palpant la portion du cordon qui est à l'extérieur. Si les battements conservent leur intensité, leur fréquence et leur régularité habituelles, on peut sans danger abandonner le reste de l'expulsion à la nature; mais si, au contraire, on les sent se ralentir, ou bien s'ils deviennent plus accélérés, mais en même temps plus faibles, filiformes, et surtout intermittents ou irréguliers, il faut s'empresser de soustraire le fœtus au danger qui le menace.

Les signes fournis par l'irrégularité des battements des artères ombilicales, et auxquels les auteurs accordent une grande importance, ne sont sensibles que lorsque déjà l'asphyxie est commencée depuis assez longtemps pour qu'il ne soit pas toujours possible d'y remédier : aussi attachons-nous beaucoup plus de valeur au fait que nous allons signaler.

Lorsque la tête est seule dans l'excavation pelvienne, il arrive assez souvent qu'on voit le fœtus dilater sa poitrine brusquement, et faire un violent effort d'inspiration : ce qu'on reconnaît à une contraction convulsive et brusque du diaphragme et des muscles abdominaux qui se répète à des intervalles irréguliers; or de pareils efforts n'ont jamais lieu tant que la circulation fœto-placentaire est intacte, puisque la dilatation pulmonaire est inutile tant que s'opère la respiration placentaire. Ces efforts annoncent donc constamment un état de souffrance, d'asphyxie imminente, auquel il faut s'empresser de soustraire l'enfant.

Lorsque la tête reste seule dans l'excavation, l'accoucheur doit engager la femme à pousser fortement, afin de hâter la terminaison du travail, et éviter que le cordon ne soit longtemps comprimé. Il pourra, pour faciliter la flexion de la tête, relever légèrement le tronc du fœtus au devant de la symphyse. Si ce mouvement de flexion paraît difficile, il peut, glissant deux doigts sous la symphyse' appuyer sur l'occiput. Il suffit souvent d'une pression légère exercée sur cette partie postérieure de la tête, pour faire basculer le grand diamètre occipito-mentonnier, et terminer l'accouchement. Lorsque la tête résiste à ces moyens, d'autres manœuvres sont nécessaires; mais elles rentrent dans l'accouchement manuel : nous en parlerons à l'article *Version*.

Enfin, si l'extraction immédiate de la tête était impossible, on pourrait chercher à introduire l'index et le médius dans la bouche de l'enfant, les écarter légèrement, et laisser entre eux un vide à l'aide duquel l'air extérieur arriverait à la bouche : à l'aide d'une sonde un peu grosse dirigée au fond de la bouche, on obtiendrait plus sûrement le même résultat.



# CHAPITRE VIII

## DES SOINS QUE L'ACCOUCHEUR DOIT DONNER A LA FEMME ET A L'ENFANT IMMÉDIATEMENT APRÈS L'ACCOUCHEMENT

### ARTICLE PREMIER

#### DES SOINS A DONNER A LA FEMME IMMÉDIATEMENT APRÈS L'ACCOUCHEMENT

Aussitôt après l'expulsion de l'enfant, l'accoucheur doit porter la main sur le ventre de la mère pour rechercher s'il n'y a pas un second enfant. Dans tous les cas il doit s'assurer que l'utérus se rétrécit, revient sur lui-même, car son inertie devrait faire craindre une hémorrhagie; il est même bon de vérifier directement qu'il ne s'écoule pas une trop grande quantité de sang par la vulve.

L'expulsion du placenta et de ses annexes, qu'elle soit spontanée ou aidée par l'accoucheur, s'opère en général peu de temps après la sortie du fœtus. (Voyez *Délivrance*.)

