

soins antiseptiques — condamnation des accouchées à un repos sévère et prolongé. C'est souvent lors de levers prématurés, vers le quinzième jour, qu'apparaît la phlegmatia.

Quand la maladie est constituée repos absolu avec enveloppement ouaté.

C'est généralement vers le quarantième jour après la cessation des accidents fébriles qu'on permettra à la femme de se lever. Mais il n'y a là qu'une indication générale que peut faire modifier l'observation de la malade.

LIVRE X

DE L'ENFANT

CHAPITRE PREMIER

SOINS APRÈS LA NAISSANCE

PRÉCAUTIONS PRÉLIMINAIRES

Il est nécessaire d'avoir :

De l'eau chaude et une petite baignoire ou bien un vase assez grand pour en tenir lieu.

Des éponges ou mieux des tampons de ouate hydrophile et des serviettes fines.

Du savon et de la vaseline salolée ou boriquée.

Un paquet de ouate hydrophile, de la poudre d'amidon ou de lycopode, des épingles à maillot.

Une solution boriquée à 30/1000, de la poudre d'iodoforme très finement porphyrisée ou à son défaut un citron pour les yeux.

Une pince, une plume, un insufflateur en cas d'asphyxie.

Les vêtements de l'enfant désignés sous le nom de *maillot*.

Le *maillot français* se compose d'une chemisette et d'une brassière, d'une couche, et de langes en laine et coton ou en laine, enfin d'un bonnet, d'un fichu et de chaussons.

Le *maillot anglais* est composé d'une chemisette et d'une brassière munie en arrière de boutons pour fixer une couche qu'on rabat et replie en avant en entourant chaque jambe, leur formant ainsi une espèce de culotte; enfin une longue robe cache-maillot se prolonge sur l'abdomen et les membres inférieurs. Pas de bonnet.

Le *maillot français* est préférable pendant les premiers jours, quand il fait froid, que l'enfant a une tendance à se

découvrir; mais il faut, dès que ces indications n'existeront plus, recourir au *maillot anglais* qui donne plus de liberté aux membres de l'enfant.

Nouveau-né. — L'enfant qui vient de naître et qui est vivant, crie; il est d'un rouge plus ou moins vif et recouvert d'un enduit graisseux, plus ou moins abondant, *enduit sébacé*.

L'enfant séparé de la mère est emporté dans un linge chaud. On examine attentivement les organes génitaux pour voir s'il n'y a aucune malformation, aucune cause d'erreur sur le sexe, et l'état de l'orifice anal, pour s'assurer qu'il est perforé. On passe enfin en revue le reste du corps pour s'assurer qu'il n'y a pas de vice de conformation.

Toilette. — Cette inspection terminée on procède à la toilette. On savonne l'enfant à l'eau tiède sur tout le corps, ou bien on le recouvre de vaseline pour le débarrasser de l'enduit sébacé, qui est quelquefois très tenace, surtout dans les plis inguinaux, dans l'aisselle, derrière les oreilles.

Il ne faut pas craindre de le laver à grande eau.

Une fois tout le corps nettoyé, il est une toilette toute spéciale qui doit être faite *systématiquement*, c'est la *toilette des yeux*. On relève les paupières, qu'on maintient écartées entre le pouce et l'index de la main gauche, et on les lave avec un tampon de ouate hydrophile trempé dans une solution boriquée à 30/1000. Cette ouverture des paupières est indispensable: laver leur surface cutanée seulement serait faire œuvre illusoire.

Les paupières lavées, toutes les fois qu'on pourra craindre une contamination on insufflera dans chaque œil un peu de poudre d'iodoforme *très finement* porphyrisée. (Valude.) A son défaut, instiller sous le rebord palpébral une petite goutte de jus de citron; à la suite, on a un peu de rougeur dont il ne faut pas s'étonner.

Ligature définitive du cordon. — On procède alors à la *ligature définitive du cordon*. On s'assure qu'il n'y a pas de hernie ombilicale, et puis à l'aide d'un fil de soie ou d'un fil écu, trempé dans une solution antiseptique faible,

on fait la ligature par un double tour du fil à environ trois centimètres de l'ombilic; dans les cordons gras, il faut serrer progressivement et lentement pour que le fil écrase bien toute la gélatine de Warthon.

On peut aussi faire usage dans les cordons gras du procédé de l'*allumette de Tarnier*. On place parallèlement à la direction du cordon une allumette qui lui fait attelle; on serre dessus le fil qui ne glisse pas, et le cordon s'écrase; au moment de serrer le second nœud, on fléchit les deux bouts de l'allumette qui se casse au niveau du fil, et celui-ci pénètre dans le cordon et l'étreint profondément.

