

14 centimètres en moyenne au-dessus du pubis; sa largeur au niveau de l'insertion des ligaments ronds mesure 13 1/2 centimètres en moyenne.

Après l'expulsion du placenta à travers l'anneau de contraction, le fond est situé à 19 centimètres en moyenne; la largeur mesure 10 centimètres.

L'ascension de l'utérus est donc de 5 centimètres en moyenne et la diminution de son diamètre transversal est de 3 1/2 centimètres.

Quand le décollement se fait par le bord, au lieu de se produire par le centre, on a les schémas suivants :

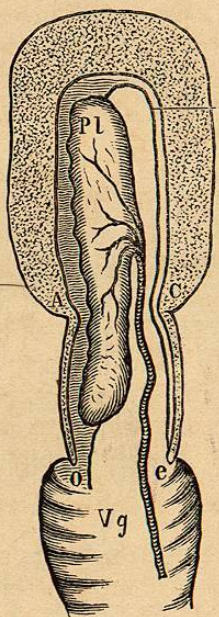


Fig. 129. — Membranes décollées en bas vers O. Du sang s'écoule avant la sortie du placenta.

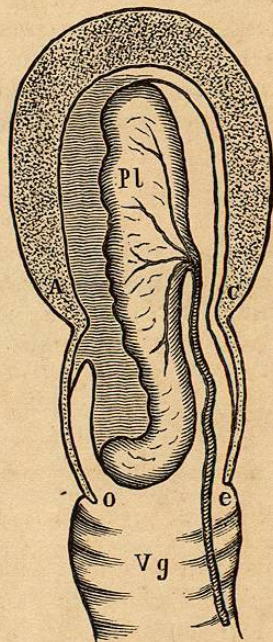


Fig. 130. — Les membranes sont restées adhérentes. Le sang ne sort qu'après l'issue du délivre.

M. Tournay a trouvé que la durée moyenne de l'intervalle entre l'expulsion du fœtus et la sortie spontanée du placenta varie de 15 à 25 minutes. Il n'est partisan ni des tractions sur le cordon ni de l'expression utérine. Il préconise largement l'expectation. Il se rallie au procédé d'Ahlfeld qui consiste, dès que le placenta a quitté le corps utérin, à exercer une pression légère, mais soutenue, sur le fond de la matrice avec la paume de la main placée transversalement.

Nous avons constaté l'exactitude de ces descriptions; mais si l'on frictionne l'utérus, ce qui paraît assez sage et ne présente pas d'inconvénient, la matrice ne s'allonge pas, reste sphérique et son fond ne dépasse pas l'ombilic.

#### Délivrance dans la grossesse gémellaire.

Il faut toujours, en cas de jumeaux, placer une double ligature sur le cordon, car les rapports vasculaires qui existent souvent

entre les placentas permettraient une hémorragie fœtale par le bout placentaire du premier cordon.

On ne doit pas tirer sur le premier cordon; il faut attendre que le second enfant soit sorti, avant d'entreprendre la délivrance. Cependant dans quelques cas exceptionnels, les deux placentas sont complètement séparés et le premier descend dans le col avant le second enfant; il est alors indiqué de tirer légèrement sur le cordon pour entraîner le premier placenta.

En dehors de ces circonstances fort rares, indiquées par le toucher, on ne s'occupe de la délivrance que 10 ou 15 minutes après la naissance du second enfant.

Mais sur quel cordon tirer? Suivant P. Dubois et Depaul, on commencera par tirer sur celui qui provient du second jumeau, parce que c'est lui qui, généralement, descend le premier; si on trouve quelque résistance, on essaie sur l'autre. Il est préférable d'introduire deux doigts pour constater quelle est la partie placentaire la plus proche du col et de tirer sur le cordon qui s'attache à cette partie. En tous cas, il ne faut jamais tirer sur les deux cordons à la fois, car toute la masse placentaire très volumineuse arriverait de front sur le col et passerait difficilement.

Ce qu'il y a de mieux, c'est d'avoir recours à l'expression utérine au bout de 10 à 15 minutes; de cette façon, la masse se moule, s'engage par un de ses bords et descend sans difficulté.

