

SOINS A DONNER A LA FEMME EN COUCHES.

L'état puerpéral n'est pas une maladie; c'est un état physiologique particulier qui exige des précautions spéciales. L'accouchée ressemble au blessé qui est atteint d'une lésion locale, mais dont l'organisme n'est guère en souffrance.

L'accouchée, comme le blessé, est *en état d'imminence morbide*, c'est-à-dire dans une disposition organique telle qu'une maladie est à craindre et peut éclater facilement d'un moment à l'autre : de là ressort la nécessité de soins spéciaux.

Les femmes sauvages et les femelles animales n'ont peut-être pas besoin de toutes nos précautions; c'est un point que nous n'avons pas à examiner ici, puisque nous ne parlons que des femmes de nos pays, de celles qui sont modifiées par notre civilisation.

Dans les suites de couches, il faut la plus grande propreté et l'antisepsie des organes génitaux; il faut éviter le froid, les émotions désagréables, les écarts de régime, les mouvements et les fatigues. Telle est en résumé l'hygiène de l'état puerpéral.

La chambre de l'accouchée sera autant que possible, vaste, aérée, éloignée du bruit de la rue; on y maintiendra une température de 18 à 20 degrés centigrades; l'air sera renouvelé chaque jour avec précaution, en ouvrant les fenêtres ou les portes, selon la saison, plus ou moins longtemps, pendant que l'accouchée est bien couverte et à l'abri de tout courant d'air.

Les premiers jours, il faut éviter les visiteuses, les conversations prolongées, les lectures, les travaux manuels, même au lit; il faut éloigner toutes les émotions désagréables, toutes les fatigues du corps et de l'esprit.

L'accouchée reste le 1<sup>er</sup> jour dans le décubitus dorsal, puis se couche sur l'un ou l'autre côté, d'après l'obliquité de la matrice, ou alternativement, selon son goût et ses habitudes.

Il faut une grande propreté de la chambre et de l'accouchée.

Les parties génitales sont lavées, trois fois par jour au moins, avec de l'eau bouillie tiède, à 1/5 pour mille de sublimé et une compresse désinfectée ou un morceau d'ouate hydrophile. Si les lochies sont abondantes ou odorantes, les lavages seront faits plus souvent, même toutes les 2 heures pendant le jour et plusieurs fois la nuit. On renouvelle chaque fois le pansement antiseptique vulvaire. Les alèzes placées sous le siège sont changées dès qu'elles sont souillées.

Dans les cas ordinaires, on peut se passer de faire des injections (voir pages 116 et 454); mais elles deviennent indispensables et doivent être plus ou moins fréquentes (2 à 3 par jour et davantage) et prolongées plusieurs jours, dans les cas de lochies fétides, de fœtus putréfié, de rétentions placentaires ou membraneuses, de métrites, de septicémie, etc.

En donnant tous ces soins, on évitera les mouvements et les causes de refroidissement.

Le bandage abdominal est resserré au moins deux fois par jour et doit être conservé pendant 4 à 6 semaines.

Dans le canal vulvaire, on place une compresse de gaze iodoformée ou de linge bouilli et trempé dans l'eau sublimée ou un morceau d'ouate hydrophile, qu'on renouvelle plus ou moins souvent, selon l'état des lochies et au moins à chaque lavage.

S'il y a des plaies ou ulcérations, on les recouvre de poudre d'iodoforme ou d'iodol aussi souvent que c'est nécessaire, au moins deux fois par jour et même au besoin après chaque lavage.

Pour uriner, comme pour aller à la selle, la femme ne doit pas quitter le lit; on passe sous le siège un bassin plat, désinfecté, chauffé, sans découvrir l'accouchée. Dès la première visite, il faut s'enquérir des fonctions de la vessie; si la femme ne peut pas uriner, on pratique le cathétérisme au bout d'une douzaine d'heures, puis 2 à 3 fois par jour, si c'est nécessaire. Nous croyons cette manière de faire bien préférable à l'expectation pendant plusieurs jours, conseillée par quelques praticiens. En effet, le cathétérisme pratiqué avec les précautions antiseptiques n'a pas le moindre inconvénient et il évite plusieurs ennuis (gêne, pesanteur, douleur, malaise général, excitation, fièvre, etc.)

