en entier, il serait utile de porter la main dans l'utérus pour extraire ce qui a été retenu.

L'arrière-faix est accompagné de caillots de sang; souvent il en reste une grande quantité dans l'utérus, et plus tard ils deviennent la source des trachées que nous décrirons plus loin. Lorsqu'on soupçonne la présence de caillots nombreux, on peut, par des frictions pratiquées sur l'hypogastre, exciter la matrice à se contracter et à les expulser. Quelques auteurs ont même conseillé de porter la main dans l'utérus pour le vider complétement des corps étrangers qu'il contient. C'est certainement une bonne pratique, mais il ne faut pas en abuser, car, d'une part, on irriterait inutilement l'organe, et, de l'autre, on ne s'opposerait pas toujours à la formation ultérieure de nouveaux caillots.

Nous avons déjà dit que c'était ordinairement quinze, vingt, vingt-cinq minutes après l'accouchement, que l'utérus, se contractant, indiquait, pour ainsi dire, à l'accoucheur le moment où il devait intervenir. Il faut bien se rappeler toutefois que l'extraction du délivre n'exige que des tractions modérées. Si l'on éprouvait de la résistante, il faudrait attendre et ne faire de nouvelles tentatives que lorsque de nouvelles contractions surmonteront ou s'efforceront de surmonter ces résistances.

Lorsque, après l'expulsion d'un enfant, on a le moindre soupçon de l'existence d'un second fœtus, il faut s'en assurer par l'exploration interne et externe avant de procéder à la délivrance. Si l'on reconnaît, au développement considérable de l'utérus, et surtout par le toucher vaginal, que la grossesse est gémellaire, il faut immédiatement appliquer une ligature sur l'extrémité ombilicale du cordon du premier-né, et ne procéder à la délivrance qu'après l'expulsion de tous les fœtus. Si cependant le placenta décollé venait se présenter à l'orifice, on essayerait de l'extraire, surtout s'il paraissait mettre obstacle au passage du second enfant. Toutefois ces tractions doivent être excessivement réservées; car, dans les grossesses de jumeaux, il existe le plus souvent des adhérences entre les divers placentas; et, dans ce cas, il est évident que ces tractions pratiquées avec force pourraient décoller le délivre du second enfant longtemps avant son expulsion : ce décollement prématuré exposerait la femme à une hémorrhagie des plus graves, et l'enfant à une asphyxie assez promptement mortelle.

Après la naissance des deux enfants, loin de tirer sur les deux cordons à la fois, et de les réunir en faisceau au moyen d'une légère torsion, il est prudent de faire avancer les placentas l'un après l'autre, et en premier lieu celui du premier-né, qui, en général, résiste le moins. La masse des deux placentas réunis est ainsi engagée par une de ses extrémités, et franchit plus facilement le col utérin.

Dans les grossesses doubles, l'utérus est ordinairement très-distendu. Cette distension excessive est, nous le savons, une des conditions qui affaiblissent le plus la contractilité du tissu; aussi après l'accouchement ne faut-il pas trop se presser d'opérer la délivrance : il faut accorder à l'utérus un peu plus de temps qu'à l'ordinaire pour revenir sur lui-même, et pendant ce temps exercer quelques frictions sur le fond de l'organe, afin de solliciter sa contraction.

Quant à la délivrance après l'avortement, tout ce qui a trait à cette question sera traité quand nous décrirons l'avortement (voy. *Avortement*).

CHAPITRE VII

DES SOINS QUE L'ACCOUCHEUR DOIT DONNER A LA FEMME ET A L'ENFANT PENDANT LE TRAVAIL DE L'ACCOUCHEMENT

ARTICLE PREMIER

DES SOINS A DONNER A LA FEMME PENDANT LE TRAVAIL

L'accoucheur appelé auprès d'une femme en travail doit toujours se munir de lancettes, d'une sonde de femme, d'un forceps; à la campagne, il doit toujours avoir aussi sur lui du seigle ergoté en grain, ou au moins fraîchement pulvérisé, et 7 à 8 grammes de laudanum de Sydenham.

Avant d'entrer dans la chambre de la malade, il doit toujours se faire annoncer. L'émotion causée par l'arrivée subite du médecin a souvent suffi pour suspendre le travail pendant un temps plus ou moins long.

Après s'être informé de l'heure à laquelle les douleurs ont commencé, de leur fréquence, de leur durée, de leur intensité, il faut, s'il juge d'après ce récit le travail avancé, procéder tout de suite à l'exploration vaginale; dans le cas contraire, il peut, tant pour constater par lui-même la valeur des renseignements qui lui ont été donnés, que pour laisser à la femme le temps de se préparer à cet examen, attendre pendant quelques instants. Lorsqu'il le juge enfin utile, il doit y procéder avec toute la décence convenable, et toujours pendant l'intervalle des douleurs. Par ce premier toucher, il cherchera à constater : 1° si la femme est enceinte; 2° si elle est à terme; 3° si elle est en travail; 4° si les membranes sont rompues; 5° si le travail est avancé; 6° quel est l'état du col, du vagin, du périnée, quelle est leur souplesse ou leur résistance; 7° quelle est la conformation du bassin; 8° quelle est enfin la partie du fœtus qui se présente.

