urines devient de plus en plus difficile, quelquefois même tout à fait impossible, par suite de la compression que la tête, engagée au détroit supérieur, exerce sur le col de la vessie. Dans ces cas, il faut chercher à repousser légèrement la tête avec deux doigts. Si l'on ne peut y parvenir, il faut pratiquer le cathétérisme. Nous avons dit plus haut qu'il était bon, dans ce cas, de se servir d'une sonde d'homme, dont la courbure est beaucoup plus prononcée. Quelquefois même, en prenant cette précaution, on rencontre des résistances à l'introduction de l'algalie; il faut alors redoubler de précaution, placer la femme sur un plan tout à fait horizontal; chercher avec une main à renverser la matrice en arrière, ou mieux avec deux doigts portés dans le vagin, chercher à soulever la tête qui, engagée dans le petit bassin, comprime fortement l'urèthre, pendant qu'avec l'autre on introduit la sonde.

Cette accumulation de l'urine dans la vessie est suivie d'assez graves accidents pour légitimer l'insistance que mettra l'accoucheur à pratiquer le cathétérisme. Le moindre de tous les accidents qui peuvent en résulter est le ralentissement et même la cessation complète des douleurs. La sensation pénible produite par la distension de la vessie, augmentée lorsque les muscles abdominaux se contractent, engage la femme à suspendre, autant qu'elle le peut, les contractions; d'ailleurs cette douleur est quelquefois si vive par elle-même, qu'elle paralyse, pour ainsi dire, l'action de ces muscles; en outre, ceux-ci étant séparés des parois utérines par la masse du liquide renfermé dans la vessie, leur action ne leur est plus transmise que d'une manière très-faible. La paralysie de la vessie, que souvent on rencontre après l'accouchement, est souvent aussi la conséquence de la rétention trop prolongée des urines. Enfin, la rupture des parois de ce réservoir survient quelquefois à l'instant où la femme se livre aux efforts les plus violents. Ce dernier accident est rare sans doute, mais il n'est pas sans exemple, puisque Rhamsbotham père dit en avoir observé deux cas [1]. (*Obs. pract. cases*, 89, 90).

On peut facilement, surtout après la rupture des membranes, reconnaître la tumeur formée ainsi par la vessie très-distendue. On sent, en effet, immédiatement au-dessus du pubis, et quelquefois jusqu'au niveau de l'ombilic, une tumeur plus ou moins molle, fluctuante, à côté et en arrière de laquelle on distingue la tumeur dure, résistante, formée par l'utérus; tumeur dont la consistance varie suivant qu'on l'examine pendant ou après la contraction.

Dès le début aussi le médecin s'occupera de préparer tout ce qui pourra lui être nécessaire plus tard. Il disposera les fils destinés à la ligature du cordon, les bandes et les linges qu'il taillera pour couvrir le nombril de l'enfant. A l'insu de la femme, il se procurera de l'eau froide, des vinaigres, des sels, tous agents qui seront probablement inutiles, mais qu'il doit toujours avoir à sa disposition.

[1] Les symptômes observés ressemblent beaucoup à ceux de la rupture utérine; seulement l'enfant reste en place, comme on le pense bien. Du reste, douleur vive et subite dans la région de la vessie. La femme accuse la sensation produite par l'épanchement du liquide dans le ventre, syncope, etc., comme signes propres à la rupture vésicale, affaissement, disparition de la tumeur formée auparavant par la vessie, et qu'on pouvait sentir au-dessus du pubis, fluctuation obscure dans le ventre.



Enfin, il doit s'occuper de préparer le lit sur lequel doit accoucher la femme.

Ce lit, qu'on appelle *lit de travail*, *lit de misère* ou *petit lit français*, se dispose de la manière suivante : on dresse d'abord un lit de sangle d'une moyenne hauteur, de 2 pieds à 2 pieds et demi de large, et dont une des extrémités est appliquée contre la muraille. Il doit être isolé sur ses côtés, de manière qu'on puisse librement circuler tout autour. Un premier matelas est placé sur toute la longueur du lit; un second, qu le recouvre dans sa partie supérieure, est plié en deux vers son tiers supérieur, de manière à laisser à découvert, par son bord inférieur, le premier matelas. Une toile cirée, puis un drap, des oreillers, une couverture, complètent le lit de misère. Une barre solide est fixée transversalement à l'extrémité du lit, pour offrir aux pieds de la femme, dans les derniers moments du travail, un point d'appui suffisant.