On facilite les selles en conseillant les aliments relâchants, tels que fruits, compote. On attend généralement le 3<sup>e</sup> jour avant de solliciter une 1<sup>re</sup> selle par d'autres moyens : on emploie alors un lavement simple ou miellé, ou encore un lavement à l'huile d'olive ou au sel de cuisine, ou au savon de Marseille; d'autres préfèrent l'huile de ricin par la bouche, ou une infusion de séné, ou un verre de limonade Rogé. Le choix est indifférent et est indiqué par l'habitude, le goût de la femme; il faut s'abstenir de purgatifs violents qui pourraient congestionner les organes pelviens, amener des hémorragies ou des selles trop nombreuses, débiliteraient la femme et feraient disparaître la sécrétion lactée.

On donne souvent, le matin du 3<sup>e</sup> jour, avant le déjeuner, une cuillerée à soupe d'huile de ricin dans du bouillon ou du café noir, ou encore entre deux couches de jus d'orange. Une tasse d'infusion de follicules de séné est préférable, lorsque l'accouchée n'aime pas les corps gras; un verre à vin d'eau d'Hunyadi Janos, 1 ou 2 pilules de cascarrine Leprince agissent de même : on obtient une ou deux selles, sans coliques. Si le résultat n'est pas atteint, on passe un lavement ou on renouvelle la dose du médicament dans l'après-dîner ou le lendemain matin.

Le régime des accouchées est d'abord formé de boissons simples, puis de boissons nourrissantes, puis d'aliments solides de facile

digestion. La qualité et la quantité dépendent de l'état de la femme, de ses goûts et de ses habitudes.

Jadis, on tenait les accouchées à la diète pendant plusieurs jours, on ne leur permettait que du thé et du bouillon, on n'arrivait aux aliments qu'après le premier septénaire.

Il n'en est plus ainsi aujourd'hui; dès le premier jour on soutient les forces et, si l'estomac et l'état général le permettent, on donne immédiatement à manger. C'est le meilleur moyen d'éviter les longues convalescences, de permettre à la mère de nourrir et de s'opposer aux maladies suites de couches. Il est encore assez d'usage de gorger les accouchées d'infusions tièdes de tilleul, ou de camomille ou de fleurs d'oranger. A Liège, c'est le tilleul (uni au bois de réglisse souvent) qui est à la mode. On croit utile d'en faire avaler une série de tasses assez chaudes et sucrées. C'est un abus; il est inutile que la femme absorbe de grandes quantités de cette infusion; il suffit qu'elle en prenne de temps en temps une gorgée pour étancher sa soif, et rien de plus.

Certaines femmes préfèrent le lait, le bouillon, l'eau sucrée, l'eau gazeuse simple ou avec un sirop quelconque, l'eau vineuse, le café noir ou au lait. Nous n'avons jamais vu d'inconvénient à contenter ce désir. A moins d'indication spéciale, nous proscrivons les liquides excitants, le vin pur, le cognac, etc.

Généralement, du reste, après l'accouchement, la femme a besoin de repos; elle sommeille ou dort pendant plusieurs heures et ne demande à boire que de temps en temps.

*Le 1<sup>er</sup> jour*, c'est-à-dire 10 à 12 heures après l'accouchement, le lendemain, si l'accouchement a eu lieu la nuit, on donne du bouillon à discrétion, du lait, du café, deux ou trois tartines ou de petits pains beurrés. Si l'estomac est exigeant et que rien ne s'y oppose, on permet même un œuf à la coque ou un peu de viande tendre (filet, côtelette, poulet) et de l'eau rougie ou de la bière.