#### SOINS A DONNER APRÈS LA SORTIE DE L'ENFANT.

Les deux êtres sont désormais séparés et l'on doit s'occuper séparément de l'un et de l'autre. Lorsqu'il y a un médecin et une sage-femme, généralement le premier reste près de l'accouchée, tandis que la seconde donne ses soins au nouveau-né. Cela se fait ainsi lorsque l'enfant est bien portant, parce que les menus soins qui lui sont nécessaires rentrent mieux dans les attributions de la femme que de l'homme. Cependant il est toujours du devoir du médecin d'examiner l'enfant pour constater s'il est bien conformé et de s'assurer que toutes les précautions sont prises par la garde.

Lorsque l'enfant est en état de mort apparente, le médecin doit d'abord le rappeler à la vie, à moins que sa présence soit absolument indispensable près de l'accouchée ou qu'il ait une grande confiance dans l'adresse et l'expérience de la sage-femme. Mais dans la plupart des accouchements, la sage-femme est seule et doit veiller à tout, ce qui n'est pas toujours aisé. Comme c'est le cas le plus difficile, c'est celui que nous supposons; lorsqu'il y aura un médecin et une sage-femme, ils n'auront qu'à se partager la besogne.

L'enfant sorti est couché sur le dos, la tête éloignée de la vulve, l'abdomen rapproché des parties génitales. Cette position a pour



but d'empêcher les liquides vaginaux de s'écouler sur sa figure et surtout dans sa bouche, et en même temps d'éviter le tiraillement du cordon. On arrive le mieux à ce résultat en couchant l'enfant obliquement sur l'une des aines de la mère.

Si l'enfant respire et crie, on le soutient quelques instants dans cette position avec une main et l'on profite de ce moment pour s'assurer avec l'autre main de l'état de l'utérus; l'on constate ainsi: 1° qu'il n'y a pas un second enfant; 2° que le fond de l'organe n'a pas été entraîné; 3° que la matrice a sa forme régulière et est bien rétractée; quelques frictions sollicitent, au besoin, la rétraction du viscère.

Si des mucosités se font entendre pendant la respiration, on se hâte de les extraire au moyen du doigt et d'un linge fin et sec.

Si la respiration est peu active et les cris étouffés ou nuls, on les stimule en soufflant sur la figure et en frictionnant avec la main, ou mieux avec un linge, la face, le sommet, la poitrine, les membres.

On s'occupe dès lors de la ligature et de la section du cordon.

On voit par là que nous conseillons de ne pas se presser d'interrompre les communications entre l'enfant et la mère. Cette manière de faire a pour but de mettre de l'ordre dans les soins qu'une seule personne est souvent appelée à donner à l'accouchée et au nouveau-né; elle a, de plus, un résultat avantageux qui a été mis en lumière par les expériences de Budin; une certaine quantité de sang qui resterait dans le placenta, est refoulée par la rétraction de l'utérus dans les vaisseaux fœtaux; en moyenne, l'enfant gagne 90 grammes de sang, ce qui est énorme.

La circulation fœto-placentaire ne cesse pas immédiatement après la sortie de l'enfant, le sang continue à être poussé dans les artères ombilicales, et on peut sentir les battements du cordon pendant plusieurs minutes. Mais la matrice, en revenant de plus en plus sur elle-même, tasse le placenta, de sorte que bientôt le sang ne peut plus le traverser et la circulation funiculaire s'arrête, en moyenne après 5 à 6 minutes. Il est évident que le tassement du placenta doit faire refluer vers le fœtus tout le sang contenu dans le système fœtal du gâteau; de là les 90 grammes gagnés par l'enfant. Il s'ensuit que si on lie immédiatement le cordon, le nouveau-né perd cette quantité de sang. Les enfants forts et à terme ne sont peut-être pas gênés de cette espèce de saignée indirecte; mais il en est tout autrement des enfants avant terme, des enfants chétifs, délicats, peu développés. Si la ligature tardive est facultative chez les premiers, elle s'impose chez les autres. Il en est de même pour les enfants dont la respiration n'est pas bien complète, qui sont en état d'asphyxie, puisque pendant quelques instants l'hématose se continue encore par le placenta.

