il y a des vents et que le ventre soit ballonné, on donnera quelques cuillerées d'une infusion de fenouil ou de camomilles.

La *constipation* n'est pas rare chez les nourrissons et tient très souvent à ce que le régime est trop nourrissant; la sage-femme conseillera du thé de mauves, de petits lavements d'eau tiède ou quelques bains de son; on peut donner, si le cas l'exige, une pointe de couteau de magnésie calcinée dans du lait sucré, ou une cuillerée à café de sirop de chicorée, mais il convient en général d'être très sobre de purgatifs chez les petits enfants.

La *diarrhée* devient aisément une maladie grave chez les nourrissons; aussi est-ce une grande faute que de la laisser persister sans s'en inquiéter et sans la soigner, sous le prétexte que la dentition en est la cause. Un enfant nourri au sein ou au lait de vache a dans l'état de santé des selles d'un beau jaune, bien liées, de consistance molle et qui ne contiennent pas trace de matière verte ni de gros grumeaux de lait caillé. Dans le degré le plus léger de la diarrhée, le nourrisson n'a que deux ou trois selles par jour et les évacuations conservent une couleur jaunâtre plus ou moins foncée, mais elles sont mal liées et mêlées de lait caillé et non digéré; les selles vertes sont déjà d'une plus mauvaise nature; celles qui sont blanches, crayeuses, claires comme de l'eau, indiquent un danger très prochain, surtout si elles sont accompagnées de vomissements; quand la diarrhée dure un certain temps, l'appétit diminue, l'enfant s'amaigrit, la figure s'amincit, vicillit et la santé est sérieusement compromise.

La sage-femme doit s'occuper avant tout de régulariser le régime; elle diminuera le nombre des repas et la quantité de la nourriture, si la diarrhée se déclare peu de temps après que l'enfant a commencé de faire usage de bouillies et de petites soupes, elle engagera les parents à y renoncer immédiatement et à reprendre l'usage exclusif du lait. Lorsque l'enfant est nourri au biberon, la sage-femme s'informerá si l'on observe toutes les précautions nécessaires et dans le cas où la diarrhée persisterait, elle conseillera de prendre une nourrice. La sage-femme ordonnera de petits lavements d'amidon, elle fera boire à l'enfant de l'eau de riz ou de l'eau de gomme, et elle appliquera sur le ventre un carré de flanelle ou une bande de la même étoffe faisant deux fois le tour du corps. Le liniment volatil ordinaire pourra être employé en frictions 3 à 4 fois le jour. Tout traitement plus actif est du ressort du médecin.

Il est une espèce de diarrhée extrêmement dangereuse qu'on appelle le *choléra des petits enfants* ou *infantile*; cette maladie qui est infiniment plus fréquente chez les enfants allaités au biberon que chez ceux qu'on nourrit au sein, sévit surtout pendant les chaleurs de l'été et en automne, et quand les vaches reçoivent des fourrages frais ou aqueux, ou acides, comme les débris de vignes; les enfants sont pris tout à coup et au milieu d'une belle santé, d'une diarrhée claire, très abondante et de vomissements; les matières qu'ils évacuent sont comme de l'eau claire ou de l'eau de riz, les petits malades ont une soif inextinguible et se refroidissent rapidement, leur visage et leur corps en quelques heures de gris deviennent violacés, et ils succombent épuisés au bout d'un ou deux jours, si un traitement énergique ne parvient pas à enrayer le mal dès le début. La sage-femme voit donc combien il est nécessaire d'appeler rapidement le médecin dans un cas pareil. En attendant, elle doit donner un lavement d'amidon, un bain chaud et entourer le corps de linges chauds et de cruches pour en prévenir le refroidissement. Le liniment volatil sera employé ici aussi avec grand avantage en frictions sur l'abdomen.

DES APHTHES

Les aphthes sont de petites ulcérations blanches et douloureuses qui se développent dans la bouche et le gosier; cette éruption est produite par de mauvaises digestions, de l'irritation et des aigreurs d'estomac; la malpropreté des seins ou du biberon ou de la bouche de l'enfant, ainsi que l'usage de lait peu frais les occasionne fréquemment; ils accompagnent très souvent la diarrhée.

La sage-femme soignera les aphthes en veillant à la propreté, à la fraîcheur du lait et à la bonne direction du régime; elle lavera doucement la bouche de l'enfant deux ou trois fois par jour avec un petit pinceau ou une fine éponge trempée dans une infusion de sauge, ou dans du miel rosat.

DU MUGUET

Le muguet est une éruption de taches blanches sans ulcération qui garnissent la bouche et tout le canal digestif, ressemblant ainsi aux aphthes. Le muguet est toujours d'un très fâcheux augure, on l'observe chez les enfants affaiblis par une longue maladie et particulièrement par une diarrhée prolongée.

ICTÈRE DES NOUVEAU-NÉS

La jaunisse se reconnaît aisément à ce que la peau et le blanc des yeux deviennent d'un jaune plus ou moins foncé. Les enfants sont sujets à prendre dans les premiers jours qui suivent leur naissance une jaunisse légère qui n'a pas de gravité; cette indisposition passe d'elle-même sans qu'il soit besoin de médicaments; mais comme il existe une autre espèce de jaunisse beaucoup plus dangereuse et

qu'elle ne peut les distinguer l'une de l'autre au début, la sage-femme doit appeler un médecin toutes les fois que la coloration jaune de la peau est bien marquée et que l'enfant paraît souffrant.

ÉRYSIPELE

L'érysipèle est une rougeur avec gonflement douloureux de la peau qui s'étend sur une plus ou moins grande étendue du corps et s'accompagne d'une forte fièvre. C'est une maladie très dangereuse chez les nouveau-nés, qui se développe principalement autour du nombril quand il ne se cicatrise pas rapidement après la chute du cordon, quand le pansement n'a pas été fait avec soin et qu'on a négligé les soins de propreté. On voit alors se former autour du nombril un cercle rouge, qui s'étend rapidement et finit par gagner le ventre et les cuisses; une fois que l'érysipèle a pris une certaine extension, il n'y a presque plus d'espoir de sauver le nourrisson, aussi est-il de toute importance que la sage-femme fasse appeler le médecin dès le début; elle doit même le faire toutes les fois que le nombril tarde à se cicatriser. Elle doit s'interdire absolument toute autre application que de l'eau, de l'huile, de la poudre de riz ou de farine fine.

L'érysipèle peut du reste se développer à tout âge, sur toutes les parties du corps, à la suite d'écorchures mal soignées, de piqûres de sangsues, en un mot toutes les fois qu'une petite plaie se guérit mal ou n'est pas tenue proprement; mais plus l'enfant est âgé, moins cette maladie offre de danger.

EXCORIATIONS ET ROUGEURS DE LA PEAU

(Erythème intertrigo.)

Il ne faut pas confondre avec l'érysipèle les rougeurs et les écorchures de la peau qui sont si fréquentes chez les enfants

doués de beaucoup d'embonpoint, et qui se produisent partout où la peau fait des plis, comme au haut des cuisses, entre les fesses, aux parties génitales, au cou, sous les aisselles; ces rougeurs de la peau ne sont pas accompagnées de gonflement, ni de fièvre, et n'offrent aucun autre inconvénient que la douleur qu'elles procurent au nourrisson; l'endroit où elles se manifestent suffit du reste pour en indiquer la nature. La propreté est le sûr moyen de maintenir la peau nette et saine, et il suffit presque toujours pour prévenir ces irritations de laver matin et soir avec de l'eau tiède les parties du corps qui y sont exposées; on les guérit en observant une stricte propreté et en saupoudrant les places malades avec de la poudre de riz, de fécule ou de lycopode; les pom-mades qu'on propose assez souvent dans ce but ne conviennent pas, parce qu'elles rancissent vite sur la peau et produisent de l'irritation.

ECZÈMA, SOIT CROUTES DE LAIT

Les enfants de tout âge sont fréquemment atteints d'éruptions à la peau qui produisent des boutons, de la suppuration et des croûtes, et qui sont en général longues et difficiles à guérir; lorsque ces éruptions surviennent chez un nourrisson, on les nomme dans le public *croûtes de lait*; les idées les plus erronées sont encore répandues à leur sujet.

Beaucoup de gens croient que ces croûtes ne se produisent que chez les enfants allaités et que ceux qui sont nourris au biberon ou avec des bouillies en sont préservés; c'est une erreur, car, malgré leur nom, l'alimentation est sans influence sur leur apparition.