*Le 2<sup>e</sup> jour*, on donne à déjeuner un œuf à la coque, du pain et du café au lait; à dîner, de la viande, une compote; entre deux, du bouillon, du lait.

*Le 3<sup>e</sup> jour*, le régime est le même, les repas sont plus copieux. Cependant, si par extraordinaire la sécrétion lactée était accompagnée de fièvre, il faudrait se tenir aux boissons nourrissantes: lait, lait de poule, bouillon simple ou contenant un jaune d'œuf, thé de bœuf, jus de viande.

*Le 4<sup>e</sup> jour*, on permet au déjeuner un ou deux œufs; au dîner, de la viande et un peu de légumes (pommes de terre, endives ou chicorées étuvées); dans la saison, quelques huîtres, du vin pur ou coupé; au souper, un peu de viande ou un œuf.

*Les jours suivants*, l'accouchée reprend peu à peu son régime

ordinaire, en s'abstenant d'aliments de digestion difficile et surtout pris en trop grande quantité; on consulte les goûts, les habitudes, les fonctions de l'estomac; il est préférable de faire deux petits repas qu'un seul trop copieux.

L'enfant est mis au sein 12 à 15 heures après l'accouchement; on le place horizontalement le long du tronc de la mère, de façon que celle-ci n'ait guère besoin de changer de position.

A partir du 4<sup>e</sup> jour, l'accouchée peut s'asseoir dans le lit une partie de la journée, spécialement quand elle donne le sein. On attend aussi généralement le 4<sup>e</sup> jour avant de faire le lit; puis on y procède une ou deux fois par jour. Les premières fois, la femme est portée, pendant ce temps, sur un autre lit ou sur une chaise longue; on ne lui permet pas de marcher ni de faire d'efforts.

A dater du 6<sup>e</sup> ou du 7<sup>e</sup> jour, l'accouchée peut faire les quelques pas qui séparent son lit de la chaise longue ou du fauteuil où on la place pendant qu'on refait le lit. Mais il faut avoir soin de la conduire et de la soutenir, car il est remarquable que les femmes les mieux portantes et qui se trouvent très fortes dans la position horizontale, ont facilement des faiblesses, des syncopes, dès qu'elles sont debout; leur tête tourne, elles vacillent et tombent, si quelqu'un n'est pas là pour les retenir. C'est une anémie cérébrale passagère, favorisée par le décubitus horizontal prolongé.

Dès le 8<sup>e</sup> jour, l'accouchée peut rester dans son fauteuil 1/2 heure, une heure, matin et soir, mais sans circuler dans la chambre.

Les parents et les amis, qui avaient été tenus éloignés, peuvent commencer à venir complimenter l'accouchée. Mais on aura soin que les visites soient courtes et peu nombreuses, qu'elles ne fatiguent pas la femme et ne mettent pas obstacle aux soins dont elle a encore besoin.

Les jours suivants, on permet à l'accouchée de rester plus longtemps dans son fauteuil, de faire quelques pas dans la chambre.

Du 10<sup>e</sup> au 12<sup>e</sup> jour, s'il n'y a rien d'anormal, l'accouchée peut demeurer hors du lit une grande partie de la journée, sans faire d'effort, sans attendre la fatigue avant de se recoucher. Au bout d'une quinzaine de jours, la femme peut circuler dans les chambres, descendre dans la salle à manger pour les repas, puis y rester toute la journée. Ce n'est qu'après trois ou quatre semaines, selon la saison, qu'on lui permet de faire les relevailles.

Il est prudent d'attendre la fin de l'état puerpéral avant qu'elle rentre dans ses habitudes et spécialement qu'elle reprenne les rapports sexuels. Sinon les inflammations chroniques et les déplacements de la matrice sont à redouter: bien des affections de cet organe n'ont pas d'autre cause.