Il est clair que si l'on ne constate plus de pulsation dans le cordon, il est inutile d'attendre pour le lier.

Certains auteurs avaient déjà conseillé de refouler le sang vers le fœtus en faisant avec les doigts sur le cordon des pressions allant de la vulve à l'ombilic. Le résultat est atteint plus facilement et plus complètement par la ligature tardive.

Le Dr Senn a recommandé, au contraire, de refouler le sang de l'ombilic vers le placenta, afin que celui-ci soit plus lourd, plus turgescent et, par conséquent, se décolle et descende plus aisément. Nous préférons sauvegarder les intérêts de l'enfant et attendre que les pulsations funiculaires aient cessé ou à peu près. Il ne faut pas cependant aller trop loin ni dépasser 4 à 5 minutes.

En agissant ainsi, on retarde un peu la toilette du bébé, mais cet inconvénient est bien léger.

On place deux ligatures sur le cordon, l'une à une dizaine de centimètres de l'ombilic, l'autre un peu plus loin; on coupe ensuite entre deux, en prenant soin d'éviter les éclaboussures du sang qui jaillit des vaisseaux sectionnés.

Chaque ligature est composée d'un cordonnet formé de 3 ou 4 brins de fil assez fort (du gros fil gris, par exemple), cirés ou non, de 20 à 25 centimètres de longueur, noués aux deux extrémités. On doit serrer suffisamment pour oblitérer complètement les vaisseaux, mais avoir soin de ne pas en sectionner les parois; c'est pourquoi on se sert de plusieurs fils cirés formant une espèce de petit ruban; on peut ainsi serrer très fort sans couper les tissus.

Ces ligatures sont posées rapidement; la ligature définitive du côté de l'enfant sera placée tantôt; ceux qui préfèrent la mettre immédiatement doivent prendre les précautions que nous indiquerons plus loin.

Il y a longtemps, nous avons remplacé ces ligatures par des pinces hémostatiques légères, à mors allongés et fenêtrés. C'était facile, surtout en cas de circulaires serrées, mais tout cela se détraque et n'est pas en somme bien nécessaire.

L'enfant est enveloppé dans un linge de toile ou de flanelle, puis déposé sur un petit lit ou sur les genoux de la garde-couches. Si on le juge utile, on le plonge au préalable dans un bain stimulant et on emploie tous les moyens pour obtenir une respiration complète et des cris bien accentués (voir *Mort apparente*).

La ligature du côté du placenta n'a pas de réelle importance; elle ne devient vraiment utile que dans les grossesses gémellaires pour les motifs indiqués précédemment. Contrairement à l'opinion que nous avons entendu émettre parfois, aucune hémorragie maternelle n'est à craindre du côté du cordon, puisqu'il n'est constitué que par des vaisseaux fœtaux et que les deux circulations sont indépendantes dans le placenta.



La ligature du côté de l'enfant est indispensable, parce que le sang continue à être poussé dans les artères ombilicales, ainsi qu'on peut s'en assurer en mettant un doigt près de l'anneau.

Si cette ligature n'est pas nécessaire chez les animaux, c'est que ceux-ci ont l'habitude de mâcher le cordon et de le séparer ainsi peu à peu; de cette façon, la plaie est irrégulière, déchiquetée, les tissus sont broyés, les vaisseaux se recroquevillent et sont naturellement obturés.

Dans l'espèce humaine, la section faite par les ciseaux est nette et les ouvertures vasculaires sont béantes.

L'hémorragie est surtout à craindre quand l'enfant est serré, que la respiration s'embarrasse pour un motif quelconque, parce qu'alors la circulation foetale tend à se rétablir. Plusieurs fois on a trouvé des enfants morts d'hémorragie dans leur berceau; la ligature avait été mal faite, s'était détachée peu à peu et le sang s'était écoulé librement par les vaisseaux ombilicaux.

Il faut donc procéder avec le plus grand soin à la ligature définitive du cordon.