En France, on place la femme de manière que la partie postérieure et supérieure du dos repose sur le plan incliné formé par le second matelas, et le siége sur le bord de ce même matelas; les membres inférieurs sont légèrement fléchis, et les pieds appuyés contre la barre transversale mise à l'extrémité du lit.

En Angleterre, les femmes accouchent sur le bord de leur lit; elles se tiennent couchées sur le côté gauche, les jambes et les cuisses fléchies, et les genoux écartés par des oreillers.

En Allemagne, on se sert de la *chaise-lit* des anciens. La femme est posée sur un plan incliné qu'on peut modifier à volonté, en baissant ou en relevant le dossier au moyen d'une crémaillère qui y est adaptée; la femme tire sur les bras de cette chaise, et arc-boute ses pieds contre les marches dont elle est munie. Lorsqu'elle se livre aux efforts du travail, les parties sexuelles sont à découvert, et répondent à l'échancrure qui est pratiquée sur le bord de la chaise.

Le lit de sangle, garni tel que nous l'avons décrit, nous paraît préférable, surtout parce qu'on le trouve partout. Ce lit, conseillé par Desormeaux, est surtout convenable lorsque la femme doit rester couchée pendant toute la durée du travail, comme cela est nécessaire dans le cas où elle est affectée de hernie, ou menacée de prolapsus, de renversement de l'utérus ou d'hémorrhagie. On pourrait, à la rigueur, y suppléer par une table et des chaises qu'on appuierait contre le mur. Chez les personnes aisées, il vaudrait peut-être mieux, disent Desormeaux et M. P. Dubois, se servir d'un lit ordinaire, en ayant soin d'y faire placer des matelas un peu durs, et, à l'endroit du siége, un coussin un peu résistant, pour empêcher que la région pelvienne ne s'enfonce dans l'épaisseur des matelas, et que le rebord de la cavité qui se formerait ne soit un obstacle à la rétropulsion du coccyx et à la sortie de la tête. La femme est à l'aise sur ce lit; elle peut se placer sur le côté, y prendre les attitudes les plus commodes, et dormir même pendant l'intervalle des douleurs; après l'accouchement, elle peut y rester quelque temps avant qu'on la transporte dans un autre lit.

L'accoucheur doit-il rester constamment auprès de la malade? C'est encore

là une question dont la solution varie suivant le caractère des femmes, l'intimité plus ou moins grande qui existe entre elles et leur médecin. Il est quelques femmes craintives qui désirent l'avoir toujours auprès d'elles ; il en est d'autres qui sont impatientées, gênées par sa présence continuelle. Dans tous les cas, il doit se rappeler que, pendant le travail, les femmes ont très-souvent besoin d'uriner, d'aller à la garderobe ; il doit donc de temps en temps passer dans une chambre voisine pour lui en laisser le loisir. Pendant le travail, les femmes sont bien rassurées par les caresses, les consolations que leur prodigue leur mari : le médecin comprendra que sa présence gêne ces doux épanchements, et qu'il doit discrètement se retirer, ou au moins ne pas s'en apercevoir. Du reste, l'accoucheur s'absente le plus souvent pendant la période de dilatation : ainsi, après avoir examiné la femme, constaté que la présentation et la position du fœtus sont favorables, il pourra, si le col commence à s'ouvrir, vaquer à ses occupations et revenir seulement toutes les deux heures ; mais si le diagnostic de la position avait été impossible, ou s'il avait fait reconnaître une position vicieuse, le médecin ne doit quitter la malade sous aucun prétexte, pour être toujours prêt à parer aux accidents qui pourraient nécessiter plus tard son intervention.

Lorsque la période d'expulsion commence, l'accoucheur se place à droite du lit de misère, sur un siége d'une hauteur convenable. Son rôle consiste, dans l'accouchement naturel, à s'assurer de temps en temps des progrès du travail au moyen du toucher, à diriger convenablement les efforts de la femme; enfin, à soutenir le périnée au moment où la tête franchit la vulve.

