

PREMIÈRE QUINZAINE. — **Lit.**

Première semaine :

Première moitié. — Décubitus dorsal.

Deuxième moitié. — Décubitus latéral ou dorsal à volonté.

A la fin, l'accouchée peut être momentanément couchée sur un autre lit, de manière à permettre de faire complètement celui qu'elle occupait.

Deuxième semaine :

Première moitié. — On peut soulever la tête à l'aide de deux à quatre oreillers.

Deuxième moitié. — L'accouchée peut s'asseoir complètement sur son lit, pour donner le sein, manger, etc.

A la fin de la deuxième semaine, lever¹.

DEUXIÈME QUINZAINE. — **Appartement ou habitation.**

Troisième semaine : Chambre et chaise longue.

Durée du lever : une heure de plus par jour ;

1^{er} jour 1 heure,

2^e — 2

3^e — 3

etc.

A la fin de la troisième semaine la femme peut quitter la chambre pour circuler dans son appartement ou dans son habitation, mais sans sortir dehors.

Quatrième semaine : Appartement. — Fauteuil ; chaise longue en cas de fatigue.

A la fin de la quatrième semaine, c'est-à-dire au bout d'un mois après l'accouchement, première sortie en plein air.

TROISIÈME QUINZAINE. — **Promenades, sorties.**

Cinquième semaine : Sorties en voiture.

Sixième semaine : Sorties à pied.

Retour de couches. — Quand la femme n'allait pas, c'est à la fin de la sixième semaine, c'est-à-dire un mois et demi après l'accouchement, que survient le retour de couches, qui n'est autre chose que le rétablissement de la menstruation. — Pendant le retour de couches, repos au lit ou sur une chaise longue, au moins pendant les deux premiers jours, et mieux pendant toute la durée.

Après le retour de couches, la femme est rendue à sa vie habituelle ; à ce moment les rapports sexuels peuvent être repris sans inconvénient.

¹ Chez les femmes délicates, trois semaines de lit sont souvent nécessaires ; par contre, quelques robustes paysannes se lèvent sans inconvénients une semaine et même moins après leur accouchement.

Mais pour les exercices fatigants (cheval, danse), ou pour les grands voyages, on ne les permettra que trois mois après l'accouchement, alors que l'utérus est complètement rendu à son état normal.

Quand la femme allaite, quoique le retour de couches fasse défaut, on se comportera de même, mais les exercices fatigants ou les grands voyages ne pourront être repris qu'après le sevrage, sous peine de compromettre la santé de l'enfant et aussi celle de la mère en lui imposant un véritable surmenage.

II

ENFANT

SOMMAIRE

A. Phénomènes physiologiques :

1^o Poids ;

2^o Température. — Circulation. — Respiration ;

3^o Cordon ;

4^o Dentition ;

5^o Digestion ;

6^o Phénomènes cutanés.

B. Hygiène :

1^o Vue ;

2^o Sommeil. — Cris ;

3^o Vêtements ;

4^o Toilettes ;

5^o Température. — Couveuses ;

6^o Chambre. — Berceau ;

7^o Sorties ;

8^o Vaccination.

A. — PHÉNOMÈNES PHYSIOLOGIQUES

1^o Poids.

Le nouveau-né, dont le poids moyen est de 3.000 grammes au moment de la naissance, diminue de 100 grammes pendant les deux premiers jours, et regagne cette perte pendant les cinq jours consécutifs, de telle sorte qu'à la fin de la première semaine le poids est identique à celui de la naissance.