C'est aussi une erreur de croire que les croûtes de lait sont de quelque utilité pour faire sortir les humeurs du corps de l'enfant et qu'il ne faut pas chercher à les guérir; de cette absurde opinion il résulte qu'on ne donne aucun soin aux pauvres petits malades, qu'on laisse la maladie prendre ses aises et qu'il devient par la suite beaucoup plus difficile d'y remédier.

Les croûtes de lait se produisent le plus souvent au visage et à la tête : si on les néglige, il peut en résulter l'engorgement des glandes du cou et la formation d'abcès et de cicatrices indélébiles.

Chaque fois que la sage-femme est consultée pour un enfant atteint d'une éruption de ce genre, elle doit insister pour qu'on le porte à un médecin, car le traitement de ces maladies est au dessus de sa compétence; elle peut seulement conseiller des cataplasmes de graine de lin ou de fécule pour détacher les croûtes et des lavages avec de l'eau de son; elle ne se permettra jamais d'appliquer aucun remède, tel que pommade, poudres, etc., et elle avertira les parents de se méfier de tous les remèdes secrets qui contiennent souvent des substances nuisibles et vénéneuses. Il faut tenir compte d'autres dispositions malades de l'enfant, car la guérison trop rapide d'une éruption peut amener des accidents graves.

Quant aux *feux* ou éruptions qui peuvent paraître au visage pendant la dentition, la sage-femme doit conseiller de consulter le médecin dès que l'éruption est forte et dure plus de quelques jours, car la dentition ne produit que des feux légers et sans gravité.

OPHTHALMIE DES NOUVEAU-NÉS

L'ophtalmie des nouveaux-nés est une inflammation des yeux d'une nature très dangereuse et qui peut entraîner rapidement la perte de la vue.

Cette maladie reconnaît pour cause la malpropreté, toutes les mauvaises conditions hygiéniques, une habitation humide, mal aérée, la mauvaise santé des parents; les enfants la prennent quelquefois au moment de l'accouchement quand leur mère a des pertes blanches ou des maladies contagieuses.

L'ophtalmie est très facile à reconnaître aux signes suivants : les paupières sont collées ensemble le matin, puis assez brusquement se gonflent au point que l'enfant ne peut plus les ouvrir, et qu'on ne réussit qu'à grand peine à les écarter pour examiner les

yeux; le blanc de l'œil est rouge et enflammé, il s'écoule continuellement de l'œil un liquide clair, puis du pus qui se dessèche en croûtes et colle les paupières l'une à l'autre; ce pus, très corrosif, produit des boutons et des excoriations sur les joues; l'enfant témoigne de ses souffrances par des cris continuels.

Il va sans dire que le traitement d'une maladie aussi grave est entièrement du ressort du médecin, mais elle exige des soins de propreté minutieux que la sage-femme, que nous jugeons adroite et délicate, saura donner mieux que personne. Il faut laver l'œil de cinq en cinq minutes jour et nuit, de manière à le débarrasser des croûtes qui collent les paupières et à enlever tout le pus qui s'accumule au dessous; pour cela, la sage-femme écarte doucement les paupières ou les fait écarter par un aide, puis elle y injecte de côté, avec une petite seringue en verre (ne jamais mettre la seringue dans les paupières), de l'eau tiède. Ces soins de propreté sont la partie essentielle du traitement de l'ophthalmie.

L'enfant doit être mis à l'abri de tout refroidissement et des courants d'air; il préfère le demi-jour; c'est peut-être pourquoi les enfants ouvrent mieux leurs yeux le soir.

L'ophthalmie des nouveau-nés est des plus contagieuses et peut se communiquer facilement par le pus qui s'écoule de l'œil, par l'éponge, par les doigts; la sage-femme aura donc grand soin, en lavant le petit malade, de ne pas faire rejaillir ce pus dans ses yeux et de ne jamais porter ses mains au visage sans s'être parfaitement lavée; elle ne quittera pas la maison pour se rendre chez d'autres clients sans avoir pris les mêmes précautions; les éponges, les cuvettes et l'eau qui ont servi à l'enfant malade ne doivent pas être employées pour d'autres personnes.

CHUTE DU RECTUM OU DU FONDEMENT

La chute du fondement est une infirmité dans laquelle une partie de l'intestin rectum sort de l'anus chaque fois que l'enfant a une

évacuation; elle se produit chez les enfants faibles et chez ceux qui sont sujets à la diarrhée. Le traitement consiste à faire rentrer l'intestin avec un ou deux doigts préalablement graissés et à combattre la faiblesse de l'intestin au moyen de petits lavements froids d'eau pure ou d'une décoction d'écorce de chêne (tan). — Il faut veiller à ce que l'enfant ne soit pas constipé.

DES SCROFULES

Les enfants scrofuleux sont gros, lourds et paresseux, ils ont le teint pâle et les chairs molles, comme bouffies; ils sont sujets à des gonflements d'os, aux affections des yeux, aux engorgements de diverses parties et surtout des glandes, à des abcès qui laissent, en se guérissant, des cicatrices ou *coutures* indélébiles.

Les causes des scrofules sont les mauvaises conditions hygiéniques : le manque d'air, un logement obscur, une mauvaise nourriture et l'hérédité.

Le moyen de les prévenir consiste dans l'observation exacte de toutes les lois de l'hygiène; il faut mettre les enfants à la campagne, les laisser vivre au grand air et les bien nourrir; s'ils sont en âge, la viande et un peu de vin leur sont particulièrement favorables.

Les bains de sel marin, l'huile de foie de morue sont les principaux remèdes contre les scrofules; il importe d'autant plus de bien soigner cette cruelle maladie, qu'elle est héréditaire et se transmet presque toujours et dans une large mesure des parents aux enfants.

DU RACHITISME

Le rachitisme est une maladie particulière aux enfants, dans laquelle les os se ramollissent et se déforment de diverses manières.

Il s'annonce par des douleurs des membres vers les jointures; l'enfant craint les mouvements, se plaint dans certaines positions, et si l'on palpe ces articulations, on les trouve douloureuses; cela commence d'habitude aux poignets et aux chevilles, puis aux genoux et aux coudes; les jointures malades grossissent (ce qui fait dire que l'enfant *se noue*), les os se courbent, puis la poitrine devient étroite en haut, large en bas, avec des saillies à la jonction des côtes et des cartilages; à cela succèdent certaines déformations de la tête et des dents. Quand le rachitisme se guérit, les os se durcissent de nouveau, mais ils gardent leur mauvaise conformation. Le rachitisme est souvent accompagné de troubles digestifs et d'un grand amaigrissement; le ventre, gros et dur, contraste avec la gracilité des membres, la figure de l'enfant est ridée; la denture irrégulière et tardive, la marche incertaine, leur donnent l'air de petits vieillards.

Les mauvaises conditions hygiéniques ont la même influence sur la production du rachitisme et des scrofules. Leur traitement est à peu près le même: le grand air, le soleil, l'huile de foie de morue, les bains salés ou aromatiques.

Cette maladie doit être combattue avec beaucoup de persévérance, parce qu'elle entraîne des difformités irrémédiables: incurvation des jambes, rétrécissement du bassin, déformation de la poitrine, gibbosité.

IX^e DIVISION

NOTIONS ÉLÉMENTAIRES D'HYGIÈNE

HYGIÈNE DES MALADES

L'hygiène, d'une manière générale, est l'ensemble des règles à observer pour conserver la santé, et par l'hygiène des malades, il faut entendre l'ensemble des moyens non pharmaceutiques de nature à rétablir la santé. — Ces moyens sont de deux ordres : les uns sont externes, comme l'air, la lumière, la chaleur, la propreté, le choix de l'habitation; les autres sont d'un usage intérieur, ce sont le régime et certains médicaments domestiques que la sage-femme peut conseiller sans avoir recours au médecin. — Il est incontestable que de bonnes règles hygiéniques contribuent pour une large part à la guérison des maladies.

L'air. En toute saison, l'air de la chambre d'un malade doit être renouvelé; en été, les fenêtres seront ouvertes tout le jour, excepté quand le malade fait sa toilette ou change de lit; en hiver, on les ouvrira plusieurs fois dans la journée pendant quelques minutes, en ayant soin de protéger le malade au moyen de rideaux ou d'un paravent. C'est le seul moyen de purifier l'air, car les diverses fumigations, telles que le sucre brûlé, le camphre, etc., qu'on emploie dans ce but, ne font qu'ajouter une odeur nouvelle à celles qui existent déjà; nous ne parlons pas ici des désinfectants qui servent à combattre le principe contagieux de certaines maladies et dont nous dirons plus loin quelques mots.