On a aussi préconisé dans ces cas la *ligature élastique*.

Puis on coupe le bout trop long du cordon; il faut toujours faire porter la section à au moins 2 centimètres de la ligature (important).

La ligature du cordon faite, on procède à son pansement. On prend une feuille de ouate hydrophile de 10 centimètres carrés environ qu'on fend sur un de ses côtés jusque vers le milieu. On introduit le cordon dans la fente; on le penche vers la gauche (pour ne pas comprimer le foie), et on l'entoure avec la ouate.

L'enfant est alors largement poudré surtout au niveau des organes génitaux, des creux axillaires, du cou, habillé, puis placé dans son berceau, avec une boule si l'on est en hiver.

On le montre à la mère, mais il ne faut pas lui permettre de le faire coucher à côté d'elle.

CHAPITRE II

ACCIDENTS AU MOMENT DE LA NAISSANCE

MORT APPARENTE DU NOUVEAU-NÉ

Dès que l'enfant vivant est expulsé, il crie. Les cris du fœtus marquent le passage de la vie intra-utérine à la vie extra-utérine; dès ce moment le fœtus respire et n'oxygène plus son sang par l'intermédiaire du cordon.

Parfois le nouveau-né ne crie pas, il est extraordinairement pâle, le cordon est *petit* sans battements, la respiration qui peut se faire est extrêmement superficielle, se produisant par saccades toutes les trente-cinq ou quarante-cinq secondes. C'est l'**asphyxie blanche**.

Mais dans d'autres cas le nouveau-né apparaît turgescent, cyanosé, les yeux sortant des orbites, il ouvre la bouche, mais nul mouvement d'inspiration ou d'expiration ne se produit : il y a apnée. Le cordon est *gros*, avec battements souvent perceptibles. C'est l'**asphyxie bleue**.

Dans ces conditions la vie en général ne se prolonge pas au delà de deux à trois heures. D'après Baudinet, l'entretien de la vie pendant ce temps, sans respiration, peut s'expliquer par la persistance du trou de Botal.

Cette forme d'asphyxie à un degré atténué est relativement assez fréquente.

Causes. — Elles varient suivant les deux variétés d'asphyxie.

A. *Asphyxie blanche*. — Elle peut être due : 1° à la faiblesse congénitale de l'enfant qui n'a pas la force de respirer; aussi s'observe-t-elle chez les enfants nés avant terme.

2° Aux hémorragies de la mère, comme dans les cas de *placenta prævia* : l'enfant est saigné à blanc.

3° A la compression du cordon, qui, par ralentissement ou par suppression d'apport sanguin produit un résultat analogue à la saignée.

Pour certains auteurs c'est un *état syncopal*.

B. *Asphyxie bleue*. — L'asphyxie bleue se voit toutes les fois qu'il y a gêne de la circulation de retour :

1° Dans les accouchements lents;

2° Dans les accouchements où les contractions utérines se succèdent à intervalles trop rapprochés;

3° Lorsque l'utérus s'est rétracté sur la partie fœtale;

4° Lorsque le cou est entouré par un circulaire.

Conduite à tenir. — *Asphyxie blanche*. Le cas est à peu près régulièrement mortel. On attend le plus possible pour lier le cordon, on frictionne l'enfant et on l'enveloppe de linges très chauds.

Asphyxie bleue. — On coupe rapidement le cordon et on laisse saigner le bout fœtal.

Introduisant un doigt dans la bouche et l'enfonçant jusqu'au niveau du larynx on le débarrasse des produits qui pourraient l'obstruer : sang, liquide amniotique, mucosités, puis on essaie de provoquer la première inspiration.

1° *Par voix réflexe*, en chatouillant l'abdomen, la plante des pieds; en flagellant la figure, les fesses avec la main ou avec une serviette mouillée; en excitant la peau par des frictions alcooliques; en titillant la muqueuse nasale ou la muqueuse pharyngo-laryngée avec les barbes d'une plume; en plongeant l'enfant dans un bain très chaud, dans un bain sinapisé.

Enfin dans cette catégorie de procédés il faut ranger le *procédé de Laborde*, ou les tractions rythmées de la langue.

On saisit la langue de l'enfant soit directement avec les doigts, soit en l'entourant d'un mouchoir ce qui donne une meilleure prise, soit avec une pince; on peut utiliser une pince à forcipressure, mais en modérant la pression et surtout il ne faut jamais serrer jusqu'au cran d'arrêt; Collin, sur les indications de Budin, a construit dans ce but une pince à pression automatique et à large surface de préhension assez commode.