Pendant tout le premier temps du travail, la femme peut se tenir couchée, rester assise ou se promener. Ce changement fréquent de position lui rend même plus supportables les lenteurs et la fatigue du travail ; mais, à la fin du premier temps, lorsque la dilatation est complète, et que la poche amniotique, bombant fortement, est sur le point de se rompre, il faut alors la placer sur son lit. Cette précaution est aussi indispensable chez les femmes qui ont déjà eu plusieurs enfants ; car l'expulsion du fœtus est quelquefois tellement prompte après la rupture des membranes, qu'on n'a pas toujours le temps de les faire coucher, et que la malade est exposée à accoucher debout. Mais, quand après cette rupture la marche du travail est lente, que la tête, plus ou moins plongée dans l'excavation ou arrivée déjà sur le périnée, ne s'avance pas, que les douleurs semblent devenir plus faibles et plus éloignées, il est bon de conseiller à la femme de se lever, de se promener, en la faisant soutenir par des aides, si ses forces ne lui permettent pas d'aller seule. On remarque, en effet, que le mouvement semble donner plus d'activité aux contractions de l'utérus. Dans le cas contraire, la femme ne doit plus quitter le lit, à moins d'indications spéciales.

Si la femme est tourmentée de douleurs de reins, on la soulage en étendant sous les reins une serviette pliée en double, dont les deux extrémités sont soulevées, pendant la douleur, par deux personnes placées à côté du lit.

On doit aussi essayer de calmer les crampes qu'elle éprouve assez souvent



dans les cuisses et dans les mollets, en lui conseillant de contracter volontairement les muscles antagonistes des muscles contracturés. Ce moyen la soulagera beaucoup plus que les frictions faites sur le lieu de la souffrance.

Quelques femmes nerveuses éprouvent fréquemment, au début du travail, des tremblements, des frissons, qui sont quelquefois assez marqués pour donner de l'inquiétude. Suivant la remarque de Dewees, ils coïncideraient souvent avec une rapidité très-grande dans la dilatation du col. Une femme qui attendait à chaque instant le début du travail fut tout à coup réveillée au milieu de la nuit par un frisson violent. La garde, effrayée, envoya chercher Dewees : à son arrivée, il trouva la malade tremblant de tous ses membres; elle l'assura qu'elle n'avait encore éprouvé aucun symptôme de travail, et qu'elle ne ressentait rien autre chose que cette agitation de tout le corps qu'aucun effort ne pouvait maîtriser. Au bout de cinq minutes, elle s'écria qu'elle croyait que le travail commençait. Dewees s'assura que cela était vrai, et les choses marchèrent si rapidement, qu'il eut à peine le temps de la mettre dans une position convenable : en moins de cinq minutes elle était délivrée. Ces frissons se renouvellent quelquefois durant le travail, ou immédiatement après. Dans aucun cas, ils ne méritent une attention sérieuse.

Au moment de la rupture de la poche des eaux les femmes sont souvent effrayées; aussi est-il bon de les en prévenir longtemps à l'avance : il faut aussi avoir eu la précaution de placer près des parties génitales une éponge ou de vieux linges destinés à recevoir le liquide qui s'écoule. Immédiatement après l'écoulement des eaux, il faut s'assurer de nouveau de la présentation et de la position et voir si l'on ne s'était pas trompé dans son premier examen.

La rupture des membranes s'opère le plus souvent spontanément ; mais il n'en est pas toujours ainsi, et l'accoucheur doit quelquefois intervenir.

Il est bien certain, en effet, que lorsque l'orifice de l'utérus est complétement dilaté, que les membranes sont poussées dans le vagin par une grande quantité de liquide, quand la tête est mobile et que les contractions ne déterminent pas la rupture spontanée de la poche amniotique, on doit croire que c'est elle qui, par sa résistance, retarde la terminaison du travail. Cet obstacle n'est jamais insurmontable par les seuls efforts de la nature ; mais le retard de l'accouchement, le tiraillement des membranes, peuvent avoir des inconvénients, et il faut alors les rompre. Pour cela, on profite du moment d'une forte contraction, et, pendant qu'elles bombent fortement, on pousse vivement l'extrémité du doigt indicateur contre le centre de la tumeur qu'elles forment. Quand cette brusque pression ne suffit pas, on racle avec l'ongle la surface des membranes, et, affaiblissant graduellement leurs trois tuniques, on les rompt ensuite plus facilement. Quelquefois pourtant elles résistent encore ; alors il faut se servir d'un instrument tel que la pointe d'un stylet mousse, ou mieux encore l'extrémité d'une plume taillée que l'on dirige sur le doigt jusque sur les membranes. M. Dubois a fait construire pour le même usage un instrument fort commode qui se compose tout simplement d'une tige de baleine aiguisée à son extrémité. Quand les eaux sont plates, c'est-à-dire quand peu de liquide sépare les mem-

branes de la tête, il faut avoir soin de diriger le petit instrument obliquement, afin de ne pas blesser le fœtus avec son extrémité.