Autant que possible, le lit du malade ne doit pas être placé dans

une alcôve, ni enfermé dans de grands rideaux qui le privent d'air et de lumière.

La lumière exerce une très heureuse influence sur les malades et surtout chez les convalescents, dont la guérison marche plus rapidement lorsqu'on peut leur procurer l'air et le soleil de la campagne. C'est une erreur de croire que toute pièce est convenable pour chambre à coucher ; il est important, au contraire, de choisir, quand on le peut, une chambre exposée au midi.

Cette condition est surtout nécessaire pour l'enfant qui passe dans son berceau la plus grande partie de la journée. Le lit doit toujours être disposé de telle sorte que la lumière n'arrive pas directement dans les yeux.

La chaleur doit être modérée ; une chambre trop chaude porte le sang à la tête, donne la fièvre et gêne la respiration ; les habitants des campagnes ont l'habitude de chauffer à l'excès leurs habitations. Une température de quinze à seize degrés centigrades est amplement suffisante.

Le meilleur moyen de chauffage est la cheminée ou le poêle de faïence dont la bouche est dans la chambre même, les poêles en fer sont beaucoup moins salubres, et les tambours, chaufferettes et brasiers doivent être absolument défendus ; les poêles en fonte sont nuisibles par le gaz qu'ils laissent échapper et par le dessèchement de l'air.

Le malade doit être modérément couvert dans son lit et il ne faut pas le faire transpirer à moins d'ordre précis du médecin.

Habitation. On ne peut malheureusement pas toujours choisir une demeure répondant parfaitement aux exigences de l'hygiène, néanmoins la sage-femme ne négligera jamais d'appeler l'attention sur les dangers des habitations humides, mal exposées ou récemment terminées. L'habitude très ordinaire dans notre pays d'habiter des maisons à peine bâties, est sans contredit le point de départ de plusieurs maladies ou infirmités graves.

Propreté. On doit observer la plus grande propreté pour tout ce qui tient au malade; les draps de lit seront souvent changés, lavés, séchés et aérés; on renouvellera et on aérera de temps en temps la pailleasse et le matelas, surtout lorsque le malade a des transpirations abondantes.

Beaucoup de gens n'osent pas laver les malades et laissent leur peau se recouvrir de crasse et de sueur; on ne peut pas se tromper plus grossièrement, car il est encore plus nécessaire aux malades qu'aux personnes bien portantes d'avoir la peau nette et propre. On doit donc laver les malades avec de l'eau tiède, à laquelle on peut ajouter du vinaigre. On évite aisément de les refroidir en les essuyant avec un linge sec et chaud et en s'y prenant avec précaution.

Le régime est l'usage raisonné et méthodique des aliments et de toutes les choses essentielles à la vie, tant dans l'état de santé que dans l'état de maladie. Pour l'état de santé nous ne ferons qu'une seule observation, c'est sur l'habitude si fréquente dans notre pays de manger au-delà de ce qui est nécessaire. Nous reconnaitrons d'autant plus cette vérité si nous comparons notre mode de vivre avec celui d'autres peuples dont la santé est excellente et la frugalité excessive.

La diète, mot par lequel il faut entendre l'abstinence, est de rigueur au début des maladies qui s'accompagnent de fièvre; d'une manière générale, la sage-femme fera bien de la conseiller toutes les fois qu'une indisposition s'annonce brusquement. La crainte si répandue de trop s'affaiblir n'est pas fondée et l'on se trouvera bien d'observer la diète jusqu'à ce qu'on puisse exactement savoir à quoi s'en tenir sur la nature de la maladie et sur le traitement qu'elle exige.

Pendant la convalescence, la sage-femme rendra les malades attentifs aux dangers des écarts ou des excès dans le régime. Cette recommandation est d'autant plus nécessaire que quelquefois, pendant cette période de la maladie, l'appétit devient excessif et tout à fait désordonné.

PREMIERS SOINS A DONNER EN CAS D'ACCIDENTS ET DANS QUELQUES MALADIES

Les sages-femmes sont fréquemment appelées à donner les premiers soins en l'absence du médecin; nous allons indiquer la conduite à tenir dans les principaux cas qui peuvent se présenter, en rappelant que les soins permis aux sages-femmes doivent toujours avoir un caractère d'urgence et qu'il ne leur est pas permis de traiter des maladies graves.

CATHÉTÉRISME

Opération qui consiste à introduire une sonde ou cathéter dans la vessie pour en évacuer l'urine. — Il y a deux manières d'introduire la sonde chez la femme; on peut la diriger au moyen de la vue ou du toucher. Dans la première méthode, la main gauche entr'ouvre les grandes et les petites lèvres pour écarter le méat, dans lequel la main droite introduit la sonde, tenue comme une plume à écrire. Cette méthode, qui est la plus simple, n'est pas toujours possible. Chez certaines femmes, le méat est situé très haut et se cache dans le vagin, de façon qu'on peut difficilement le découvrir à la vue. Cela arrive surtout dans les derniers mois de la grossesse, lorsque l'utérus, s'élevant au-dessus du détroit supérieur, entraîne avec lui la vessie et l'urèthre. Dans ces cas, il faut avoir recours au doigt pour diriger la sonde et se rappeler qu'à la partie antérieure de l'orifice du vagin se trouve une saillie toujours facile à sentir, le *bulbe du vagin*, qui sépare l'entrée de ce canal du méat urinaire, situé à quelques millimètres en avant. Il faut donc porter sur le bulbe du vagin l'extrémité de l'indicateur d'une des mains, la face

palmaire en dessus, en ayant soin d'entrer légèrement dans le vagin, puis, avec l'autre main, on peut glisser la sonde sur le doigt, en appuyant un peu la convexité pour relever le bec de l'instrument qui se trouve ainsi en face du méat et y pénètre facilement.

ASPHYXIE

On donne le nom d'asphyxie aux différents genres de mort occasionnés par le trouble ou par la suppression de la respiration. Un préjugé malheureusement très répandu consiste à croire qu'on ne doit pas toucher à une personne noyée, pendue ou asphyxiée de quelque autre manière, avant l'arrivée de la justice. La sage-femme s'efforcera de faire comprendre combien cette idée est barbare et absurde; il faut au contraire se hâter de porter secours et chercher à ramener à la vie la personne asphyxiée.

Les secours à donner aux personnes asphyxiées et en particulier aux noyés doivent être aussi prompts que possible. Il ne faut néanmoins pas se laisser détourner de les administrer à cause du temps qui a pu s'écouler depuis l'accident et parce qu'on suppose que la mort est réelle. On a des exemples d'individus qui ont été rappelés à la vie après un séjour de 14 minutes dans l'eau; le résultat, il est vrai, n'a été obtenu que par un traitement prolongé de plus de 8 heures.

Si l'on trouve un individu pendu, la première chose à faire est de couper le lien, de porter le malade à l'air et de le réchauffer. Pour ranimer la respiration, on procède comme il sera indiqué plus loin.

S'il s'agit d'un noyé, il faut se hâter de le sortir de l'eau, de le transporter dans un endroit chaud et aéré. Ranimer la chaleur est de première importance; dans ce but on enlève, en les fendant, les vêtements mouillés, on sèche le corps avec du drap ou de la flanelle chauffée. Le corps est placé horizontalement, la tête un peu relevée, inclinée sur un des côtés, afin que l'eau qui a pu pénétrer dans la bouche ou la trachée puisse s'écouler plus facilement, on nettoye

la bouche et le nez des substances qui auraient pu y pénétrer; on tire en avant la langue du malade et on la retient au devant des lèvres, au moyen d'un mouchoir qui ne la laisse pas glisser, comme cela arriverait avec les doigts seuls. Si l'on a pas d'aide, on passe un mouchoir sous la mâchoire et au-dessus de la tête, l'on fixe ainsi la langue avec les dents, car si la langue vient à tomber en arrière, elle peut obstruer l'orifice du larynx; on place des cruches remplies d'eau chaude ou des briques chauffées autour du malade et en même temps on s'occupe à rétablir la respiration, ce qui est le point



Fig. 1.

capital dans le traitement des personnes asphyxiées, que ce soit par pendaison ou par submersion, ou de toute autre manière.