L'augmentation quotidienne du poids de l'enfant, en dehors de ces sept premiers jours, est variable, mais peut être fixée comme moyenne quotidienne à :

25 grammes pendant les 1 ^{er} , 2 ^e , 3 ^e mois	1 ^{er} trimestre.
20 — 4 ^e , 5 ^e , 6 ^e —	2 ^e —
15 — 7 ^e , 8 ^e , 9 ^e —	3 ^e —
10 — 10 ^e , 11 ^e , 12 ^e —	.. .	4 ^e —

En multipliant cette augmentation quotidienne par le nombre de jours que compte chaque trimestre et qui est de quatre-vingt-dix environ, on a pour l'augmentation totale de :

1 ^{er} trimestre,	2,250 ¹	+ 3,000	= 5,250.	Chiffre rond : 5,250 grammes.
2 ^e	1,800	+ 5,250	= 7,050.	— 7,000 —
3 ^e	1,350	+ 7,050	= 8,400.	— 8,500 —
4 ^e	900	+ 8,400	= 9,300.	— 9,300 —

La courbe 288 représente d'après ces données l'augmentation progressive du poids de l'enfant pendant la première année de la vie.

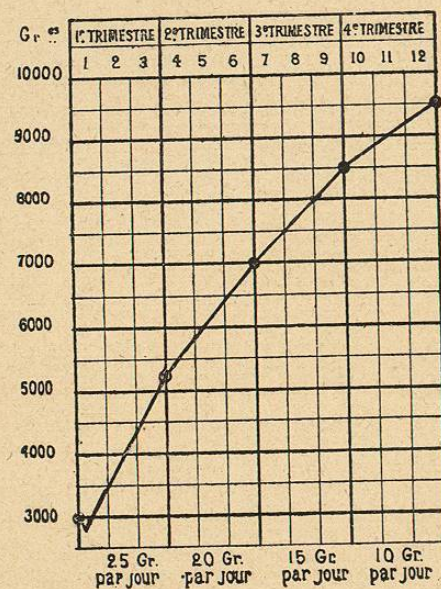


Fig. 288. — Poids de l'enfant pendant la première année.

On voit donc qu'au bout de six mois complets l'enfant a un peu plus que *doublé*, et qu'au bout de un an, un peu plus que *triplé* de poids.

Un enfant qui pèse dix kilogrammes à un an, est légèrement au-dessus de la moyenne.

2° Température. Circulation. Respiration.

Le tableau 289 résume les résultats que j'ai obtenus² par l'examen de la température, des pulsations et de la respiration chez cinq nouveau-nés.

La température subit comme on le voit un abaissement initial et atteint

¹ Pour ce premier trimestre, il n'est pas tenu compte de l'état stationnaire des huit premiers jours. Cette cause d'erreur est détruite par ce fait que pendant les trois semaines consécutives à la première il se produit une augmentation qui compense l'état stationnaire des premiers jours.

² Voir *Travaux d'obstétrique*, t. I^{er}, p. 30.

son maximum le lendemain de la naissance, puis oscille entre 36 et 37°. L'abaissement initial est d'autant plus marqué que l'enfant naît plus loin de son terme normal.

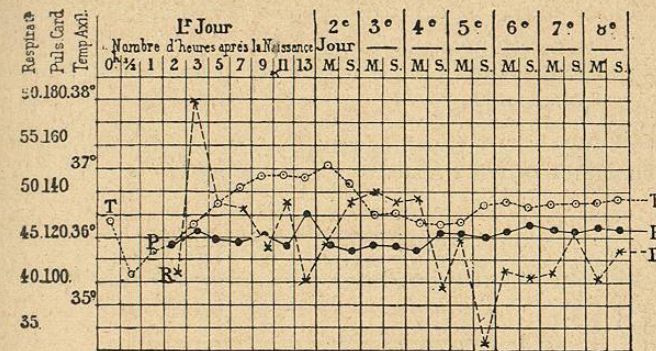


Fig. 289. — Nouveau-né : T, Température. — P, Puls. — R, Respiration.

Le nombre des pulsations oscille autour de 120 à la minute.

La respiration donne des résultats très variables.

3° Cordon.

Le cordon, pendant les jours consécutifs à la naissance, se flétrit, se dessèche. Un sillon, rempli de sérosité purulente, se creuse au pourtour de son insertion ombilicale. La chute a lieu spontanément du 3^e au 7^e jour, le plus souvent le 4^e ou le 5^e.

Chez les enfants débiles, ou quand on fait un pansement antiseptique humide, la chute du cordon est souvent retardée et n'a lieu que le 8^e, 10^e, 12^e jour jusqu'au 15^e jour.