Lorsque l'accouchée se lève, on garnit la vulve d'une compresse antiseptique, soutenue par une bande attachée en avant et en arrière

au bandage abdominal, de façon que les lochies ne souillent pas les vêtements.

On prend toutes les précautions que nous venons d'énumérer, parce que la matrice est lourde, volumineuse, mal soutenue par ses ligaments allongés et ramollis; on craint qu'elle ne ballotte, qu'elle ne s'enflamme, qu'elle ne se déplace.

Certains accoucheurs sont encore plus sévères et ne permettent aux accouchées de quitter leur lit qu'après 15 jours et même 3 semaines; elles doivent garder la chambre 5 à 6 semaines. D'autres, au contraire, sont partisans *du lever précoce*, et laissent les accouchées quitter leur lit dès qu'elles le peuvent et le désirent, même le 3<sup>e</sup> et le 2<sup>e</sup> jour. Ils prétendent que cette manière de faire n'a pas d'inconvénient, ne prédispose pas à l'hémorragie ni aux déplacements, comme on le croit généralement; ils disent que le lever précoce favorise la régression de la matrice, les fonctions de l'estomac et des intestins.

Ces praticiens ne permettent évidemment le lever précoce que si l'état de l'accouchée ne laisse rien à désirer; quand une perte ou quelque accident survient, ils tiennent la femme au lit.

Il faut aussi remarquer que ce lever précoce ne doit pas être confondu avec la manière de faire des femmes de la classe ouvrière, qui se lèvent deux ou trois jours après l'accouchement, travaillent dans leur ménage, se fatiguent, sortent, portent des fardeaux, font la lessive, vont au marché, etc. L'expérience a démontré que ces femmes sont souvent victimes de leurs imprudences, sont atteintes fréquemment de pertes sanguines interminables, d'inflammation de la matrice et des organes pelviens, de déplacements divers de l'utérus. Ces femmes s'usent rapidement, sont vieilles avant l'âge, ont des métrites chroniques, des leucorrhées, des descentes; elles restent souvent pâles, anémiques, éprouvent des douleurs dans le ventre, les reins, etc. En résumé, elles ruinent leur santé, leur constitution.

Nous avons un certain nombre de fois essayé le lever précoce en interdisant toute fatigue, tout effort et nous n'avons pas constaté d'accident. Nous avons remarqué qu'il favorise la régression de l'utérus d'une façon très notable. Si nous ne le recommandons pas comme méthode ordinaire, c'est que nous craignons les abus: la femme levée est toujours sollicitée à s'occuper, à marcher, à travailler, à se fatiguer. C'est pourquoi, en règle générale, nous nous en tenons aux principes exposés ci-dessus.

Il est évident que s'il y a crainte d'une complication quelconque, et à plus forte raison si la complication existe, la femme doit rester au lit aussi longtemps que tout danger soit écarté.

Quelques bonnes femmes croient encore que le 9<sup>e</sup> jour est le moment dangereux; que la matrice, ce jour-là, « se remet en place », que l'accouchée doit le passer entièrement au lit, même si elle s'est

levée auparavant. Est-il besoin de dire que c'est encore là un de ces préjugés absurdes, dont la source est inconnue et que perpétuent seules l'ignorance et la routine!

Lorsque la mère nourrit, l'enfant est mis au sein toutes les 2 heures pendant le jour et 1 ou 2 fois la nuit; on laisse sur les seins lavés et désinfectés une compresse fine, pour que la chemise ne soit pas souillée par le lait qui suinte des mamelons. Il est bon, quand les mamelles sont pendantes, de les relever avec une bande ou un mouchoir, afin d'éviter l'engorgement des parties déclives.