Cette rupture des membranes est donc une petite opération assez simple; mais, si l'on excepte quelques cas assez rares dont nous allons parler, elle ne doit être pratiquée qu'après la dilatation complète de l'orifice. Quelle que soit, en effet, la partie qui se présente, il y a toujours avantage à maintenir dans l'utérus une assez grande quantité de liquide.

Quelques circonstances particulières peuvent pourtant nécessiter la rupture artificielle avant l'entière dilatation.

Dans un cas cité par Baudelocque, l'enfant était tellement mobile, qu'il présenta successivement à l'orifice tous les points de la surface du corps. Chez une femme dont le ventre était distendu par une grande quantité d'eau, M. Martin (de Lyon) avait reconnu les pieds et une main à travers les membranes. « Je me disposais, dit-il, à terminer l'accouchement, lorsque, sur la demande du mari, je fis appeler un confrère; mais il n'était pas encore arrivé que, touchant de nouveau, je reconnus la tête où j'avais trouvé les pieds et une main; je perçai aussitôt les membranes, ce qui fixa la tête au détroit supérieur et rendit l'accouchement naturel. » (*Compte rendu*, p. 155). Si l'on rencontrait un cas semblable, on pourrait s'écarter du précepte que nous avons posé, et rompre les membranes, quelque peu considérable que fût d'ailleurs la dilatation. Il est à peine besoin d'ajouter qu'il faudrait ne pratiquer cette rupture qu'au moment où l'on sentirait que le fœtus se présente par son extrémité céphalique. L'écoulement d'une certaine quantité de liquide amniotique et la rétraction de l'utérus fixeraient irrévocablement cette partie au détroit supérieur.

On peut encore, suivant la plupart des accoucheurs, rompre les membranes avant l'entière dilatation du col, lorsqu'on peut supposer que le liquide amniotique, en trop grande abondance, distend outre mesure et affaiblit la contraction des parois utérines. Mais dans ce cas, cependant, Gardien recommande d'apporter dans cette rupture artificielle la plus grande circonspection, et d'employer d'abord tous les moyens propres à ranimer la contraction.

Enfin, nous verrons plus tard que la ponction de l'œuf, à une période encore peu avancée du travail, est une des ressources les plus efficaces qu'on puisse opposer à certaines hémorrhagies graves qui surviennent pendant le travail.

Le doigt introduit dans le vagin doit plusieurs fois, dans la dernière période du travail, s'assurer, et pendant la douleur et pendant l'intervalle des douleurs, des progrès de la tête dans l'excavation. Toutefois cette exploration ne doit être faite que le plus rarement possible, et seulement alors que l'intérêt de la femme l'exige.

La plupart des femmes, s'imaginant hâter beaucoup la marche du travail en faisant valoir leurs douleurs, contractent leurs muscles, poussent violemment et font des efforts incroyables dès le début. Elles épuisent alors inutilement leurs forces. Tant que le col n'est pas effacé, la poche des eaux rompue, tout



effort est inutile; mais, dans la seconde période du travail, quand la tête s'engage dans l'excavation, appuie sur le périnée, c'est alors que l'accoucheur doit engager la femme à aider la contraction utérine par la contraction volontaire des muscles du tronc et des membres. Aussitôt que la contraction utérine a cessé, tout effort doit être suspendu. Dans les derniers moments, lorsque la tête est sur le point de franchir la vulve, les douleurs sont tellement vives, que les femmes se livrent à des efforts incroyables qui pourraient occasionner des accidents graves; il faut alors employer tous les moyens de persuasion pour les obliger à modérer un peu leurs efforts.