Dans ce but il faut chercher à imiter les mouvements naturels d'une respiration profonde. Dans une respiration profonde nous soulevons les côtes et le sternum, ce qui produit un vide dans lequel l'air extérieur se précipite. Il faut donc étendre fermement mais doucement les bras du malade des deux côtés de la tête (fig. 1). L'expiration ou expulsion de l'air se produit simplement en comprimant les côtés de la poitrine, en abaissant et pressant doucement les bras contre le corps. Les bras de l'individu servent en quelque sorte de manivelle pour ouvrir et fermer la poitrine. (fig. 2).

Ces manœuvres doivent être faites sans hésitation, 15 fois par mi-

nute ; on continue en même temps les frictions et les applications excitantes sur les extrémités. Si le malade revient à lui, on lui administre quelques cuillerées d'eau chaude et eau-de-vie, de vin chaud ou café.

Un mode d'asphyxie assez fréquent dans les pays vignobles est celui qui est produit par l'acide carbonique ; c'est le gaz qui se forme pendant la fermentation du vin. Ce gaz a deux propriétés fort importantes à connaître ; sans être précisément délétère, il endort et étourdit très promptement, puis il est lourd et coule presque



Fig. 2.

comme de l'eau. Il résulte de là deux indications ; la première c'est que la personne qui se dévoue pour porter secours aux malheureux asphyxiés doit préalablement remplir sa poitrine par une profonde inspiration, comme il ferait s'il devait plonger dans l'eau pour retirer un objet et ne pas respirer aussi longtemps qu'il se trouve dans l'endroit dangereux. Ensuite ce gaz étant lourd, il s'ensuit que les ouvertures supérieures des caves sont sans utilité pour purifier l'air et que ces ouvertures doivent être placées au niveau du sol et se diriger en descendant à l'extérieur.

Les procédés ayant pour but de rétablir la respiration sont applicables à tous les genres d'asphyxie.

ASPHYXIE PAR LE FROID

Les personnes exposées à un froid intense ressentent d'abord une grande lassitude. Elles éprouvent la sensation de la faim, la tête devient lourde et embarrassée, elles résistent avec peine à un invincible besoin de dormir. La faiblesse augmente, elles ne peuvent plus marcher, elles trébuchent et ne tardent pas à tomber en un sommeil léthargique, avant-coureur de la mort. Les vieillards, les femmes, les enfants, en général les individus faibles, et ceux qui ont pris, plus que de raison, des liqueurs alcooliques, vin, eau-de-vie, eau-de-cerises, sont plus exposés que d'autres à succomber à ce genre de mort. Les accidents de cette nature sont fréquents dans nos montagnes, la sage-femme court elle-même dans bien des occasions un danger sérieux et ne doit donc jamais se mettre en route dans des temps très froids qu'après avoir mangé, et si la fatigue l'invite à s'asseoir, elle doit avoir présent à l'esprit le danger de céder à cette tentation.

Le transport des personnes gelées demande des précautions. On peut en les déshabillant brusquement causer de graves ruptures à leurs membres raidis par le froid. Mais la règle la plus importante et dont l'oubli a été souvent la cause de graves accidents, c'est de ne jamais exposer les personnes gelées à une brusque chaleur.

Ce n'est que graduellement et en partant de la plus basse température qu'il faut les habituer à une chaleur plus élevée.

L'individu est dépouillé de ses vêtements en les coupant, puis étendu sur la neige dont on le recouvre en entier, sauf la bouche et le nez; au fur et à mesure que la neige fond, on la renouvelle. S'il n'y a pas de neige, on la remplace par de la glace en menus morceaux, ou par des linges trempés dans l'eau glacée dont on enveloppe tout le corps; en même temps on le frictionne doucement avec de l'eau froide. Après environ une heure, on le sort de cette

enveloppe de neige ou de glace et on l'enveloppe de linges simplement mouillés, puis on le lave avec de l'eau de neige. On essaye avec prudence de plier les membres, on passe ensuite graduellement à de l'eau moins froide, puis tiède; on frictionne la région de l'estomac, le ventre avec de l'eau vinaigrée. Si ces manipulations ont été poursuivies suffisamment pour que la température de l'eau soit montée à 12 ou 14 degrés; si les membres commencent à perdre leur raideur, on transporte le malade dans une chambre froide, on le place dans un lit, on le recouvre d'une couverture de laine en continuant à le frictionner avec une flanelle chaude. Si la respiration n'était pas rétablie, on y procéderait comme il a été indiqué pour les autres modes d'asphyxie.

Les membres ayant repris leur souplesse peuvent alors être frictionnés avec du vin tiède, du vinaigre et de l'eau, ou de l'eau-de-vie, et on administre au malade quelque boisson chaude, du bouillon, évitant cependant les boissons trop excitantes. Malgré cette dernière précaution, il survient assez souvent des symptômes de réaction qui nécessitent l'emploi de remèdes rafraîchissants; boissons fraîches, lavement avec du vinaigre.

Si quelque partie du corps a été gelée isolément, on appliquera les mêmes préceptes que ceux que nous venons d'indiquer pour le traitement du corps entier.

HÉMORRAGIES

L'hémorragie est la sortie du sang hors du vaisseau qui le contient. Elle peut avoir lieu soit par la lésion de petits vaisseaux, soit par la lésion d'une artère ou d'une veine importante. — De faibles hémorragies par lésion des petits vaisseaux sanguins sont insignifiantes et cessent ordinairement d'elles-mêmes ou par l'application de compresses fraîches et fréquemment renouvelées. — Si une artère importante a été ouverte, le sang s'échappe en arc, cet arc est

continu, mais est renforcé par *des jets saccadés* qui correspondent aux pulsations du cœur. Les hémorragies ne peuvent être arrêtées qu'en comprimant l'artère, si possible, contre un os, entre le cœur et la blessure. Si la blessure intéresse un membre, on peut exercer cette compression au moyen d'un mouchoir formant un nœud qu'on applique sur la place. Si cette application n'est pas possible, au cou, par exemple, il faut maintenir l'artère pressée avec le doigt jusqu'à ce que des secours chirurgicaux puissent intervenir.

Lorsque le sang s'échappe d'une grande veine, il jaillit aussi en arc, mais le *jet est uniforme et non saccadé*, la couleur de ce sang est d'un rouge plus foncé que le sang artériel. — Les hémorragies de grandes veines sont faciles à arrêter par une forte pression sur la place, pression qu'on obtient en appliquant un tampon solidement assujetti avec une bande.

Les *saignements* de nez (épistaxis), ordinairement sans importance, peuvent quelquefois devenir sérieux par leur abondance. On combat ces hémorragies en appliquant de l'eau froide sur le front, le nez, la nuque; en recommandant de ne pas se moucher pour laisser le caillot en place. On donne des bains de mains ou de pieds chauds. On conseille de maintenir les bras levés pendant un certain temps.

Le malade doit demeurer assis, la tête fortement penchée en avant; la position horizontale est mauvaise, elle facilite l'écoulement du sang dans la gorge.

BRULURES

Si la brûlure est légère, la peau simplement rougie, il suffit d'appliquer et renouveler souvent des compresses fraîches. S'il se forme des vessies, il faut prendre les plus grandes précautions en enlevant les habits, afin de ne pas déchirer l'épiderme; on ouvre et on vide délicatement les vessies. On recouvre la partie brûlée d'un linge fin trempé dans l'huile; de temps en temps on verse quelque peu

d'huile pour le maintenir humide, mais sans le déplacer; on applique par dessus des compresses d'eau froide, en ayant soin que le froid ne soit augmenté que peu à peu, selon les sensations du malade.

Une foule de remèdes plus ou moins rationnels ont été conseillés dans les cas de brûlure. Il faut admettre comme règle qu'il est préférable de poursuivre avec un remède qui laisse à désirer que de l'échanger contre un meilleur; moins on change et mieux cela va. Le coton cardé, appliqué et laissé en place, rend de très bons services.

Si la brûlure est profonde ou d'une grande étendue, l'intervention du médecin est nécessaire, car le cas peut être grave.

POISONS

Lorsqu'une personne a été empoisonnée, il faut chercher à la débarrasser du poison si l'accident est récent, sinon il faut chercher à en neutraliser l'effet. Le résultat, dans le traitement de l'empoisonnement, dépendant surtout de la promptitude des secours, il est important que la sage-femme connaisse les moyens à employer.

Débarrasser une personne du poison qu'elle aurait avalé en la faisant vomir ne peut être conseillé sans danger, que lorsqu'il s'agit de substances végétales; dans ces cas, un vomitif sera toujours indiqué.