Si la femme ne doit pas nourrir, il est inutile de commencer à mettre l'enfant au sein. Pour tarir la sécrétion lactée, on a préconisé des moyens nombreux: le plus employé consiste dans des onctions avec l'huile camphrée, suivies de la compression des mamelles à l'aide d'un bandage. On diminue en même temps la nourriture; on supprime le café et la bière, qui favorisent, paraît-il, la montée du lait; on donne un purgatif de façon à provoquer quelques évacuations révulsives (un demi-flacon de limonade Rogé, quelques tasses d'infusion de séné).

Quelques praticiens conseillent les poudres suivantes, qu'ils croient essentiellement *antilaiteuses*:

Pr. : Sulfate de potasse . . . . . 2 grammes  
Nitrates de potasse . . . . . 25 centigrammes

Donnez 6 poudres semblables. — A prendre 3 pendant la journée, entre les repas.

Ces poudres n'agissent pas autrement que par leur action purgative. Les feuilles fraîches de persil, les cataplasmes de cerfeuil, de menthe ont certains partisans.

Les emplâtres sont aussi en faveur; le plus simple est le plus employé, c'est l'emplâtre de diachylon gommé; on a soin de faire au centre une ouverture pour le mamelon et on recouvre chaque sein d'un large emplâtre semblable. On se sert aussi des emplâtres camphrés, à la ciguë, etc. Ce sont des moyens qui agissent surtout mécaniquement par la compression qu'ils exercent.

On emploie également des pommades résolutive, à l'onguent mercuriel simple ou belladonné, à l'onguent mercuriel uni à l'extrait de ciguë, au sel ammoniac, au camphre, etc.

Quelques praticiens prescrivent les pommades à l'iodoforme ou à l'iode et iodure de potassium. D'autres conseillent les compresses résolutive ou astringentes, au sel ammoniac, à la liqueur de Burow, à l'eau phéniquée. On recouvre ces compresses d'un tissu imperméable et d'un bandage de corps. C'est la chaleur et la compression qui agissent. C'est pourquoi on peut s'en tenir au pansement simple (huile camphrée, ouate et bandage), décrit en premier lieu.

*Aujourd'hui nous avons renoncé à tous ces moyens*: une longue expérience nous a démontré leur inutilité. Si la femme ne nourrit

pas, les seins deviennent durs et gonflés, parfois très tendus ; mais au bout de 2 ou 3 jours tout cela diminue et ne tarde pas à disparaître, *sans qu'on fasse absolument rien*. Si nous y sommes forcé, et seulement pour contenter la femme, nous conseillons un purgatif et la chaleur sèche ou humide sur les mamelles.

Si les seins sont très durs et douloureux, on peut être obligé de tirer le lait avec l'un des nombreux appareils inventés dans ce but, telle que la ventouse en caoutchouc ; la simple pipe en terre peut suffire, ou bien une personne se dévoue en tirant directement avec la bouche. La succion doit être douce et modérée, sinon elle est fort douloureuse et peut amener de l'inflammation. Il faut se défier des femmes qui font le métier de « tireuses de lait » ; elles ont souvent la bouche malpropre et peuvent donner des abcès, de l'érysipèle, *la syphilis*, comme trop d'exemples l'ont malheureusement prouvé. Du reste, dans la grande majorité des cas, un simple pansement humide suffit pour faire couler le lait et dégorger les mamelles.

Il ne faut pas oublier que *l'imagination* a une grande influence sur la sécrétion lactée, tout comme sur la sécrétion de la salive, des larmes, etc. *L'imagination peut augmenter le lait, comme le diminuer et le faire disparaître*. Bien des femmes sentent monter leur lait, rien qu'en pensant à leur enfant ; la frayeur, la colère, le chagrin, *la crainte seule de ne plus avoir de lait*, peuvent en faire tarir et diminuer la sécrétion.

Cela fait comprendre comment agissent tant de moyens divers, disparates, parfois insignifiants ou comiques, pour augmenter ou faire disparaître le lait. A la Maternité, on a recours à une ouate prétendument spéciale « l'ouate de la petite armoire », qui fait merveille.

