

LIVRE III

MALADIES DES FEMMES APRÈS L'ACCOUCHEMENT

Il est impossible d'établir dans ces maladies aucune classification régulière, à cause de leur mode irrégulier de production et du grand nombre de tissus qu'elles intéressent.

Afin de bien définir les limites de l'état morbide, nous décrirons d'abord les phénomènes ordinaires de la convalescence avec les oscillations diverses qu'ils peuvent présenter en dehors de toute maladie, et nous ajouterons quelques conseils applicables aux femmes qui viennent d'accoucher.

Nous avons ensuite décrit : 1° les maladies qui portent sur le système utérin et celles qui en dérivent directement ; 2° certaines affections fébriles ; 3° les maladies du sein, et enfin 4° certaines maladies du système vasculaire.

SECTION PREMIÈRE

HYGIÈNE DES NOUVELLES ACCOUCHÉES

CHAPITRE PREMIER

DE LA CONVALESCENCE APRÈS L'ACCOUCHEMENT

Nous supposerons d'abord que la malade avant son accouchement était forte et d'une bonne santé ; que les phénomènes et la durée du travail ont été naturels, c'est-à-dire moins de vingt-quatre heures ; que suivant les règles habituelles la première et la deuxième période du travail ont duré chacune d'une à deux ou trois heures et qu'il n'est survenu aucune complication, telle que convulsions, hémorrhagies, etc.

Si l'on examine l'état de la malade quelques heures après l'accouchement, on trouve un changement notable dans l'état local et dans l'état général, lequel ne peut être attribué seulement à la fatigue. Le système nerveux est plus ou moins affecté ; les sécrétions sont modi-

fiées, et il s'en produit de nouvelles. Le système utérin lui-même est complètement modifié, la circulation est troublée, etc.

Examinons ces diverses modifications.

ARTICLE PREMIER

SYSTÈME NERVEUX

L'altération soudaine des yeux, la sensibilité accrue ou diminuée du cerveau, le trouble des fonctions respiratoires et du système vasculaire, la modification des sécrétions, l'épuisement général, etc... tout sert de preuve pour démontrer l'intensité des troubles du système nerveux. Quand l'accouchement a été facile, cet ébranlement n'est pas considérable et la malade se rétablit promptement.

Mais il n'en est pas de même quand l'altération a été plus profonde. Nous ne pouvons être de l'avis des médecins qui attribuent cet état particulier de la malade aux fatigues qu'elle a eu à supporter. Hamilton (d'Edinburgh), est du même avis et considère l'ébranlement nerveux comme un effet du travail. Si l'on met la malade à l'abri de toute cause d'excitation ou d'émotion, l'ébranlement général dure peu de temps et la malade dort quelques heures. Suivant la rapidité avec laquelle ces accidents divers disparaissent, on préjugera du rétablissement et de la santé consécutive des malades.

ARTICLE II

SYSTÈME CIRCULATOIRE ET RESPIRATOIRE

Les troubles qu'ont à supporter les appareils circulatoire et respiratoire prouvent tout au moins un ébranlement nerveux et une fatigue musculaire. Pendant la deuxième période d'un accouchement, le pouls, très variable suivant les individus, devient beaucoup plus fréquent. Immédiatement après l'accouchement, le pouls tombe en partie ; il descend d'autant plus que sa fréquence était plus grande. Au bout de quelques heures, il se fait une réaction fébrile, qui tombe et disparaît en même temps que la sécrétion du lait se produit. Comme exemple de ces faits, supposons que le pouls soit à cent vingt pulsations : au moment du collapsus, il tombera peut-être à soixante. Une réaction nouvelle a lieu et le pouls s'élève jusqu'à cent ou cent dix pulsations.

Les figures 268 bis et 268 ter, dit M. Marey (1), sont des exemples de ralentissement du pouls après l'accouchement. D'après la forme du tracé, ce ralentissement, signalé par Hipp. Blot (2), nous semble, aussi bien

(1) Marey, *Physiologie médicale de la circulation du sang*. Paris, 1863, p. 546.

(2) Blot, *Du ralentissement du pouls dans l'état puerpéral* (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 28 juillet 1863, t. XXVIII, p. 125).

que celui de l'ictère, produit par une élévation de la tension artérielle. Une pareille rareté des battements du cœur s'accompagnerait de rebondissements multiples et très prononcés de la pulsation, si la tension artérielle n'était pas très élevée. Il ne faut donc pas attribuer cette



Fig. 268 bis. — Pours ralenti après accouchement.

rareté du pouls à une influence primitivement portée sur le cœur, mais à une modification de la circulation périphérique. Nous avons émis l'hypothèse que l'élévation de la tension artérielle après l'accouchement peut tenir à l'oblitération des vaisseaux utérins qui, pendant la grossesse, fournissaient une large voie pour le passage du sang des



Fig. 268 ter. — Pours ralenti après l'accouchement.

artères dans les veines. Mais ce n'est là qu'une supposition sur laquelle nous ne nous appesantirons pas.