Parfois au niveau de l'ombilic il persiste pendant quelques jours une petite ulcération, source d'écoulement purulent, pour laquelle on est obligé de faire un pansement (poudre de salol ou de tanin), voire même quelques cautérisations au crayon de nitrate d'argent.

M. RICHET avait pensé que la chute du cordon était due à la présence, au niveau de l'ombilic, d'un *anneau contractile* de fibres musculaires lisses. Mais avec M. PARROT on admet en général aujourd'hui que le cordon est éliminé à la manière des tissus privés de vie, des escarres.

4° Dentition.

Les dents sont de deux sortes : les premières destinées à tomber (*caduques*), les autres devant au contraire persister à l'état normal pendant toute la vie (*permanentes*).

Les premières, ou *dents de lait*, sont les seules qui nous intéressent ici, cependant j'envisagerai brièvement toute l'éruption dentaire ; ce coup d'œil d'ensemble facilitera la mémoire de cette difficile question.

Les dents de lait ou caduques sont au nombre de 20, les permanentes au nombre de 32.

Envisagées dans leur ordre d'apparition, les dents peuvent être divisées en cinq groupes.

1° *Dents de lait* (20). — Les dents de lait apparaissent dans l'ordre suivant :

Incisives moyennes	4 vers 6 mois
Incisives latérales	4 — 9 —
Premières molaires	4 — 12 —
Canines	4 — 15 —
Deuxièmes petites molaires	4 — 18 —

Toutes les dents de la mâchoire inférieure sortent avant les correspondantes de la supérieure, sauf pour les incisives latérales, où l'ordre est inverse, de telle sorte que les quatre dents de lait médianes naissent dans l'ordre indiqué par la figure 290.



Fig. 290. — Ordre d'éruption des huit incisives (dents de lait).

Il arrive souvent que les incisives moyennes inférieures étant apparues, les supérieures correspondantes se font attendre assez longtemps, et naissent presque en même temps que les voisines, c'est-à-dire que les incisives latérales supérieures.

Sauf l'exception qui précède, la loi générale pour l'éruption de toutes les dents caduques, ou permanentes, est que celles de la mâchoire inférieure se montrent avant celles de la supérieure.

Les dates d'apparition précédemment mentionnées sont loin d'être mathématiques; les variations sont grandes. Les premières dents se montrent souvent plus tôt ou plus tard que six mois, elles existent exceptionnellement à la naissance même¹.

Les canines apparaissent souvent plus tard que quinze mois, et il n'est pas rare de voir les deuxièmes petites molaires ne faire éruption qu'après deux ou trois ans.

Au milieu de ces irrégularités, nous avons fixé des chiffres moyens dont la valeur n'est que relative. Ces chiffres sont faciles à retenir, car ils représentent des dates espacées de trois mois l'une de l'autre; aussi, avec cette notion de trois mois, suffira-t-il de retenir l'ordre d'apparition suivant :

- 1° Incisives médianes;
- 2° Incisives latérales;
- 3° Premières petites molaires;
- 4° Canines;
- 5° Deuxièmes petites molaires.

2° *Dents d'enfance* (4). — Les dents d'enfance, au nombre de quatre, sont les premières grosses molaires et apparaissent vers cinq ans.

3° *Dents de remplacement* (20). — Des dents de remplacement succèdent aux dents de lait, qui tombent quelque temps avant leur apparition.

¹ LOUIS XIV et MIRABEAU sont les exemples les plus célèbres de cette anomalie; *Curius Dentatus* aurait dû son nom à cette particularité.

Une par an.