Quant aux poisons minéraux, voici quelques règles générales à suivre, et les antidotes ou contre-poisons les plus sûrs :

Acides minéraux. Acide sulfurique, azotique, il faut faire usage de magnésie, de craie ou d'une solution de savon.

Alcalis (potasse, soudé). Il faut donner des acides, comme eau vinaigrée, jus de citron, etc.

Arsenic. On administre la liqueur d'oxyde de fer hydraté, à son défaut le sous-carbonate de fer à haute dose, 15 grammes pour 6 centigr. d'arsenic.

Sublimé corrosif et les autres sels de mercure. Blanc d'œuf, le lait.

Sels de cuivre (vert-de-gris). Blanc d'œuf, l'eau sucrée, le lait.

Tartre stibié (émétique). Décoction de quinquina, d'écorce de chêne, noix de galle.

Pierre infernale. Solution de sel de cuisine.

Sels de zinc (vitriol blanc). Solution de sulfate de soude, du lait.

Sels d'étain. Les mêmes.

Sels de plomb (litharge, céruse). Sulfate de soude (sel de Glauber) ou sulfate de potasse (sel de duobus).

Opium et laudanum. Café, vinaigre, jus de citron.

Acide prussique (eau de laurier-cerise). Eau chlorée ammoniacale, café, essence de thérébentine, douches froides dans le dos.

Cantharides. Camphre.

Champignons vénéneux. Prompt vomitif, café noir, puis éther, éther sulfurique, solution de sel de cuisine.

La rue. 15 à 20 gouttes de laudanum.

Sabine. Décoction de graine de lin ou de ratanhia, puis une quinzaine de gouttes de laudanum.

Phosphore. N'a pas de contre-poison connu; on peut essayer la magnésie ou l'eau de chaux; dernièrement on a conseillé l'huile essentielle de thérébentine, 20 à 30 gouttes dans un verre d'eau.

Belladone, datura stramonium ou pomme épineuse, *jusquiame, tabac, morelle.* L'antidote le plus sûr dans les empoisonnements par ces substances consiste dans l'administration de 15 à 20 gouttes de laudanum, café, eau-de-vie, acétate d'ammoniaque.

PRÉPARATION DE QUELQUES REMÈDES DOMESTIQUES

TISANES

Les tisanes se préparent par infusion, par décoction ou par macération.

Les *infusions* se font en versant simplement de l'eau bouillante

sur les herbes ou les racines dont on veut se servir; c'est ainsi qu'on fait le plus grand nombre de tisanes, par exemple celles de sureau, de bourrache, de tilleul, de feuilles d'oranger, de camomilles, le thé pectoral.

Pour préparer une tisane par *décoction*, il faut faire bouillir l'eau avec la substance médicamenteuse; on ne prépare guère de cette manière que les tisanes faites avec des bois ou des racines dures et résistantes, telles que le chiendent (gramont), la salsepareille, la canne de Provence, la mousse d'Islande.

Les mauves peuvent se traiter par infusion ou par décoction; celle-ci est beaucoup plus épaisse et plus mucilagineuse que l'infusion.

La tisane de graine de lin se fait mieux par infusion que par décoction, mais il faut avoir soin de laisser le liquide en contact avec le lin jusqu'à refroidissement complet.

La *macération* consiste à mettre tremper pendant plusieurs heures la substance médicamenteuse dans de l'eau froide: c'est ainsi qu'on prépare la macération de quinquina et celle de quassia amara.

LIMONADES

La limonade est une boisson acide, d'un goût agréable et rafraîchissant, qu'on prépare avec des citrons coupés en tranches, dont on enlève les pépins et qu'on fait tremper dans un pot d'eau froide ou bouillante, on ajoute du sucre à volonté.

L'orangeade se prépare de la même manière avec des oranges au lieu de citrons.

DES LAVEMENTS

La quantité de liquide employée pour un lavement varie suivant l'âge du malade et le but qu'on se propose. On distingue les lave-

ments entiers, contenant 500 grammes de liquide servant à évacuer l'intestin chez l'adulte; les demi-lavements, de 250 grammes et les quarts de lavements de 125 grammes sont employés chez les enfants et dans les cas où l'on désire que le malade garde le lavement, qui est alors absorbé et agit comme un remède pris par la bouche.

Le lavement évacuant le plus usité se donne avec de l'eau tiède; on le rend plus actif en y ajoutant différentes substances, par exemple une ou deux cuillerées d'huile battue avec un jaune d'œuf, une cuillerée à soupe de sel d'Angleterre ou de sel de cuisine, ou deux cuillerées de gros miel ou de mélasse; les lavements d'eau de savon ont aussi des propriétés purgatives prononcées.

En cas de diarrhée chez les enfants, on donne de petits lavements d'amidon délayé à froid.

Chez certains malades qui ne peuvent rien avaler ou dont l'estomac rejette tout et ne supporte aucune nourriture, on donne de petits lavements nourrissants avec du lait ou du bouillon concentré de bœuf.

DES CATAPLASMES

Les cataplasmes se font ordinairement avec de la farine de lin et de l'eau. Leur préparation exige certains soins, il faut s'assurer que la farine est de bonne qualité et fraîche, car la farine aigrie ou rancie a une action irritante sur la peau, il faut ensuite la délayer avec de l'eau qui doit cuire pendant quelques moments. On l'enveloppe dans une mousseline grossière avant de l'appliquer sur la partie malade, le cataplasme posé est recouvert d'un morceau de taffetas ciré pour maintenir plus longtemps la chaleur et l'humidité.

On peut aussi faire des cataplasmes avec de la fécule.

SINAPISMES

On prépare les sinapismes en mettant de la moutarde anglaise en poudre fine avec de l'eau tiède; il ne faut pas y ajouter du vinaigre

qui en diminue l'action au lieu de l'augmenter, l'eau doit être tiède, les sinapismes trop chauds sont peu actifs.

Après qu'on a enlevé les sinapismes, il faut avoir soin de nettoyer soigneusement la peau pour qu'il n'y reste pas de parcelles de moutarde, puis on la recouvre de ouate ou d'une compresse.

C'est aux mollets et à l'intérieur des cuisses qu'on pose le plus souvent les sinapismes ; la peau de la plante des pieds est si épaisse qu'ils n'agissent que très lentement.

On vend maintenant sous le nom de *sinapismes Rigollot*, des feuilles de toile carrées recouvertes de moutarde; il suffit de tremper une des feuilles dans l'eau froide et de l'appliquer pour avoir un excellent sinapisme, dont l'effet beaucoup plus rapide doit être surveillé.

La farine de moutarde sert à préparer les bains de pieds ou de mains sinapisés, il suffit d'ajouter de la moutarde anglaise en poudre dans l'eau du bain ; si l'on veut qu'il soit très actif, il faut que l'eau en soit simplement tiède et n'y point ajouter de vinaigre.

On prépare le sinapisme comme un cataplasme, après quelques instants le malade ressent une brûlure qui va croissant, et si la moutarde est bonne, l'effet est obtenu en dix ou quinze minutes, moment où la douleur devient difficile à supporter, et où la peau rougit. Il ne faut pas laisser de sinapismes en place plus de vingt minutes, de peur d'occasionner des brûlures sérieuses.

VÉSICATOIRES

Les vésicatoires sont des emplâtres qui ont la propriété de faire lever l'épiderme sous la forme d'une cloche remplie d'eau.

On place le vésicatoire à l'endroit indiqué par le médecin, on le fixe avec une bande ou un mouchoir, et on le laisse en place pendant huit à dix heures après lesquelles la vessie est prête à percer.

Le pansement varie suivant le but qu'on se propose ; si l'on veut que le vésicatoire guérisse rapidement, on perce la partie inférieure

de la vessie, on en fait écouler la sérosité, on panse avec un taffetas enduit de cérat ou de beurre frais ; ce pansement est renouvelé deux fois par jour et maintenu avec une bande ou un mouchoir. A défaut de toile cirée, on peut se servir d'une feuille de bette ou d'une compresse de vieille toile de fil.

Si l'on désire, au contraire, que le vésicatoire suppure pendant quelque temps, il faut enlever l'épiderme et panser la surface dénudée de la peau avec de la *pommade épispastique*, qui a pour effet d'entretenir la suppuration.

Les *mouches de Milan* sont de petits vésicatoires moins douloureux que ceux dont nous venons de parler. On peut les laisser en place jusqu'à ce qu'ils se détachent d'eux-mêmes.