Pendant ces derniers moments du travail, la pression que la tête du fœtus exerce sur la partie inférieure du rectum fait éprouver aux femmes un besoin pressant d'aller à la selle. Beaucoup d'entre elles, cédant à une pudeur mal entendue, veulent alors se lever pour se mettre sur la garderobe. Il y aurait une grande imprudence à céder à leur demande, et elles ne doivent, sous aucun prétexte, quitter le lit. D'abord ce besoin est le plus souvent illusoire, quand on a eu la précaution de vider l'intestin au début du travail; et il pourrait arriver, comme je l'ai vu une fois, que la femme, surprise par une violente douleur, accouchât sur la chaise percée, sans que le médecin pût en aucune façon lui donner les soins convenables.

C'est dans ces derniers moments que l'accoucheur doit mettre toute son attention à soutenir le périnée. Pour cela, on appuie également, et avec un degré de force modéré, sur toute la surface périnéale, avec la face palmaire de la main. On la dispose de sorte que le bord radial des doigts réponde au côté gauche, et le bord antérieur au périnée; que l'extrémité des doigts réponde au côté gauche, et le talon de la main au côté droit de cette cloison, le pouce étant tenu éloigné de la grande lèvre de ce côté. La pression que l'on exerce doit être plus forte du côté de l'anus pour diriger en avant la tête du fœtus et faciliter son mouvement d'extension.

Quelle que soit la position du fœtus, il faut bien se garder, contre l'opinion de quelques auteurs, d'introduire les doigts dans la partie inférieure du vagin, d'exercer des pressions sur le périnée et le coccyx, de faire, en un mot, ce qu'ils appellent leur *petit travail*. Il est cependant quelques préparations qui peuvent être utiles. Ainsi, quand les parties génitales présentent beaucoup de rigidité, de chaleur, de sécheresse, des injections émollientes, des onctions avec des pommades adoucissantes, telles que le cérat ou la pommade de concombre, des fumigations émollientes, des bains entiers d'eau tiède, peuvent être fort avantageux. Ce dernier moyen surtout peut être utile lorsque l'abdomen est tendu et douloureux, que le col utérin est roide et résistant.

Depuis quelques années, M. le professeur Simpson a introduit dans la pratique des accouchements l'usage des moyens anesthésiques, dont la chirurgie retire chaque jour de si merveilleux résultats. L'accoucheur d'Édimbourg n'a pas seulement réservé l'éther et le chloroforme pour les cas difficiles, mais il conseille d'y recourir même dans les accouchements les plus naturels. L'importance de cette question nous oblige à la traiter avec détail, et l'on trouvera

plus loin un long article où, après avoir exposé les résultats connus, nous dirons franchement notre avis.

*Du régime des femmes en travail.* — Les femmes qui ont l'habitude d'accoucher rapidement ne doivent, en général, prendre aucun aliment. Mais lorsque le travail traîne en longueur, il faut soutenir les forces de la femme par des aliments de facile digestion. Beaucoup de personnes prennent tous les matins du café au lait. On peut sans inconvénient le leur permettre; dans le reste de la journée, on peut leur donner quelques tasses de bouillon, mais toujours en petite quantité à la fois. Si les digestions sont troublées, si la femme vomit, comme cela arrive très-souvent, il est évident qu'on devra retrancher même les aliments liquides. Du reste, ce mode d'alimentation souffre, suivant les individus, de très-nombreuses exceptions. Il faut accorder à quelques-unes ce qu'on refuserait à d'autres. Les femmes robustes des campagnes ne doivent pas être soumises évidemment à la même sévérité de régime que les femmes délicates des grandes villes.

Le choix des boissons a aussi quelque importance. Celles que l'on permettra seront de l'eau pure ou légèrement sucrée, une infusion légère de tilleul ou de feuilles d'oranger, de mauve ou de violettes, etc. Les limonades, le vin étendu d'eau, qui seraient d'abord plus agréables à beaucoup de femmes, tournent en général à l'aigre, et sont mal digérés. Les vins chauds, les liqueurs, doivent être sévèrement prohibés. Dans les campagnes, on a souvent beaucoup de peine à combattre les préjugés répandus sur ce point; mais il faut insister, car le médecin ne doit jamais perdre de vue que le trouble, l'agitation qui succèdent à l'administration des spiritueux, exposent la femme aux inflammations et aux hémorrhagies actives. Si l'état de faiblesse de la femme exige quelques restaurants, alors de bons bouillons, un peu de vin vieux, quelques cuillerées de vin d'Espagne, sont les seuls et les meilleurs moyens qu'on puisse employer.