Constater l'existence de la grossesse chez une femme qui dit éprouver les douleurs de l'enfantement, peut paraître au premier abord une précaution ridicule, mais ce n'est pas au moins chose inutile : il est malheureusement arrivé que des accoucheurs trop confiants s'en sont laissé imposer par des femmes qui se trompaient elles-mêmes sur la nature des douleurs qu'elles éprouvaient; et l'on pourrait en citer plusieurs qui, après avoir attendu pendant plusieurs jours le moment de la délivrance, ont été forcés plus tard de reconnaître leur méprise. C'est une erreur d'ailleurs assez facile à éviter, en se rappelant les signes que nous avons indiqués à l'article *Grossesse*.

Après avoir observé pendant quelques instants la marche des douleurs que la

femme éprouve, l'accoucheur devra chercher à s'assurer de leur cause et de leur nature, afin de favoriser celles qui ont rapport à l'accouchement, et de combattre celles qui y sont étrangères. Les femmes sont assez souvent tourmentées, dans les derniers temps de leur grossesse, par des douleurs dépendantes de quelque trouble sympathique des intestins ou des organes abdominaux, qui peuvent en imposer même au médecin pour un début du travail, et qu'on a nommées *fausses douleurs*, afin de les distinguer des douleurs causées par la contraction utérine, qu'on nomme *vraies douleurs*.

On peut les distinguer assez facilement aux caractères suivants : Les fausses douleurs sont ordinairement fixes dans la région qu'occupe l'organe malade. Les douleurs causées par le début du travail commencent ordinairement vers le nombril et les reins, et viennent mourir sur le périnée, l'anus et les parties sexuelles. Les premières sont presque continues, et se font sentir toujours à peu près avec la même intensité; les autres, au contraire, sont intermittentes. Si l'irrégularité des retours et la progression des douleurs laissaient du doute dans l'esprit de l'accoucheur, il devra interroger les organes voisins, et avec un peu d'attention il parviendra à déterminer leur siége et leur nature. Il est cependant des douleurs qui ont leur siége dans l'utérus, affectent une certaine régularité, et simulent le travail vrai : un état de pléthore, que l'on calme par le repos, la diète et la saignée, en est le plus souvent la cause. L'époque à laquelle elles surviennent, l'absence des autres phénomènes du travail, serviront à aplanir les difficultés.

Toutefois, le toucher seul peut lever tous les doutes : la dureté qui survient au globe utérin, la roideur du pourtour du col, la tension et l'engagement des membranes pendant la douleur même, la détente et le relâchement de toutes ces parties à mesure que la douleur diminue, caractérisent d'une manière invariable les douleurs de l'enfantement.

En examinant, dit Wigand, la marche des vraies contractions, on voit qu'elles débutent par le col, et gagnent les fibres du fond de l'utérus, qui se contracte ensuite. Toute contraction qui débute par le fond de l'organe est anomale, et est le résultat d'un trouble survenu dans l'action utérine, ou est produite par une inflammation ou une gêne dans les fonctions d'un organe voisin. Lorsque la véritable douleur se manifeste, la tête, qui reposait sur le col, s'élève quelquefois même au-dessus de l'atteinte du doigt, et les membranes s'engagent plus ou moins dans l'orifice; mais au bout de quelques secondes la contraction s'étend à tout l'utérus, et particulièrement aux fibres du fond, et la tête, qui d'abord s'était élevée, est fortement poussée sur le col, et vient faire l'office d'un coin pour hâter sa dilatation; ce n'est, en général, que lorsque le fond de l'utérus se contracte que la femme accuse la douleur. Nous pouvons donc considérer la véritable douleur comme constituée par une série de phénomènes qui se succèdent dans l'ordre suivant : 1° le pourtour du col se tend, la partie qui se présentait s'élève et les membranes bombent; 2° le reste de l'utérus, et le fond surtout, deviennent durs; 3° la femme accuse une douleur vive; 4° enfin la partie qui se présentait tend de nouveau à s'engager. Il est inutile de dire que la rapidité avec laquelle se succèdent ces phénomènes varie nécessairement suivant les individus, les irrégularités que peut offrir l'accouchement, et enfin suivant la période du travail. Toutes choses égales d'ailleurs, les douleurs opèrent la dilatation d'autant plus vite que le col correspondra plus directement à l'axe de l'utérus, et que l'axe utérin sera plus parallèle à celui du bassin.