DES BAINS

On distingue les bains :

1° En bains *simples, froids, tièdes ou chauds*.

Les bains froids, de rivière, de lac, de mer ont de 10° à 25° centigrades.

Les bains tièdes les plus généralement employés marquent de 25 à 33°.

Les bains chauds, de 33 degrés et au-dessus, sont considérés comme débilitants et offrent facilement des dangers.

La sage-femme fera bien de se familiariser avec l'usage du thermomètre.

2° En bains médicamenteux.

Bains de son ; on les prépare en faisant bouillir trois à quatre kilos de son dans quelques pots d'eau qu'on mélange à l'eau du bain ; ils sont émollients.

Les bains d'amidon contiennent de 250 à 300 grammes d'amidon délayé d'eau ; ceux de savon 500 grammes environ de savon blanc.

Les bains de soude reçoivent de 250 à 500 grammes de soude à lessive.

Les bains salés se font avec quelques kilos de sel de cuisine dissous d'avance dans une quantité suffisante d'eau ; ils sont toniques, et utiles aux enfants scrofuleux et rachitiques.

Les bains aromatiques où l'on verse une infusion d'herbes aromatiques, telles que les camomilles, la mélisse, la sauge, les fleurs de houblon, de noyer, de romarin, de frêne, de tilleul, sont employés à peu près dans les mêmes cas que les bains salés ; on y ajoute soit du sel, soit du gros vin rouge.

Les bains sulfureux de 30 à 90 grammes de foie de soufre, les bains de soude ou de potasse, servent dans les maladies des os et de la peau.

VARIOLE

La variole ou petite-vérole est une maladie généralement grave, caractérisée par une éruption de pustules à la peau. Son degré de gravité dépend surtout de son étendue et des parties plus ou moins délicates qui sont le siège des pustules. Elle n'atteint généralement qu'une fois l'individu. Elle règne quelquefois sporadiquement, le plus souvent sous forme d'épidémie ; elle est contagieuse.

Pendant longtemps, pour atténuer les dangers de la variole, on choisissait l'époque d'une épidémie bénigne et l'on inoculait cette maladie. On appelle *inoculation* l'opération par laquelle on introduit artificiellement dans l'économie le principe matériel d'une maladie contagieuse. Mais il arrivait souvent que la maladie, malgré cette précaution, prenait un caractère grave et emportait les enfants. Cette méthode est maintenant sévèrement défendue. Elle a été remplacée par la vaccination, opération qui consiste à introduire par une légère piqûre à la peau le virus vaccin et à le mettre en contact avec les vaisseaux absorbants. La vaccination, l'un des grands bienfaits de l'humanité, puisqu'elle a eu pour effet de diminuer la mortalité dans une proportion énorme, a été découverte par le

docteur Jenner, dont les premiers essais remontent en 1776, mais qui ne furent réellement connus du public qu'en 1798.

Le virus vaccin (cowpox) est le produit d'une maladie qui se développe sur le pis des vaches.

La vaccination la plus sûre est celle qui se fait de bras à bras, c'est-à-dire en piquant légèrement les boutons vaccinaux parvenus à leur maturité et en introduisant le virus immédiatement sous la peau. La vaccination peut se faire sur toutes les parties du corps; néanmoins, on choisit de préférence la partie supérieure du bras. Pour la pratiquer, on tend exactement la peau du bras à vacciner; on pratique de l'autre main une légère piqure en introduisant horizontalement l'instrument sous l'épiderme. La lancette est retirée en l'essuyant dans la plaie. On peut aussi faire avec l'instrument quelques petites éraillures irrégulières et superficielles dans lesquelles on introduit le virus.

Il faut éviter de faire saigner.

VACCINE

Pendant les deux ou trois premiers jours (incubation) on observe à peine un petit cercle rougeâtre, une petite élévation. A la fin du 3^e ou 4^e jour, on sent au toucher un peu de dureté et bientôt se montre une petite élevation rouge, qui devient circulaire le cinquième jour et prend la forme d'un ombilic. Le 6^e jour, la teinte rouge de l'élevation s'éclaircit; le bourrelet, entouré d'un cercle rouge de 1 millimètre de diamètre, s'élargit, et le centre de la pustule est plus déprimé. Le 7^e jour, le volume de la pustule augmente; le bourrelet circulaire s'aplatit et prend un aspect argenté; la teinte rouge se fond dans la dépression centrale et continue à en occuper, dans un très petit espace, le bord inférieur. Le 8^e jour, le bourrelet s'élargit, la matière contenue dans la pustule prend une teinte plus foncée; le cercle rouge très étroit qui jusqu'alors a circonscrit la

pustule prend une couleur moins vive; l'inflammation se propage au tissu cellulaire sous cutané. Le 9^e jour, le bourrelet circulaire est plus large, plus élevé, plus rempli de matière, le cercle rouge dont les irradiations étaient semblables à des vergetures, prend une teinte plus uniforme et une belle aréole se dessine. Le 10^e jour le bourrelet circulaire s'élargit, l'aréole acquiert 2 à 5 millimètres de diamètre; la peau sur laquelle elle est développée est quelquefois tuméfiée (tumeur vaccinale); sa surface paraît granulée et légèrement pointillée, et l'on distingue à la loupe un grand nombre de petites vésicules remplies d'un fluide transparent. C'est alors que le vacciné éprouve souvent une chaleur mordicante, de la pesanteur, une vive démangeaison et un mouvement fébrile. Le 11^e jour, l'aréole, le bourrelet, la dépression centrale, sont comme la veille; la pustule vaccinale, qui dépasse de 2 à 5 millimètres le niveau de la peau, ressemble à une grosse lentille de 5 à 11 millimètres de diamètre, de couleur perlée, dure au toucher et présentant la résistance d'un corps étroitement uni à la peau. Pendant toute cette période, le virus vaccin est contenu dans une membrane cellulaire. Le 12^e jour, la période de dessiccation commence, la dépression centrale prend l'apparence d'une croûte; l'humeur contenue dans le bourrelet circulaire, jusqu'alors limpide, se trouble et devient opaline; l'aréole pâlit, la tumeur vaccinale s'affaisse, l'épiderme s'écaille. Le 13^e jour, la dessiccation s'opère au centre; la pustule, jusqu'alors celluleuse, ne forme plus qu'une cavité, et, si on l'ouvre, elle se vide en entier et fournit une matière jaunâtre, trouble et puriforme. L'aréole prend une teinte légèrement pourprée. Le 14^e jour, la croûte a la dureté de la corne et une couleur fauve analogue à celle du sucre d'orge; le cercle diminue de largeur. La croûte prend ensuite une couleur de plus en plus foncée et devient de plus en plus proéminente; elle tombe du 24^e au 27^e jour, laissant à nu une cicatrice profonde. Quelquefois, au lieu de cette *vaccine vraie* ou *préservatrice*, il ne se développe qu'une *fausse vaccine*.

Il existe contre la vaccine des préjugés que la sage-femme doit connaître et s'efforcer de combattre. — On dit : telle personne a été vaccinée et néanmoins elle a contracté la variole. Cela peut être

vrai, mais il faut observer qu'il ne suffit pas d'avoir été vacciné pour être préservé de la variole, il faut encore que l'opération ait réussi. Or il arrive souvent que la vaccination ayant eu lieu, l'opération ne donne point de boutons. Si les parents négligent de rapporter l'enfant au médecin vaccinateur, ils s'endorment dans une fausse sécurité. La loi actuelle exigeant un certificat de vaccine, ce danger n'existe plus, attendu que le vaccinateur ne délivre le certificat qu'après s'être assuré du résultat.

D'autres fois, la vaccine ne donne que de faux boutons. La fausse vaccine est caractérisée par des pustules inégales, s'élevant directement en pointe dès le lendemain ou le surlendemain de la piqure. Elles sont jaunâtres à leur sommet, s'ouvrent à la moindre pression, et le pus qu'elles contiennent s'écoule et se dessèche du troisième au cinquième jour. La croûte qui résulte de cette dessiccation est molle, jaune et souvent humectée d'une matière ichoreuse. En résumé, ces pustules n'ont ni la marche, ni la forme ombiliquée des pustules vaccinales, et ne sont nullement préservatives. Quelquefois le diagnostic des pustules est plus difficile; elles sont très circonscrites, ombiliquées, elles apparaissent le 4^e jour comme celles de la vaccine vraie; elles marchent comme elles (mais avec moins d'inflammation) jusqu'au 9^e jour et sont ordinairement desséchées vers le 14^e ou le 15^e. On leur donne le nom de *vaccinelles* ou de *varionoides*; elles ne préservent pas sûrement de la variole.