#### Soins à donner à la mère.

Elle est couchée horizontalement, sur le dos, légèrement couverte, les jambes étendues et rapprochées l'une de l'autre. On surveille l'utérus, en laissant une main appliquée sur le fond de l'organe. S'il est bien dur, on se contente de frictions très légères ou même on laisse la main immobile. S'il est mollasse, mal rétracté, on frictionne largement et même assez fortement, tout en se gardant, bien entendu, des pressions maladroitement qui pourraient pousser le fond en dedans et favoriser le renversement.

Pendant cette espèce de massage de la matrice, il faut éviter la douleur et se rappeler que chez certaines femmes il existe une sensibilité spéciale, surtout vers les angles supérieurs et les annexes, au point que les frictions provoquent du malaise, de l'anxiété, des lipothymies, du collapsus. Il faut évidemment les cesser dans ces cas.

Chez la plupart des femmes, au contraire, les frictions sont favorables et bien supportées.

M. Stapfer a émis l'idée que la malaxation agit spécialement sur la masse intestinale dont elle stimule la tonicité affaiblie; par suite, les vaisseaux paralysés et engorgés se contractent et chassent l'excès de sang dans la circulation générale qui en avait une quantité trop faible.

Peut-être aussi, comme le pense M. Keiffer, ce moyen ne doit-il ses bons effets qu'à des actions réflexes, à la stimulation, par exemple, de la chaîne ganglionnaire du sympathique.

S'il y a lieu de craindre l'inertie, on prépare une dose de seigle ergoté, un gramme de poudre fraîche (ou une injection sous-cutanée d'ergotine), pour donner après la sortie du placenta.

On s'occupe ensuite de la délivrance. Quand celle-ci est terminée et qu'on s'est assuré du bon état de rétraction de la matrice, on lave parfaitement les organes génitaux et les cuisses à l'eau et au savon, on enlève le sang et les caillots, on rince à l'eau sublimée, puis on place sous le siège un linge blanc, afin de constater facilement la quantité de sang qui s'écoule. On soigne alors l'enfant.

Avant la sortie du placenta, le fond de la matrice est en général au niveau de l'ombilic; la consistance de l'organe est *ferme* et devient *dure* au moment des contractions.

Après la délivrance, la matrice subit un nouveau retrait, forme une tumeur dure, arrondie, régulière, qui ne remonte pas au-delà de l'hypogastre (entre le pubis et l'ombilic): c'est ce qu'on appelle le *globe de sûreté*, parce que, quand il existe, il n'y a pas de danger d'hémorragie par la plaie placentaire.

#### Soins à donner à l'enfant.

L'enfant doit être débarrassé des liquides qui le souillent et de l'enduit sébacé qui recouvre la peau. Habituellement, on le plonge d'abord dans un bain tiède (33 à 35°), qu'on peut aromatiser avec de l'eau de Cologne ou autrement; on frictionne la tête, le tronc et les membres avec l'eau du bain; on projette sur son corps une certaine quantité de vin aromatique ou de vin de Bordeaux ordinaire; on rend ainsi le liquide stimulant, on nettoie bien la peau; on la fait fonctionner activement, on provoque des cris aigus et consécutivement des inspirations profondes. De cette façon, on est sûr que les poumons seront bien pénétrés d'air, qu'aucune portion ne restera affaissée. Les frictions stimulantes sont surtout utiles chez les nouveau-nés délicats ou venus au monde plus ou moins asphyxiés.

S'il y a des mucosités dans la bouche, la gorge, le nez, on les enlève comme nous le dirons plus loin.

L'enfant tiré du bain est placé sur les genoux de la garde-couches, qui procède à un lavage minutieux du corps, spécialement des plis et des creux. On constate par la même occasion que l'enfant est bien conformé, que toutes les ouvertures naturelles sont libres: on examine surtout l'anus et, chez les petites filles, l'orifice vulvaire.

Pour bien enlever l'enduit sébacé, on se sert généralement d'un corps gras (huile d'olive, beurre frais, jaune d'œuf, cold-cream, etc.); on commence par les yeux, qui exigent des soins attentifs. On trempe un petit linge doux dans l'huile, on oint les paupières, puis on lave avec une éponge, de l'eau tiède et un peu de savon fin; on essuie ensuite avec du linge souple. Comme prophylactique de l'ophtalmie purulente, on laisse tomber entre les paupières entr'ouvertes de chaque œil quelques gouttes de la solution de sublimé à 1/5 p. 1000; au moyen de la pulpe de l'indicateur, on



fait une légère friction sur toute la surface palpébrale, afin que le liquide se répande largement partout, jusqu'au fond des culs-de-sac.