Après la délivrance, l'accoucheur doit s'assurer par le toucher extérieur et vaginal, si le placenta n'a pas entraîné ou renversé le fond de la matrice, afin d'y remédier sur-le-champ. Quand tout est dans l'ordre naturel, on fait quelques frictions avec la main sur la région hypogastrique : on les réitère de temps en temps pour exciter la contractilité du tissu de l'organe, pour favoriser son dégorgement et l'expulsion des caillots qu'il pourrait contenir. On laisse pendant quelques instants la femme sur le petit lit où elle est accouchée, afin qu'elle s'y repose un peu, et que l'utérus et le vagin aient le temps de se débarrasser du sang qui s'écoule dans les premiers instants avec abondance, et qui salirait les linges dont on va l'envelopper. Ces premiers instants sont d'ailleurs ordinairement consacrés à donner à l'enfant les soins que nous indiquerons plus bas. La femme doit rester couchée sur le petit lit un temps plus long encore, lorsque l'accouchement a été précédé ou suivi de syncope, d'hémorrhagie ou de tout autre accident, de même que lorsqu'on a lieu de craindre quelque chose de semblable; mais il faut qu'elle y soit proprement, ce qu'on obtient en substituant des linges secs à ceux qui sont mouillés. Elle doit être couchée horizontalement, les cuisses allongées, peu couverte, et dans le silence et le repos le plus absolu du corps et de l'esprit.

Au bout d'une demi-heure à peu près, on s'occupe spécialement de l'accouchée. On lave d'abord avec précaution et douceur les parties génitales et la partie supérieure des cuisses avec de l'eau tiède, seule ou mêlée d'un peu de vin; puis on essuie avec des linges bien secs et chauffés. On débarrasse la femme de tous les vêtements qu'elle portait pendant le travail, et qui sont salis par la sueur, les écoulements et les matières fécales, puis on les remplace par des vêtements bien secs, bien chauffés. Leur forme est peu importante; il suffit qu'ils soient assez larges pour ne gêner en aucune façon la malade, et pour qu'elle puisse en

changer aisément et promptement. On doit mettre dans cette toilette la plus grande célérité, afin que la femme soit exposée à l'air le moins longtemps possible. Il faut mettre un soin particulier à bien vêtir les bras et la poitrine, afin qu'elle puisse, pendant le jour au moins, les tenir hors du lit sans trop d'inconvénients.

Après tous ces préparatifs, la femme sera transportée dans le lit où elle doit rester pendant toutes les couches. Il en est qui, se sentant bien, veulent marcher de leur lit de misère à leur lit : c'est une imprudence à laquelle l'accoucheur doit s'opposer de toute son autorité. Le lit dans lequel on la transporte a été préalablement chauffé et garni d'alèzes suffisantes et disposées de manière qu'on puisse les changer facilement. Les couvertures n'en doivent pas être plus nombreuses ni plus épaisses que celles qui le garnissaient avant l'accouchement.

On a l'habitude d'entourer l'abdomen avec un bandage de corps modérément serré. Les femmes attachent, pour la plupart, une grande importance à cette précaution qui, dans leur idée, doit les mettre à l'abri des rides et des plis qui existent après l'accouchement sur la peau du ventre, et empêcher celui-ci de rester trop volumineux. On peut céder à ce désir, d'autant plus volontiers que ce bandage, modérément serré, supplée à la pression que les parois abdominales n'exercent plus, qu'il prévient l'afflux et la stase des fluides, l'engorgement des parois utérines et la dilatation de la cavité de ce viscère, qu'il a enfin l'avantage d'obvier aux syncopes et de diminuer un peu les tranchées utérines. Mais, pour qu'il ait tous ces avantages, il faut qu'il soit assez large pour comprimer bien également toute la région sous-ombilicale. Il faut surtout éviter qu'en se roulant sur lui-même, il ne forme une espèce de corde circulaire qui, s'opposant au retour facile des liquides, deviendrait alors la cause d'hémorrhagie.

Le bandage du corps peut être avantageusement remplacé par un drap plié que l'on applique à plat sur l'abdomen qu'il comprime doucement par son poids qui est assez considérable.