Après avoir bien reconnu le caractère de ces douleurs, l'accoucheur doit s'assurer si la femme est réellement à terme, afin de ne pas favoriser un travail accidentel qu'il pourra souvent calmer quand il en connaîtra la cause. Il devra alors se rappeler les signes au moyen desquels nous avons cherché à reconnaître les époques diverses de la grossesse. S'il constate que le col n'est pas encore complétement effacé, qu'il conserve encore une certaine partie de sa longueur; s'il le trouve dur, résistant, pendant comme en l'absence des contractions, il pourra conclure que la femme n'est pas encore arrivée à la fin du neuvième mois : les douleurs ont, du reste, dans ce dernier cas, une marche beaucoup moins régulière dans leur durée et leur retour que lorsque la grossesse est bien à terme; le ventre ne s'est pas affaissé; enfin, ce travail prématuré a presque toujours pour cause une émotion morale vive, ou une violence extérieure qui l'a précédé.

Dans tout cas, il devra chercher à arrêter ce travail prématuré ou faux, par le repos de l'esprit et du corps, la saignée, si l'état de la femme le permet, et surtout l'administration de fortes doses de laudanum; vider la vessie au besoin, tenir le ventre libre par des laxatifs doux, sont aussi des accessoires qu'il ne faut pas négliger.

Il ne faut pas se laisser arrêter dans l'emploi des moyens propres à arrêter ce travail prématuré par un effacement complet du col, par un certain degré de dilatation de l'orifice, et même par l'écoulement d'une certaine quantité d'eau. D'abord le liquide écoulé pourrait appartenir à une hydrorrhée et ne pas provenir de l'intérieur de la partie amniotique, et, malgré un certain degré de dilatation, on a pu quelquefois calmer les douleurs prématurées et permettre à la grossesse d'arriver à son terme. M. le docteur Charrier a publié en 1857 des observations très-concluantes : il a cité des cas où la dilatation égalait une pièce de cinq francs, et malgré la saillie des membranes qui s'engageaient dans l'orifice, on a pu encore suspendre les douleurs. Puis le col s'est fermé, puis refermé de manière à reconstituer son orifice externe et à présenter la forme conique qu'il offre à huit mois de grossesse. Ce phénomène, que M. Charrier désigne sous le nom de *rétrocession du travail*, est rare sans doute, mais il suffit qu'il soit possible pour engager le praticien à suspendre le travail, toutes les fois qu'il est sûr de l'intégrité des membranes, que l'enfant est vivant et que la femme n'est pas à son terme.

Il est un phénomène qui se manifeste quelquefois pendant les dernières semaines de la grossesse, et qui peut mettre les plus habiles praticiens en défaut, c'est celui qu'on a désigné sous le nom de *faux travail*. Certaines femmes, arrivées près du terme, sont prises de véritables contractions; les douleurs sont régulières, les membranes bombent, le col se dilate; ces douleurs durent quel-

quefois quatre et six heures, puis elles cessent tout à coup, et tout rentre dans l'ordre.

Chez quelques autres, ce faux travail s'établit d'abord pendant quelques heures pour disparaître ensuite, et revient chaque jour, particulièrement vers le soir, de manière à se reproduire ainsi pendant une semaine ou deux. (Voy. *Rhumatisme utérin.*)

Quand on est bien sûr que la femme est réellement en travail, il faut avoir égard à la fréquence et à l'intensité des douleurs, à l'état de dilatation, de dureté, d'amincissement du col, afin de juger de la durée probable du travail. On doit aussi, comme nous l'avons déjà dit, pendant le même toucher, s'assurer de la conformation du bassin, surtout si la femme est primipare, et qu'il existe quelques difformités apparentes; enfin il faut chercher à apprécier la situation de l'orifice, l'obliquité du corps et du col, la partie de l'enfant qui se présente. (Voy. *Mécanisme de l'accouchement.*)

Si l'évolution de la partie rend difficile le diagnostic de la présentation, il faut remettre son examen à une époque plus avancée du travail; mais dans aucun cas il ne faut, pour rendre cet examen plus facile, rompre la poche des eaux avant l'entière dilatation du col. La rupture prématurée des membranes aurait alors les plus grands inconvénients, si la position était défectueuse; car, les eaux s'écoulant en totalité, le fœtus pourrait souffrir de la pression exercée sur lui par les parois utérines, le cordon ombilical pourrait être comprimé, l'utérus, irrité par le contact longtemps prolongé des inégalités fœtales, pourrait être affecté de contractions spasmodiques. Enfin, l'art, obligé d'intervenir longtemps après l'évacuation des eaux, rencontrerait beaucoup plus de difficultés.