Ordre successif :

- 1° Incisives médianes 8 ans.
- 2° Incisives latérales 9 —
- 3° Premières petites molaires . . . 10 —
- 4° Deuxièmes petites molaires . . . 11 —
- 5° Canines 12 —

L'ordre d'apparition est un peu différent de celui des dents de lait, car les canines ici se montrent en dernier lieu, et, au contraire, avant les dernières

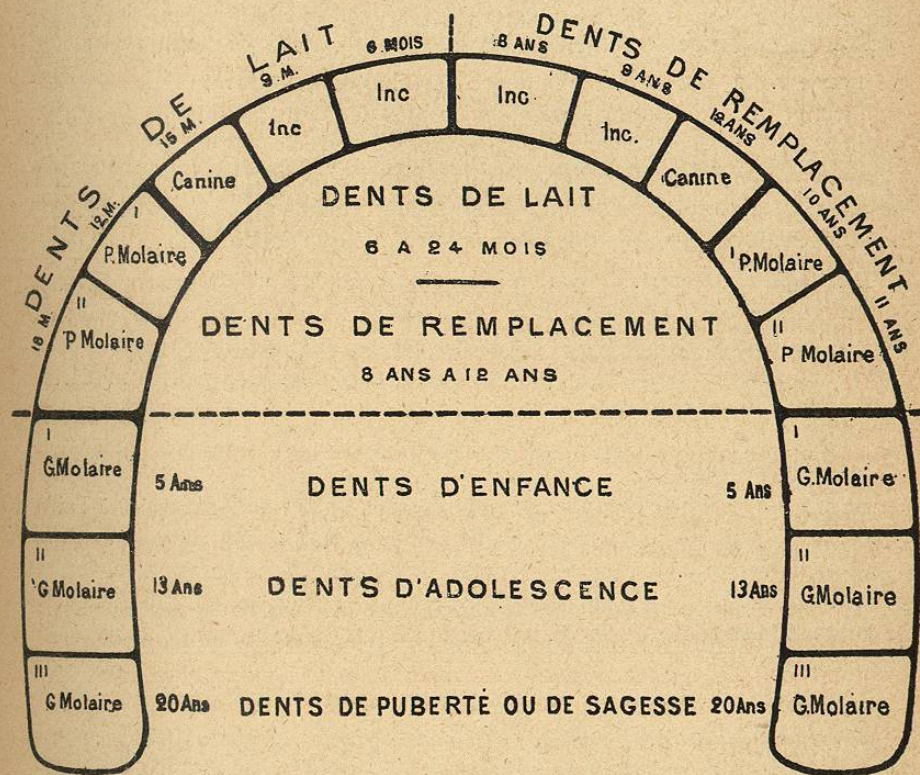


Fig. 291. — Schéma de l'éruption dentaire.

petites molaires pour les dents de lait; je place en regard les deux variétés de dents dans leur ordre d'apparition respectif.

DENTS DE LAIT	DENTS DE REMPLACEMENT
1° Incisives moyennes	Incisives moyennes.
2° Incisives latérales	Incisives latérales.
3° Premières petites molaires . . .	Premières petites molaires.
4° Canines	Deuxièmes petites molaires.
5° Deuxièmes petites molaires . . .	Canines.

4° *Dents d'adolescence* (4).

Deuxièmes grosses molaires.
Éruption à treize ans.

5° *Dents de puberté ou de sagesse* (4).

Troisièmes grosses molaires.
Éruption à vingt ans (dix-huit à vingt-cinq ans).

Chaque groupe de dents de lait se montre à trois mois d'intervalle, et de dents de remplacement à un an d'intervalle. — Quant aux grosses molaires, leur éruption est espacée pour chaque groupe par sept ans environ.

Influence de la dentition sur la santé de l'enfant. — On a attribué à la dentition la plupart des accidents qui peuvent survenir pendant les premières années de la vie, pathogénie complaisante dont la réalité n'est pas démontrée. La diarrhée et une fièvre parfois intense pouvant exposer à des congestions méningitiques, paraissent seules dépendre nettement de la dentition¹.

Dans les cas de troubles dans l'éruption dentaire, des applications locales d'une solution faible de cocaïne, ou l'incision cruciale au sommet de la dent, sont les seuls moyens capables de produire quelque amélioration.