On attire fortement la langue au dehors et on lui fait exécuter des mouvements énergiques d'avant en arrière, en tâchant d'imiter le rythme de la fonction respiratoire.

L'excitation de la base de la langue et surtout sa traction exercent une action puissante sur le réflexe respiratoire.

2° *Par voie mécanique*, en pratiquant la *respiration artificielle*.

Pour cela, saisissant à pleine main les deux bras, on les élève et on les porte en arrière (agrandissant ainsi la cage thoracique) puis par un mouvement de circumduction on les rabat en les croisant sur le thorax sur lequel on appuie. On pratique ainsi alternativement l'inspiration et l'expiration.

Par l'insufflation. — L'insufflation peut se faire de bouche à bouche. Mais l'insufflation directe, outre qu'elle ne donne qu'un air déjà brûlé, le fait pénétrer non seulement dans les voies aériennes, mais dans l'œsophage et l'estomac, qui se gonflant relève et refoule en haut le diaphragme, d'où gêne de la pénétration aérienne.

On la pratique surtout avec un instrument nommé *insufflateur*. L'insufflation mécanique a été combattue par certains accoucheurs, qui l'accusent de distendre outre mesure et de crever les alvéoles pulmonaires. Mais l'insufflation intermittente, bien faite, ne produit pas d'accident.

On peut faire l'insufflation à l'aide d'un simple tube recourbé par l'intermédiaire duquel on souffle directement dans la trachée; les instruments de ce type (insufflateur de Chaussier-Depaul) ont contre eux la difficulté de leur manuel opératoire — il faut leur faire franchir la glotte et éviter l'œsophage — et le reproche adressé à l'insufflation bouche à bouche — on insuffle de l'air déjà brûlé.

L'insufflateur de Ribemont comble ces desiderata. Il se compose d'un tube courbé dont la courbure a été réglée à

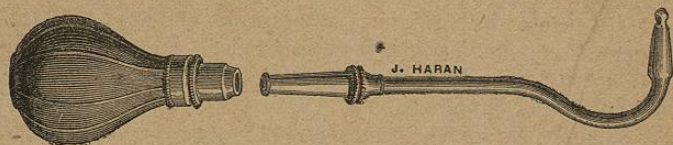


Fig. 122. — Insufflateur de Ribemont-Dessaigne.

la suite d'expériences anatomiques nombreuses; son extrémité est disposée de telle façon que l'air injecté ne peut plus revenir. L'insufflation se pratique à l'aide d'une poire en caoutchouc qui injecte l'air normal et en quantité modérée, 25 à 30 centimètres cubes par insufflation.

On doit surtout avoir beaucoup de constance, interroger continuellement les battements du cœur qui doivent servir de guide; enfin il ne faut pas s'arrêter lorsqu'on aura ainsi obtenu deux ou trois inspirations spontanées. Pour être

certain d'avoir atteint le but, il ne faut pas seulement que l'enfant respire, il faut qu'il *crie*.

FRACTURES

Il arrive quelquefois que pendant les manœuvres de l'accouchement, il se produit des fractures ou des décollements épiphysaires. La famille pardonnant difficilement cet accident, si on peut il faut tâcher de dissimuler ce contre-temps; s'il s'agit d'une fracture de membre, appliquer un petit appareil consistant en un simple enveloppement ouaté.

CHAPITRE III

ÉVOLUTION DU NOUVEAU-NÉ ET DES SOINS QU'IL RÉCLAME

ÉVOLUTION DE L'ENFANT

L'enfant séparé de sa mère vit de la vie commune, mais les mouvements cardiaques et respiratoires sont plus fréquents que chez l'adulte; le pouls bat de 120 à 130 pulsations par minute, et les inspirations sont au nombre de 30 environ à la minute.

Quand l'enfant vient au monde, ses *réservoirs naturels* sont, en général, remplis. Dans la vessie, il y a de l'urine qui est, parfois, évacuée dès la naissance.

Dans l'intestin, se trouvent des amas épithéliaux, provenant de la surface intestinale, colorés en vert noirâtre par la bile; ces amas forment une substance molle, visqueuse, analogue au suc épais du pavot (*μηκων*) d'où son nom, *méconium*. C'est cette matière qui constitue les premières selles, pendant les trois ou quatre premiers jours; puis survient le résidu de la digestion lactée, bouillie d'abord jaune clair, puis jaune d'or.

Les *garde-robes* sont, pendant le premier mois, de deux à quatre par jour.