L'enduit sébacé est enlevé de la même façon sur toute la surface des téguments externes; les plis de l'aîne et du coude, les creux de l'aisselle et du jarret, les organes génitaux doivent être l'objet d'une attention spéciale. Quand tout le corps est nettoyé, on fait la ligature définitive et le pansement du cordon.

On s'assure qu'il n'y a pas d'ouverture anormale donnant issue à une anse intestinale (hernie ombilicale); si cela existait, on aurait soin de refouler l'intestin dans l'abdomen et de veiller à ce qu'il soit maintenu par le bandage du cordon. Si l'on appliquait la ligature sur le cordon contenant une anse intestinale non réduite, on aurait de l'inflammation, de la gangrène et une fistule stercorale. Parfois la peau avance assez loin sur le cordon, il faut toujours placer la ligature au-delà, de crainte de provoquer des accidents inflammatoires. La ligature est placée à 3 ou 4 centimètres de l'ombilic.

Il est à remarquer d'ailleurs que le cordon se momifie toujours dans toute sa longueur, jusqu'au point où la peau s'arrête et que c'est exactement à cet endroit qu'il se détache, peu importe à quelle distance la ligature a été appliquée.

*Avant de mettre la ligature*, il faut avoir soin de donner issue à la gélatine et de bien l'exprimer; pour cela, on fait avec la pointe d'une aiguille, à 1 ou 2 centimètres de l'ombilic, quelques éraillures au pourtour de la gaine funiculaire, puis on exprime avec les doigts et on enlève avec un linge la substance gluante qui suinte de toutes les mouchetures. Si l'on ne prenait pas cette précaution pour les cordons gras surtout, la gélatine s'écoulant insensiblement, la ligature serait bientôt trop peu serrée et tomberait d'elle-même. C'est dans ces conditions qu'on a vu des enfants mourir dans leur berceau d'hémorragie ombilicale. Ajoutons que la gélatine se putréfie facilement et qu'alors le cordon répand une mauvaise odeur, la peau s'irrite et s'enflamme. Si la gélatine est en faible quantité, les mouchetures sont évidemment inutiles.

La ligature, tirée de la solution antiseptique, est serrée au moins deux fois autour du cordon; on fait un premier nœud, puis un double nœud du côté opposé. Si l'on craint qu'elle échappe, on fait de nouveaux tours et de nouveaux nœuds. La ligature doit former un sillon profond, *sans gélatine*, ne comprenant que la gaine du cordon et les vaisseaux ombilicaux; ceux-ci doivent être parfaitement obturés, mais non sectionnés.

On coupe ensuite la tige à un centimètre au-delà de la ligature.

On procède enfin au pansement du cordon de la façon suivante: on entoure le bout restant ou pédicule d'un morceau d'ouate hydrophile, le tout est incliné en haut et à gauche (pour éviter la

compression du foie) et maintenu en place à l'aide d'une bande dite *de nombril*, large de 6 centimètres environ, faisant 3 à 4 fois le tour du corps et terminée par deux cordons que l'on noue sur le côté. Il ne faut pas trop serrer, de peur de contusionner les viscères abdominaux ou d'entraver leurs fonctions.

Ce pansement a pour but d'empêcher le tiraillement de la tige et son contact avec la peau. On le change deux fois par jour. Le cordon se dessèche, se momifie et tombe du 5<sup>e</sup> au 10<sup>e</sup> jour. S'il reste une petite plaie, on la recouvre d'une pincée d'iodoforme et d'un bourdonnet d'ouate hydrophile, que l'on maintient par le bandage. On continue ainsi jusqu'à la cicatrisation complète.

Il est utile d'appliquer la bande pendant les six premières semaines pour s'opposer à la production des hernies ombilicales.