## ARTICLE II

### SOINS A DONNER A L'ENFANT PENDANT LE TRAVAIL

Après avoir reconnu la présentation et la position, l'accoucheur constatera l'état de vie ou de mort de l'enfant, qu'il est important de diagnostiquer pour mettre sa responsabilité à couvert, en prévenant la famille.

Avant la rupture des membranes, le diagnostic pourra assez facilement être établi, en constatant par l'auscultation l'existence ou la non-existence des battements du cœur, et la persistance ou la cessation complète des mouvements actifs, sur lesquels la femme pourra toujours donner des renseignements assez précis. Après la rupture des membranes, les mouvements actifs sont très-peu prononcés, et même quelquefois tout à fait nuls; mais l'auscultation permet de percevoir les pulsations fœtales.

Le toucher permet aussi de constater quelques signes qui peuvent encore



éclaircir la question. Quand, en effet, l'enfant est vivant, et que la tête se présente, elle devient souvent le siége d'une tuméfaction sanguine d'autant plus considérable que le travail s'est prolongé plus longtemps depuis l'écoulement des eaux : cette tumeur se forme moins facilement quand l'enfant a cessé de vivre, et si la mort date déjà de plusieurs jours, la mollesse, la flaccidité, le plissement du cuir chevelu remplaceront la tumeur résistante formée par l'infiltration séro-sanguine; en outre, les os du crâne seront plus mobiles, le chevauchement de leurs bords sera plus considérable qu'à l'ordinaire, et en frottant les uns contre les autres ils feront entendre une espèce de crépitation. Un cas plus embarrassant est celui où l'enfant est mort quelque temps après la rupture des membranes, et après que déjà la tumeur sanguine a eu le temps de se développer. Mais l'incertitude ne pourra durer longtemps; car, pour peu que le travail se prolonge au delà de trois ou quatre heures, la tumeur perdra de sa consistance, et sa mollesse et sa flaccidité rendront l'erreur assez difficile. Enfin, quand le bassin est un peu étroit, le plissement du cuir chevelu peut simuler une tuméfaction sur la valeur diagnostique de laquelle il est utile de se prononcer. Le meilleur moyen, dit Merriman, de juger alors par la tumeur du cuir chevelu de l'état de mort ou de vie de l'enfant, est celui-ci: Lorsque l'enfant est vivant, on voit qu'au moment où la tête est fortement poussée par la contraction, les os chevauchent les uns sur les autres, et, par suite de ce chevauchement, le cuir chevelu se trouve plissé et constitue aussi une tumeur; mais immédiatement après la douleur, la tête reprend sa forme primitive par l'expansion des os du crâne, et les plis et la tuméfaction que présentait le cuir chevelu disparaissent, ou au moins diminuent beaucoup. Tout au contraire, lorsque l'enfant est mort, l'expansibilité des os du crâne étant détruite, la tête, après la contraction, ne reprend pas sa forme et son volume primitifs, et la tumeur formée par le plissement du cuir chevelu persiste au moins en grande partie. Dans cet état de choses, la tuméfaction est quelquefois considérablement augmentée par les liquides que la pression supérieure force à s'y accumuler; et lorsqu'on est obligé de pratiquer la perforation du crâne, les praticiens savent bien qu'ils doivent traverser 1 centimètre d'épaisseur de parties molles avant d'arriver jusqu'aux os. (*Sinopsis of Merriman.*)

Si la face se présente, la mollesse des lèvres, la flaccidité et l'immobilité de la langue doivent faire soupçonner la mort de l'enfant; car, lorsqu'il est vivant, la fermeté de toutes ses parties et les mouvements de la langue sont souvent faciles à sentir.

Dans la présentation du siége, l'introduction du doigt dans l'anus fera sentir la résistance et la force de constriction du sphincter, si l'enfant est vivant; les caractères opposés seront constatés quand il sera mort.

Enfin, dans les présentations de l'épaule et du bras, le gonflement du membre, la coloration violette, permettront de croire à la vie de l'enfant.

Lorsque le cordon pend dans le vagin, sa mollesse, sa flétrissure, l'absence de pulsation de ses artères ombilicales, autorisent à croire à la mort de l'enfant.