Il peut arriver encore que l'enfant parfaitement vacciné et avec succès dans son enfance, contracte la variole, c'est là un fait incontestable; mais s'il la contracte dans les premières années qui suivent la vaccination, la maladie revêt un caractère excessivement bénin. On lui donne le nom de *varioloïde* ou variole modifiée par la vaccine. La mortalité, dans ces cas, est insignifiante, tandis qu'elle est énorme dans l'autre. En outre, les pustules ne laissent pas ces affreuses cicatrices qui défigurent si horriblement les variolés.

Douze à quinze ans après la première vaccination, l'efficacité de l'opération paraît s'affaiblir, sinon se perdre absolument, de là la nécessité des revaccinations, que l'on ne saurait trop recommander.

On dit aussi que depuis l'introduction de la vaccine, la race s'est

abâtardie et que des maladies mortelles ont remplacé les pertes causées par la variole. Voici ce qu'il y a de vrai dans cette assertion. Avant la vaccine, un grand nombre d'enfants succombaient, surtout les chétifs et les malingres, les enfants maintenant arrivent à l'âge adulte et n'offrent peut-être pas des types d'hommes vigoureux.

Un instant de réflexion fait comprendre que ces enfants, arrachés à la mort, sont cependant des créatures humaines destinées peut-être à rendre à l'humanité des services autrement importants que ceux que l'on peut attendre des plus vigoureux athlètes.

Dire que d'autres maladies mortelles ont remplacé les pertes causées par la variole, ne repose sur aucune donnée rigoureuse; en effet, il n'existe aucune corrélation entre les maladies qui déciment actuellement les populations, la phthisie ou la fièvre typhoïde et la variole.

Une objection plus sérieuse et qui dans ces dernières années a pris une importance considérable, repose sur la possibilité de transmission par la vaccine de maladies héréditaires. Cette possibilité ne saurait plus être niée, mais elle ne peut s'opérer que par le sang. Si donc on a la précaution d'éviter en prenant du vaccin de laisser écouler du sang et d'en introduire dans le sujet à vacciner, on sera à l'abri de ce danger. De plus, on devra toujours et minutieusement s'enquérir de la personne d'où provient le vaccin et des antécédents des parents.

LA SAIGNÉE

C'est une opération par laquelle, en ouvrant une veine, on en tire du sang. Cette opération se fait le plus souvent avec un instrument appelé lancette; jadis on le faisait avec un phlébotome, maintenant hors d'usage.

La saignée du bras est la plus fréquente, elle se fait au pli du bras parce que les veines principales, ordinairement très apparen-

tes, formées par la réunion de toutes les veines superficielles des doigts, de la main et de l'avant-bras, se trouvent placées immédiatement sous la peau de cette région. Ces veines sont en allant du radius vers le cubitus, *la radiale, la médiane céphalique, la médiane basilique et la cubitale.*

La médiane basilique est ordinairement la veine la plus apparente, mais l'artère étant située au-dessous, il n'est pas prudent de l'ouvrir.

La cubitale, placée à la partie interne de l'avant-bras, est celle que l'on peut ouvrir avec le moins de danger si elle a un développement suffisant; mais on choisit de préférence la *céphalique médiane*.

Ces veines n'ont pas la même disposition chez tous les individus; chez les sujets maigres, elles sont peu apparentes; chez les vieillards, elles roulent sous la peau, qui est flasque; chez les sujets gras et surtout chez les femmes, elles sont peu visibles et souvent recouvertes par une couche épaisse de graisse, ce qui rend quelquefois cette opération très difficile. Il existe souvent des anomalies dans le passage de l'artère; il faut donc toujours, avant de pratiquer cette opération, s'assurer par le doigt de la disposition de l'artère et la sage-femme ne doit jamais ouvrir la veine qui recouvre l'artère.

Pour pratiquer cette opération, il faut une lancette fraîchement repassée, une bande pour suspendre le cours du sang dans la veine que l'on veut ouvrir, une bande roulée, deux petites compresses carrées pour comprimer la veine après la saignée, un vase d'une capacité connue pour recevoir le sang, quelques linges et de l'eau tiède. — La malade doit être couchée, être à jeun ou n'avoir pas mangé depuis quatre heures. On découvre le bras, on place la ligature, on s'assure de la position de l'artère. La ligature doit être appliquée à trois travers de doigt au-dessus de l'endroit où l'on veut plonger la lancette.

La lancette, à demi ouverte, est tenue par la main droite pour saigner au bras droit et par la main gauche pour saigner au bras gauche; l'autre main saisit le bras, appliquant le pouce sur la veine pour l'empêcher de rouler. C'est directement au-dessus de lui qu'il

faut enfoncer la lancette. La pointe de l'instrument est alors enfoncée transversalement et doucement jusqu'à ce que le sang apparaisse sur les côtés de la lance; on appelle ce temps *temps de ponction*, puis on relève la pointe obliquement en agrandissant la plaie, on appelle ce temps *temps d'élévation*. Quand la saignée est bien faite, le sang s'écoule de la veine en arcade et par un jet continu. Il est utile, pour l'entretenir, de placer dans la main du malade un étui arrondi que celui-ci fait rouler, tandis que la sage-femme saisit le bras dans la meilleure position possible pour l'écoulement du sang.

L'opération terminée, on passe le pouce sur la plaie, on ôte la ligature et on fléchit le bras. On lave ensuite le membre, on fixe enfin la petite compresse sur l'ouverture et on la maintient appliquée par des tours de bande disposée en 8 de chiffre. — Il est prudent de laisser l'appareil en place pendant vingt-quatre heures et que la femme, pendant ce temps, garde l'avant-bras à demi fléchi.

Il peut arriver que le sang ne coule pas : cela peut provenir de ce que la bande est trop serrée, il faut la desserrer; — ou bien de ce qu'elle n'est pas assez serrée; il faut appliquer la ligature plus serrée, frictionner le membre avec la paume de la main, faire exécuter des mouvements à l'avant-bras, ou le placer dans un bain d'eau chaude. Il faut ouvrir toujours largement la veine lorsqu'elle est très volumineuse, afin d'éviter un épanchement de sang sous la peau. Il se forme dans ce cas une tumeur appelée *thrombus*. — Si la veine est roulante, il faut la fixer fortement avec le pouce et l'inciser perpendiculairement. Si la veine n'a pas été ouverte, il faut faire une nouvelle piqure dans une meilleure direction; il convient, dans ce cas, d'ouvrir une autre veine à l'autre bras. Cela peut provenir aussi de ce que les plaies de la peau et de la veine ne correspondent plus; il faut alors chercher par quelques mouvements du bras à rétablir le parallélisme. Si enfin un peloton de graisse vient obstruer l'ouverture de la plaie, il faut l'exciser ou le refouler.

Un accident beaucoup plus grave, heureusement rare, peut se produire, c'est l'ouverture de l'artère brachiale. On reconnaît cet acci-

dent à ce que le sang s'échappe en arc, *renforcé par des jets saccadés*, et à la couleur du sang, plus vermeil que le sang veineux. Si l'on presse sur le vaisseau au-dessous de l'ouverture, le jet augmente. En enlevant la ligature, le sang persiste à couler, mais si on presse sur le trajet de l'artère en dedans du muscle biceps, le jet disparaît.

Lorsqu'un pareil accident arrive, la sage-femme doit faire fléchir fortement l'avant-bras, établir une forte compression sur le vaisseau au niveau du bras, mais surtout faire appeler un médecin immédiatement.

Plusieurs accidents peuvent survenir après la saignée. — La *syncope* : il faut coucher à plat la malade, lui faire quelques aspersions froides sur le visage, faire respirer quelque sel, du vinaigre. — S'il se forme un *thrombus* ou épanchement de sang dans le tissu souscutané, il suffit d'appliquer et de serrer une compresse fraîche.

L'inflammation de la veine ou *phlébite* peut devenir un accident grave; on la reconnaît à un cordon douloureux le long du trajet de la veine: il faut se hâter de prévenir un médecin.

L'anévrysme résultant de l'ouverture de l'artère se reconnaît à des battements correspondant aux battements du cœur. Accident très grave réclamant impérieusement l'intervention d'un médecin.