ACCIDENTS QUI PEUVENT SE PRÉSENTER CHEZ L'ENFANT COMME CONSÉQUENCE DE L'ACCOUCHEMENT.

#### **Mort apparente ; respiration prématurée.**

On dit que le nouveau-né est en état de mort apparente, quand il est privé de mouvement et de respiration, alors que les battements du cœur existent encore ; l'enfant paraît mort, mais il ne l'est pas en réalité, puisque le cœur n'a pas cessé de battre.

Si l'on n'entend plus *la moindre* contraction pendant 5 minutes, la mort est réelle, et l'enfant ne peut être rappelé à la vie.

Pour savoir à quoi s'en tenir sur les battements du cœur, il faut appliquer son oreille sur la région précordiale du nouveau-né et non se contenter d'y mettre les doigts.

On a généralement d'autant plus de chance de ranimer l'enfant que les pulsations cardiaques sont plus rapides et plus fortes.

CAUSES. — La mort apparente dépend, 98 fois sur 100, de l'asphyxie (Pajot) : rarement de la congestion ou de l'apoplexie cérébrale.

A. — L'asphyxie, causée par le défaut d'oxygénation du sang, est intra ou extra-utérine, dépend de la mère ou de l'enfant.

1° L'asphyxie intra-utérine vient de l'absence de circulation dans le cordon ombilical : quand il est prolabé et comprimé ; quand il est serré entre le fœtus et la matrice ou le bassin, comme dans les cas de tête dernière ou de circulaires autour du cou, du dos, des fesses ; quand enfin il n'est pas bien abrité dans le creux abdominal et est pressé par la matrice rétractée.

2° La circulation est aussi troublée dans le décollement du placenta : comme cela se présente dans l'insertion sur le col ; ou bien quand il est tirailé par un cordon trop court ; ou bien quand le sang s'épanche entre ce gâteau et l'utérus ; ou bien encore quand, le tronc étant sorti, la matrice doit se contracter énergiquement pour expulser la tête.

3° Si les contractions utérines sont trop violentes et trop fréquentes, si surtout l'organe est contracté spasmodiquement ou tétaniquement, la circulation utéro-placentaire devient difficile ou impossible.

4° Dans le cas où le sang de la mère ne contient plus une quantité suffisante d'oxygène, il est évident que le sang foetal doit également en être dépourvu : il en est ainsi lorsque la mère est morte, ou atteinte d'asphyxie, de syncope prolongée, d'éclampsie, d'hémorragie, etc.

Il est difficile de dire combien de temps l'enfant peut résister à l'asphyxie *complète* ; on peut le fixer à 1/2 heure au plus. Cependant on a cité quelques cas, où l'on aurait extrait des enfants encore vivants une heure et plus après la mort de la mère.

5° L'asphyxie intra-utérine provoque des *mouvements respiratoires prématurés*, qui peuvent entraîner dans les voies aériennes du liquide amniotique, des mucosités, du sang, du méconium, des morceaux de membranes, de sorte que ces corps étrangers rendent difficile l'introduction de l'air dans la poitrine, quand l'enfant est né ; parfois même l'obstruction est complète et si l'enfant fait un mouvement d'inspiration, rien ne pénètre dans les poumons et la base du thorax se creuse profondément. L'asphyxie extra-utérine succède ainsi à l'autre.

6° L'asphyxie intra-utérine a comme seconde conséquence, tout aussi importante, d'anéantir plus ou moins complètement la sensibilité du système nerveux, de sorte que les excitations ordinaires ne suffisent plus pour faire agir les nerfs respiratoires : d'où encore asphyxie extra-utérine succédant à la première.

B. — La congestion cérébrale, ou afflux exagéré du sang au cerveau, est rare ; elle peut être le résultat de la compression du cou (par le cordon, ou par le col de la matrice, ou par les os pubiens), ou de la compression du crâne dans les accouchements difficiles (bassins rétrécis, forceps, etc.) ; dans ce dernier cas,