Parfois le cordon a été arraché au niveau de l'ombilic; on y place alors une petite boulette d'ouate hydrophile que l'on comprime modérément avec le bandage: c'est une espèce de tamponnement pour s'opposer à l'hémorragie. Il est rare que l'on soit forcé de se servir d'un astringent (alun, liqueur de Pagliari, perchlorure de fer dilué), dont on imbibe le tampon d'ouate.

Après la chute du cordon, l'ulcération, dans certains cas, ne se cicatrise pas; elle peut même vouloir bourgeonner et former ensuite une tumeur rougeâtre, arrondie, pédiculée, plus ou moins volumineuse (*végétation, fungus, granulome de l'ombilic*). Il suffit de déposer deux ou trois fois une petite pincée d'alun sur la plaie bourgeonnante pour la faire cicatriser. S'il y a des fongosités, on les cautérise avec la pierre infernale. S'il y a déjà une petite tumeur, on étreint le pédicule avec un fil de soie, et quand elle est tombée, on cautérise au nitrate d'argent.

L'anneau reste parfois proéminent, et chez les enfants difficiles, criant beaucoup, il n'est pas rare de constater que l'intestin tend à sortir, qu'une hernie ombilicale se produit. Il faut alors continuer plus ou moins longtemps le tampon d'ouate et le bandage. On peut être obligé d'appliquer un bandage contentif spécial ou simplement une boulette d'ouate (ou un corps demi-sphérique) tenue en place par un emplâtre agglutinatif ou du collodion. La cure radicale, en liant à l'aide d'un petit tube élastique le sac herniaire vidé de son contenu, est du reste facile et exempte de dangers.

Les soins à donner au cordon ont fait l'objet de discussions nombreuses, relatives à la ligature et au pansement.

Afin de parer au danger (hémorragie) du relâchement de la ligature, M. Tarnier a conseillé de la pratiquer à l'aide d'un cordonnet élastique; pour en faciliter l'application, il place une allumette parallèlement au cordon, il serre le tout ensemble, puis le bois est brisé en deux et les morceaux sont retirés de chaque côté: c'est le *procédé de l'allumette*.

M. Budin fait d'abord la ligature circulaire, puis après avoir sectionné le



cordon un centimètre plus loin, sépare les deux chefs du fil, les ramène sur la surface de section et pratique une seconde ligature *perpendiculaire à la première* ; il termine en faisant successivement avec les deux chefs du même fil la ligature de chaque moitié du cordon.

En ayant soin d'agir comme nous l'avons indiqué (mouchetures de la gaine suivies de l'expression complète de la gélatine), toutes ces complications sont inutiles.

Le pansement du pédicule ombilical a attiré surtout l'attention dans ces dernières années, depuis le règne de l'antisepsie.

Auparavant on se servait d'une petite compresse fendue jusqu'à son milieu et enduite d'un corps gras ; l'origine du cordon était logée dans cette fente ; on renversait et on croisait les deux moitiés sur la tige, on appliquait une seconde compresse sèche et on maintenait le tout en haut et à gauche à l'aide de la bande de nombril.

Ce n'était pas très propre. Cependant nous devons dire que les accidents étaient rares.

On est tombé dans l'excès contraire et tous les antiseptiques ont été préconisés, expérimentés, prônés avec faits prétendument à l'appui.

Disons d'abord qu'il est indiqué de se servir de ligatures antiseptiques, bouillies et conservées comme nous l'avons dit précédemment (page 401).

Quant au pansement, nous estimons que celui décrit plus haut (à l'ouate hydrophile) est le plus facile, le plus propre et le plus efficace. Nous avons expérimenté la gaze iodoformée et sublimée, l'ouate imprégnée de plâtre (procédé de Sutugin), l'acide salicylique, le tannin, la glycérine, la solution de nitrate d'argent à 2 %, la magnésie ; nous avons essayé les pansements rares préconisés par quelques auteurs, la suppression des bains conseillée par d'autres : aucun de ces moyens ne nous a paru supérieur au simple morceau d'ouate hydrophile, renouvelé matin et soir. La chute du cordon n'est pas avancée, le dessèchement n'est pas plus marqué, les ulcérations et les bourgeonnements ne sont pas plus rares.

Au surplus, les ulcérations recouvertes d'iodoforme ou les bourgeons d'une pincée d'alun guérissent en peu de jours sans jamais entraîner d'accident.