A la suite d'un accouchement naturel, quand l'ébranlement nerveux a été modéré, la fréquence de la respiration est en rapport avec celle du pouls. Pendant l'accélération du pouls, le nombre des inspirations est beaucoup plus grand (le pouls étant devenu plus fréquent dans la seconde période); elles deviennent plus rares avec la période de collapsus.

ARTICLE III

UTÉRUS, COL UTÉRIN, VAGIN, TÉGUMENTS ABDOMINAUX

I. *Utérus*. — Immédiatement après l'accouchement, l'utérus se contracte plus ou moins énergiquement. Les diamètres en arrivent à ceux que présente la tête d'un enfant. Cette contraction est utile à plusieurs points de vue: elle empêche les hémorrhagies, elle débarrasse la cavité utérine et diminue le calibre des artères et des veines utérines. Après une courte période de contractilité, l'organe tombe dans le relâchement pour entrer ensuite de nouveau en contraction. Ces contractions répétées et l'absorption qui s'exerce sur toutes les parties réduisent peu à peu le volume de l'utérus, et, vers le huitième ou le dixième jour, l'organe est devenu assez petit pour descendre dans le bassin.

Jusque-là l'organe peut être examiné à travers les parois abdominales relâchées, et l'on se rend ainsi compte de ses diverses conditions.

Mais, une fois l'organe réduit, on ne sent plus au niveau du détroit supérieur que le fond de la matrice, et après une semaine l'organe disparaît entièrement. Quelques auteurs, tels que Murat et Ramsbotham, attribuent cette rapide diminution de volume aux contractions utérines seules; d'autres avec Hamilton pensent que l'absorption agit en même temps avec rapidité, et les recherches récentes de Hamilton confirment cette opinion. Heschl décrit minutieusement cette marche des organes, et ses recherches confirment celles de Retzius (de Stockholm).

Sur 38 femmes (20 multipares, 18 primipares) observées par Wieland au point de vue qui nous occupe, l'utérus, au moment du travail, s'élevait en général au-dessus du pubis de 20 à 22 centimètres, et avait, dans le sens transversal, de 16 à 18 centimètres. Après l'expulsion des caillots qui suivent la sortie du placenta, l'utérus, devenu sphéroïde, dur, résistant, est contracté; il ne présente plus que 11 à 12 centimètres dans le sens vertical, et 9 à 10 dans le sens transversal. Au bout d'une demi-heure, et pendant les quelques heures qui suivent l'accouchement, le volume augmente un peu (diamètre vertical, 13 à 14 centimètres; diamètre transversal, 11 à 12 centimètres); mais, à partir de ce moment, il diminue graduellement, et à peu de chose près d'une manière égale. Le deuxième jour, on trouve que ses diamètres ont diminué de 1 centimètre à 1 centimètre et demi; le vertical est souvent alors un peu plus petit que le transversal. Le troisième jour, dans la plupart des cas, il n'y a pas de changements notables, excepté chez les femmes qui ont eu, dans l'intervalle des deux examens, de fortes tranchées utérines et un écoulement lochial abondant au moment de la contraction. Nous avons observé que, jusqu'au troisième jour et demi, le volume du globe utérin restait stationnaire, et pendant ce temps il paraissait plus mou et moins arrondi; cette inaction coïncidait toujours avec l'apparition de la fluxion mammaire. Dès la fin du quatrième jour, la rétrocession se poursuit d'une façon régulière et continue. La distance qui sépare l'utérus de la symphyse pubienne varie entre 6 et 7 centimètres; ce n'est que dans des cas tout à fait exceptionnels qu'elle est moindre. Pendant chacun des jours suivants, la différence constatée oscille entre un demi-centimètre et un centimètre.

Le sixième jour, on trouve l'utérus dur, la face antérieure est moins convexe, il s'élève au-dessus du détroit supérieur de 4 ou 5 centimètres. Ce n'est que le dixième jour en général, quelquefois le onzième, qu'il a disparu derrière la symphyse pubienne; mais encore à ce moment, si les parois abdominales sont minces ou éraillées sur la ligne médiane, on peut, en recourbant les doigts en crochet, sentir le fond de l'utérus qui est descendu dans l'excavation pelvienne.

Chez les primipares, la disparition de l'organe derrière la symphyse pubienne a lieu un peu plus rapidement que chez les multipares. Mais