Il n'est pas toujours aussi facile qu'on pourrait le croire de s'assurer si la poche des eaux est rompue ou encore intacte. Si l'on touche pendant l'intervalle des douleurs, et que le sommet de la tête se présente, il arrive assez souvent que les membranes sont immédiatement appliquées sur le cuir chevelu, et qu'il est impossible de les distinguer. Il faut alors attendre une douleur; car, dès que l'utérus se contracte, il chasse les liquides vers les parties inférieures, et l'on sent que le doigt est soulevé par une petite quantité d'eau qui vient se glisser entre la tête et la poche amniotique, dont on constate assez facilement l'intégrité. Mais, lorsque la tête est très-engagée, ce flux de liquide est très-peu considérable, et l'on a beaucoup de peine à distinguer cette tension des membranes. Il faut alors faire attention à l'état de la tumeur pendant et après la contraction. Si les eaux sont écoulées, et que le doigt touche à nu la tête de l'enfant, il sentira le cuir chevelu se froncer pendant la douleur, et devenir lisse quand elle aura cessé; le contraire aura lieu quand les membranes sont intactes, car elles ne sont jamais plus lisses, plus tendues que pendant la contraction.

Quelquefois il est difficile d'atteindre le col utérin dès le commencement du travail; c'est qu'il est alors porté fortement en arrière, de façon que le plan de son ouverture regarde la face antérieure du sacrum. J'ai vu souvent des jeunes médecins ne pouvoir pas arriver jusqu'à lui. J'en ai vu d'autres qui, ne trouvant pas l'orifice, et sentant assez distinctement la tête à travers la partie antérieure et inférieure de l'utérus très-amincie par la distension qu'elle a subie, ont cru que la dilatation était déjà complète, alors qu'elle était à peine commencée, et l'on conçoit combien une pareille erreur peut avoir de conséquences funestes. Il est assez souvent nécessaire, en effet, de contourner avec le doigt la tumeur convexe et arrondie qui remplit l'excavation, et de diriger son indicateur tout à fait en haut et en arrière où se trouve l'orifice utérin.

Toutes ces questions étant éclaircies, l'accoucheur doit s'occuper, dès le début du travail, de placer la femme dans le lieu le plus convenable. La chambre qui lui est destinée doit être spacieuse, aérée, bien éclairée et silencieuse. L'air qu'elle respire doit être pur et d'une température modérée; on doit en exclure les odeurs fortes, bonnes ou mauvaises. Une température trop élevée prédisposerait les femmes à l'agitation, aux accidents hémorrhagiques; l'impression du froid est la cause fréquente d'inflammations aiguës ou d'engorgements chroniques, tels que ceux qui surviennent si souvent à la suite des couches, et que l'on a si souvent attribués aux métastases laiteuses.

Peu de personnes doivent se trouver dans la chambre de la malade. Il faut avoir soin surtout d'en écarter toutes celles dont la présence paraît lui déplaire. Ce dernier point demande, de la part de l'accoucheur, la plus grande sagacité. C'est lui qui a seul autorité pour congédier ainsi les personnes qu'il croit inutiles ou nuisibles. Il doit deviner dans l'accueil fait à chacun le plaisir ou la contrariété que la femme ressent de la présence de telle ou telle personne. Certaines femmes ont presque honte d'accoucher devant leur mari; pour d'autres, au contraire, c'est une consolation de l'avoir près d'elles. L'accoucheur doit chercher à pénétrer toutes ces petites nuances de délicatesse et de sentiment, sonder, par des questions discrètes et faites avec art, une volonté que la femme craint parfois de manifester, et, après l'avoir connue, l'exécuter rigoureusement. En général, la mère et la sœur, ou bien deux amies de la malade, puis la garde, sont les seules qu'on doive admettre auprès d'elle.

Les vêtements de la femme seront amples assez pour ne pas gêner ni les mouvements ni la respiration.

Si la malade n'a pas été depuis longtemps à la garderobe, on lui administrera un lavement simple; et, dans le cas où il ne suffirait pas pour procurer une selle, on donnerait immédiatement un second lavement, avec addition de 30 ou 60 grammes de miel de mercuriale. L'évacuation des matières contenues dans le rectum est nécessaire, car la distension de l'intestin pourrait plus tard gêner la sortie de la tête, et s'opposer aussi à celle des gaz intestinaux, dont l'accumulation pourrait déterminer des coliques et des tranchées. Mais cete précaution a, en outre, l'avantage d'épargner à la femme la honte et le dégoût que lui cause, pendant les derniers instants du travail, l'expulsion involontaire des fèces, et d'éviter à l'accoucheur d'avoir la main salie pendant qu'il soutient le périnée.

L'accumulation de l'urine dans la vessie doit être également prévenue, en engageant la femme à uriner dès le commencement du travail. Lorsqu'elle n'a pas pris cette précaution, ou qu'on arrive trop tard auprès d'elle, l'émission des

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