Dans des cas heureusement très rares, des hémorragies ombilicales surviennent les jours qui suivent la chute du cordon et dépendent vraisemblablement d'un état dyscrasique spécial, d'une espèce d'hémophilie de cause générale. On parvient à les arrêter d'habitude par un tampon d'ouate imprégné d'une substance hémostatique (perchlorure de fer surtout) et convenablement comprimé par un bandage abdominal. Mais parfois rien n'y fait et le fer rouge lui-même est appliqué sans succès. Dans ces conditions, il faut avoir recours à la suture entortillée, comme l'ont fait MM. Charon et Lefour : le premier s'est servi de deux épingles en croix enfoncées au travers de la base de l'ombilic soulevé autant que possible ; le second a passé cinq aiguilles stérilisées, transversalement l'une au-dessus, la dernière au-dessous de la dépression ombilicale et les trois autres au niveau et formant ici un pont en face de la dépression ; dans les deux cas, un fort fil fut ensuite serré autour des petites broches ; le résultat fut favorable les deux fois.

#### Toilette du nouveau-né.

On saupoudre le corps, surtout les plis, avec de la poudre de riz ou d'amidon, de talc, de subérine, de lycopode, afin d'enlever parfaitement l'humidité des téguments,

On passe ensemble la petite camisole (brassière), doublée de la chemise. On arrive alors aux langes, qui se composent d'un drap en toile et d'un autre en flanelle à l'extérieur ; l'enfant est couché sur ces langes, dont le bord supérieur ne doit pas remonter à plus d'un ou deux travers de doigt sous l'aisselle ; on en ramène les côtés en avant et on les croise sur la poitrine, où ils sont fixés avec une épingle de sûreté. En bas, les langes doivent être retournés en dedans, entre les jambes étendues, de façon à les séparer l'une de l'autre. Le bord inférieur des langes est ensuite relevé tout autour des membres et attaché avec des épingles de sûreté. On peut placer une ou deux alèzes à l'endroit du siège, sous les langes, pour les préserver des souillures.

L'enfant est enfin emmaillotté, puis couché dans son berceau, sur le côté droit (correspondant au foie qui est très lourd). On a soin que le berceau ne reçoive pas une lumière trop vive et que le nouveau-né soit à l'abri des courants d'air.

On donne d'habitude au nouveau-né 3 à 4 cuillerées à café d'eau tiède sucrée ; cette coutume peut être suivie sans inconvénient, elle facilite la sortie du méconium ; mais il ne faut pas gorger l'enfant de liquide, sous peine de l'indisposer et de le faire vomir.

La toilette de l'enfant peut subir plusieurs modifications ; elle dépend des saisons, des pays, des habitudes, des goûts.

Le nouveau-né a besoin de chaleur et doit être habillé en conséquence ; s'il est faible ou avant terme, on l'enveloppe d'ouate et de flanelle, on met une boule d'eau chaude à ses pieds ou mieux on l'installe dans une couveuse.

Si l'enfant a beaucoup de cheveux et se trouve dans une pièce bien chauffée, on peut se passer de bonnet et le maillot peut être supprimé, au moins pendant le jour. Les langes ne doivent pas arriver jusqu'aux creux des aisselles, ni former de bourrelet à leur bord supérieur, car les vaisseaux axillaires seraient comprimés et l'on aurait de l'œdème des mains et des bras.

Les langes ne doivent pas comprimer la poitrine, sans quoi la respiration serait gênée. Ils sont placés entre les membres inférieurs, pour empêcher le contact des jambes et par suite les rougeurs et les excoriations de la peau. On doit les changer assez souvent, ne pas laisser l'enfant dans l'humidité et les malpropretés, si l'on veut éviter les inflammations, les ulcérations des parties, les malaises, l'agitation, les cris, l'absence de sommeil.

Pendant le jour, les bras peuvent être laissés en dehors du maillot. En tous cas, on ne doit jamais maintenir les membres étroitement ; il est nécessaire de leur laisser une certaine latitude, de leur permettre de légers mouvements. Le maillot n'est utile que pour conserver la chaleur ; en été, dans les appartements chauffés, on