Dentition et sevrage. — La dentition étant une cause de troubles digestifs pour l'enfant, on a conseillé de ne pas cesser l'allaitement au moment de l'éruption dentaire. Le conseil est bon à suivre, et le meilleur moment pour opérer le sevrage sera, soit après la sortie des premières petites molaires, soit après celle des canines.

5° *Digestion.*

Le lait est *sucé* par l'enfant. Ce mouvement de succion est opéré à l'aide de la langue qui, en se portant en bas et en arrière, crée un vide entre la voûte palatine et elle, vide dans lequel le liquide vient s'accumuler. Ingéré dans l'estomac, le lait y subit la digestion sous l'influence du suc gastrique. La digestion se continue dans l'intestin où se fait en même temps une absorption active.

Les *selles* du nouveau-né passent par trois périodes successives :

Période méconiale (3 jours). — L'enfant évacue le méconium accumulé dans son intestin pendant la grossesse. Ce liquide est verdâtre, sirupeux, analogue au suc épaissi du pavot (*μηκων*, pavot).

Période de transition (1 jour). — Le méconium est mêlé à du lait digéré.

Période lactée. — Le résidu du lait digéré est rendu sous forme d'une bouillie épaisse, jaune clair, dont l'aspect a été comparé avec raison à celui des œufs brouillés. — En étudiant l'athrepsie, nous verrons que ces garde-robes peuvent se strier de blanc, de vert, devenir même complètement vertes.

¹ Voir Corrivaud, *Journal de médecine de Bordeaux et Bulletin thérapeutique*, 1885, t. I^{er}, p. 475.

Les garde-robes sont, chez les nouveau-nés, au nombre de deux à quatre par vingt-quatre heures; plus tard, vers deux mois, de une à trois. Un plus grand nombre indique un état diarrhéique.

6° *Phénomènes cutanés.*

L'enfant passe par trois phases successives qui durent environ trois jours chacune.

Phase rouge. — Vive congestion cutanée, causée par le contact de l'air auquel la peau n'est pas habituée et qui agit comme un véritable irritant.

Phase jaune. — Sorte d'ictère hémaphéique, qui est amené par les transformations du pigment sanguin déposé à la périphérie pendant la phase précédente ou congestive.

Phase blanche. — L'enfant devient pâle et arrive insensiblement à sa teinte rosée normale.

Dès la période précédente, mais surtout à cette dernière, la peau se recouvre d'un véritable *furfur*, desquamation épidermique, analogue à celle qu'on voit dans la rougeole, et qui est le résultat des phénomènes congestifs précédemment décrits.

B. — HYGIÈNE

Vue. — Sommeil. Cris. — Vêtements. — Toilette. — Température. Couveuses. Chambre. Berceau. — Sorties. — Vaccination.

1° *Vue.* — Les yeux de l'enfant doivent être attentivement surveillés; le médecin doit les inspecter à chacune de ses visites, précaution nécessaire à cause de l'ophtalmie purulente, dont nous verrons à la pathologie les traitements préventif et curatif.

Pendant les premiers temps de la vie, les enfants présentent souvent un léger degré de *strabisme*, dont la constatation inquiète la famille. Ce strabisme léger est sans importance, il disparaît aussitôt que l'enfant commence à *regarder*.

2° *Sommeil. Cris.* — Sommeil, cris et tétées se partagent chez l'enfant les premiers temps de la vie.

Les *cris* sont pour ainsi dire normaux lorsqu'ils sont de faible intensité et durée; l'enfant à cet âge ne sait ni parler ni rire, les pleurs constituent son seul langage. Mais lorsque les cris deviennent intenses et prolongés, ils indiquent un état de souffrance dont il faut rechercher la cause, qui est le plus souvent, soit la *faim*, soit le *froid*, soit la gêne dans les *vêtements*. Donc, allaiter l'enfant, le réchauffer, le démailloter, sont la triple précaution à prendre en pareil cas. Il est encore d'autres causes auxquelles il faut penser : telles les *coliques*, très souvent invoquées par les gardes et les nourrices, sans que personne ait jamais pu en constater la réalité, justifiées cependant par le calme que produit parfois l'application d'un cataplasme chaud sur le