Quelques femmes, mues toujours par un sentiment de coquetterie, et dans le but de prévenir le gonflement considérable des mamelles, et leur mollesse et leur flaccidité qui en sont la conséquence, veulent aussi les comprimer par un bandage de corps assez fortement serré. Quelques-unes même appliquent sur leurs seins des topiques astringents, dans le but de s'opposer à une sécrétion laiteuse trop abondante. Ce sont des moyens qu'il faut proscrire d'une manière absolue, car ils peuvent être très-dangereux. On doit se contenter de recouvrir ces organes de manière à les mettre à l'abri du contact de l'air, et d'y entretenir une chaleur convenable.

## ARTICLE II

### SOINS A DONNER A L'ENFANT IMMÉDIATEMENT APRÈS LA NAISSANCE

Les soins à donner à l'enfant nouveau-né varient suivant qu'il est fort, vigoureux, bien portant, ou, au contraire, qu'il est né dans un état de faiblesse ou de maladie.



### § I. — L'enfant est bien portant.

Lorsque l'enfant est sorti vivant et bien portant du sein de sa mère, si l'on continue d'observer ce qui se passe en abandonnant la délivrance à la nature, on voit que la circulation continue quelques instants entre l'enfant et le placenta. Bientôt le placenta est détaché et expulsé ; il perd sa vitalité ainsi que le cordon ; la circulation s'affaiblit peu à peu, et les pulsations des artères cessent graduellement à partir du placenta : quelques auteurs ont conseillé d'attendre ce moment pour couper le cordon; mais la délivrance spontanée se faisant attendre trop longtemps, on a l'habitude de pratiquer cette section immédiatement après la naissance. Voici, du reste, la conduite que l'on suit à cet égard : lorsque l'enfant est complétement hors des parties de la mère, si le cordon est entortillé autour du cou ou du tronc, on le dégage, puis on place l'enfant sur le côté, le visage tourné du côté opposé à la vulve, pour qu'il puisse respirer, et ne coure pas le risque d'être suffoqué par les liquides qui s'échappent du vagin. On coupe ensuite le cordon ombilical à cinq ou six travers de doigt de l'abdomen. Cette section est ordinairement pratiquée avec des ciseaux. On pourrait la faire avec un instrument tranchant quelconque.

Cette section une fois opérée, le cordon est légèrement pincé entre le pouce et l'indicateur; les trois autres doigts saisissent le siége, et l'autre main se place sous les épaules et la nuque de l'enfant, que l'on emporte hors du lit. On le place sur les genoux de la garde préparés pour le recevoir. On peut alors l'examiner à loisir, s'assurer qu'il n'existe aucune anse intestinale à la base du cordon, laisser saigner celui-ci, si on le juge convenable, avant d'appliquer la ligature. On peut se servir, pour cette ligature, d'un ruban ou d'un cordonnet de 20 à 25 centimètres de longueur, fait avec quelques brins de gros fil. Avant de l'appliquer, on réduirait l'intestin, s'il existait une hernie ombilicale. Elle doit être placée à deux, trois ou quatre travers de doigt de la surface de l'abdomen; la seule précaution à prendre, c'est que le lien ne porte pas sur la peau qui se prolonge sur le cordon; car il en résulterait de la douleur, une inflammation et une ulcération dont la guérison peut offrir des difficultés. Il vaut mieux, en général, laisser entre la ligature et le repli cutané assez d'espace pour pouvoir, au besoin, appliquer une seconde ligature, si la première devenait insuffisante. Il faut donner à la ligature le degré de constriction suffisant pour oblitérer d'une manière complète et permanente les artères, sans couper leurs parois. Si le cordon était très-épais, très-infiltré, la ligature étreindrait mal les vaisseaux; et quand le cordon serait affaissé par l'écoulement ou l'évaporation des parties fluides, les vaisseaux n'étant plus comprimés, laisseraient facilement couler le sang. En outre, cette lymphe, en se putréfiant bientôt, répandrait une odeur très-fétide, et irriterait la peau avec laquelle elle se trouverait en contact; c'est donc avec raison que, pour prévenir ces accidents, les auteurs conseillent d'exprimer cette lymphe visqueuse en pressant, en faisant glisser le cordon entre les doigts, et même de pratiquer des mouchetures sur la membrane du cordon,