APPLICATION DES SANGSUES

Tout le monde connaît les sangsues. Si avides de sang que soient ces animaux, ils ne prennent cependant pas toujours volontiers sur la peau et leur application exige certaines précautions. Les plus grosses sangsues ne sont pas les meilleures; il faut plutôt choisir les plus vivaces.

Un moyen facile de les faire prendre consiste à placer un linge dans le verre destiné à les recevoir; on tend le linge, et les sangsues se trouvent ainsi en contact avec la peau. On peut aussi les

appliquer une à une en les tenant à l'aide d'une petite compresse.

La place sur laquelle on veut les appliquer doit être d'abord parfaitement nettoyée; il peut être utile de l'humecter avec du lait sucré pour que les sangsues prennent mieux.

Le sang s'arrête le plus souvent de lui-même après que les sangsues sont tombées; si l'on désire qu'il continue à couler, il suffit de recouvrir les piqûres d'un cataplasme chaud. Quand on veut, au contraire, arrêter le sang, on commence par essuyer proprement la place saignante et on applique sur les petites plaies un morceau d'amadou ou de gâteau de charpie qu'on serre avec les doigts jusqu'à ce que toute hémorragie ait cessé; on ôte alors les doigts et on les remplace par une compresse fixée avec une bande.

Les piqûres de sangsues doivent être surveillées avec un soin particulier chez les petits enfants, parce qu'elles sont sujettes à donner des hémorragies dangereuses qu'il importe d'arrêter sans perdre de temps; dans un cas pareil, on doit, comme nous venons de le dire, exercer une compression avec un morceau d'amadou ou une pelote de charpie. Si ce moyen ne réussit pas, le plus sûr est de pincer tout simplement la piqûre entre les doigts jusqu'à l'arrivée du docteur. Dans un cas urgent et en l'absence de tout secours, la sage-femme pourra arrêter le sang en rougissant au feu la pointe d'une aiguille à tricoter et en l'enfonçant rapidement dans la petite piqûre.

APPLICATION DES VENTOUSES

On distingue les ventouses *sèches* et les ventouses *scarifiées*.

Les ventouses sèches servent simplement à faire affluer le sang à la place où on les applique; on les coupe ou scarifie lorsqu'on veut que le sang s'écoule en dehors.

Les instruments nécessaires pour appliquer des ventouses sèches

sont de petites cloches en verre et une lampe à esprit de vin ; pour les ventouses scarifiées, il faut de plus un instrument nommé *scarificateur* ou *pistolet à ventouses*.

Toute sage-femme doit posséder ces divers instruments.

MODE D'APPLICATION

Pour opérer le vide dans la cloche, on se sert de la flamme d'une lampe à esprit de vin, à son défaut, de charpie ou de coton imbibé d'alcool qu'on brûle au fond du verre. Celui-ci est rapidement appliqué sur la peau, qui forme une tumeur dans la cavité de la cloche. Après quelques minutes d'application l'effet est produit. Pour détacher le verre, il suffit d'appuyer avec le doigt sur la peau et de renverser le contenu du côté opposé.



TABLE DES MATIÈRES

	Pages
PRÉFACE	5
Introduction	7
Formule du serment	10
Dispositions législatives concernant les sages-femmes.	11

PREMIÈRE DIVISION

Description abrégée du corps humain et des fonctions de ses organes	17
Fonction de l'inervation	18
Des sens	21
Fonction de la nutrition.	22
Fonction de la respiration	24
Fonction de la circulation	25
Fonction de la locomotion	27
Fonction de la génération et de la sécrétion urinaire	27
Du bassin	30
Articulation des os du bassin	32
Du bassin considéré dans son ensemble	33
Diamètre du petit bassin	33
Profondeur du petit bassin	35
Des organes de la génération chez la femme	36
Organes génitaux internes	37
Menstruation	41
Des mamelles	43

MANUEL D'ACCOUCHEMENT.

18

DEUXIÈME DIVISION

	Pages
De la grossesse normale	45
Du fœtus	46
Nutrition et circulation du sang chez le fœtus, placenta et cordon ombilical	48
Membrane qui renferme le fœtus	50
Position et attitude du fœtus dans la matrice	51
De la tête du fœtus	53
Des changements que la grossesse produit chez la femme . .	55
Modifications produites par la grossesse dans d'autres organes	58
Tableau résumant les modifications que la matrice subit pendant la grossesse	60
Des signes de la grossesse	61
Signes certains et signes incertains de la grossesse	64
Tableau des signes de la grossesse	65
De la grossesse multiple et de ses signes	67
Examen de la femme enceinte	68
Hygiène des femmes grosses	70

TROISIÈME DIVISION

De l'accouchement naturel	73
Causes de l'accouchement	73
Description sommaire de la marche de l'accouchement . . .	75
Résumé sommaire de la marche de l'accouchement naturel . .	81
Des différentes présentations du fœtus	82
Accouchement dans la présentation du sommet	82
Accouchement naturel dans la présentation du siège	98
Accouchement naturel dans la présentation de la face	104
Accouchement gémellaire	108

QUATRIÈME DIVISION

Des accouchements vicieux	111
Causes de l'accouchement vicieux provenant de l'œuf	112
Causes d'accouchements vicieux provenant de la mère	121
Version	135

CINQUIÈME DIVISION

	Pages
Des maladies de femmes enceintes	146
Accidents généraux	146
Des déplacements	150
De l'avortement ou fausse couche	154
De la grossesse extranterine	162
De la fausse grossesse, moles	163

SIXIÈME DIVISION

Des accidents qui peuvent survenir pendant l'accouchement et la délivrance	164
Travail trop rapide	164
Rupture de la matrice et du vagin	165
Déchirure du périnée	166
Renversement de la matrice	167
Sortie d'une hernie pendant le travail	168
Procidence du cordon	169
Tumeurs variqueuses, vagin et grandes lèvres	169
Syncopes	170
Eclampsie	170
De la mort subite de la mère et de l'enfant	172
De l'hémorragie utérine pendant le travail	173
De la délivrance vicieuse	175
De la délivrance artificielle	177
De l'hémorragie après l'accouchement	177

SEPTIÈME DIVISION

Des suites de couches	183
Marche naturelle des couches ou état puerpéral	183
Des soins à donner aux femmes en couches	186
Des accidents et des maladies de l'état puerpéral	190
De la fièvre puerpérale	192

HUITIÈME DIVISION

	Pages
Le nouveau-né. Développement de l'enfant après la naissance	194
Soins à donner au nouveau-né	195
Du lait en général.	197
Alimentation du nouveau-né	199
Allaitement maternel	201
Allaitement par une nourrice	206
Allaitement par un animal	211
Allaitement artificiel	212
Dentition	217
Sevrage	219
Hygiène du nouveau-né	221
Principales maladies des nouveaux-nés	227
Etat maladif développé pendant la grossesse	227
Tumeurs érectiles	220
Hernies ombilicales	229
Vices de conformation	230
Imperforation de l'anus et de l'urèthre.	230
Bec de lièvre.	230
Etat maladif dépendant de l'accouchement	231
De la mort apparente des nouveaux-nés	231
Tuméfaction de la partie par laquelle l'enfant s'est présenté.	233
Membres luxés ou fracturés	233
Rupture du cordon près du nombril	234
Maladies qui surviennent après la naissance	234
De la fièvre chez les enfants	234
De la toux	234
Des vers	235
Des convulsions	236
Coliques, constipations et diarrhées	236
Choléra des petits enfants	238
Des aphtes	239
Du muguet	239
Jaunisse des nouveaux-nés.	239
Érysipèle	240

	Pages
Rougeur de la peau	240
Croûte de lait	241
Ophthalmie des nouveaux-nés	242
Chute du fondement	243
Scrofules	244
Rachitisme	244

NEUVIÈME DIVISION

Notions élémentaires d'hygiène	246
Hygiène des malades	246
L'air	246
La lumière	247
Chaleur	247
Habitation	247
Propreté	248
Régime	248
La diète	248
Premiers soins à donner en cas d'accidents et dans quelques maladies	249
Cathétérisme	249
Asphyxie	250
Par submersion	250
Acide carbonique	252
Par le froid	253
HÉMORRAGIES. — Artérielles. — Veineuses. — Saignement par le nez	254
Brûlûres	255
Poisons	256
Préparation de quelques remèdes domestiques	257
Tisanes	257
Limonades	258
Lavements	258
Cataplasmes	259
Sinapismes	259
Vaccinations	260

	Pages
Bains	261
Variole	262
Inoculation	262
Vaccine	263
De la saignée	266
Application de sangsues	269
Application de ventouses	270
