

qui demande une délivrance immédiate et rapide, mais en même temps on se heurte à quelque *difficulté* opératoire (adhérence anormale du placenta) qui rend l'intervention plus longue et plus laborieuse.

Aussi la délivrance artificielle utérine constitue-t-elle un acte opératoire fertile en incidents, d'une exécution un peu différente selon les cas et qui doit être décrit pour chacun d'eux.

1° *Difficultés de la délivrance.* — Les difficultés de la délivrance sont dues :

A. Soit au défaut de décollement du placenta ;

B. Soit à la rétention du placenta par l'utérus dont les fibres musculaires présentent un état anormal de contracture.

A. **Défaut de décollement du placenta.** — Nous avons indiqué (p. 505), à propos du mécanisme de la délivrance spontanée, les causes du décollement de l'arrière-faix. La rétraction et la contraction utérines en sont les principales. Qu'elles fassent l'une ou l'autre défaut, qu'il y ait *inertie* de l'utérus, et les adhérences *physiologiques* du placenta ne seront pas détruites.

Par contre, la rétraction la plus normale, les contractions les plus énergiques demeurent impuissantes lorsque les *adhérences* de l'arrière-faix à l'utérus sont d'une *solidité exagérée, anormale*. Étudions successivement l'inertie utérine et les adhérences anormales du placenta.

1° *Inertie utérine.* — L'utérus, en expulsant le fœtus, semble avoir épuisé toute son énergie dans le travail de l'accouchement. Ce dernier effectué, l'organe gestateur, incapable de se rétracter, hors d'état de se contracter, n'offre à la main qui palpe la région hypogastrique qu'une sensation de mollesse telle que ses contours ne peuvent être difficilement limités.

Il est de toute évidence que le *décollement* du placenta ne saurait s'effectuer tant que l'utérus reste dans cet état d'*inertie*. Le temps passe sans amener de changements dans les rapports de l'arrière-faix avec l'utérus, mais aussi sans que l'accouchée coure aucun danger.

Qu'on se garde alors d'exercer la moindre traction sur le cordon ! On pourrait décoller ainsi une partie du placenta, et les vaisseaux utérins ouverts par ce décollement et demeurés béants à cause de l'inertie utérine laisseraient s'échapper en quelques instants un flot de sang. Plus d'une femme a perdu la vie par suite d'une faute de ce genre.

La conduite à tenir en pareil cas est des plus simples. Si la femme ne perd pas de sang (ce qui a lieu quand le placenta adhère encore par toute sa surface), on peut attendre que de nouvelles contractions surviennent, mais en surveillant la femme avec soin. Si au bout d'une demi-heure ou plus, des contractions utérines efficaces n'ont pas paru, on cherche à faire cesser cet état d'inertie de l'utérus. Les injections intra-utérines ou seulement intra-cervicales d'eau bouillie à 48 ou 50 degrés, les frictions un peu énergiques exercées avec la main sur l'utérus, suffisent d'ordinaire au bout de quelques instants à obtenir le résultat demandé.

En continuant à employer les mêmes moyens on réussit à rendre à l'utérus

sa tonicité d'une façon durable. Dès lors les phénomènes de la délivrance se succèdent dans leur ordre physiologique.

La prudence la plus élémentaire exige que l'accouchée dont l'utérus a été ainsi frappé d'inertie après l'accouchement soit pendant plusieurs heures après sa délivrance soumise à une surveillance attentive. Les frictions faites sur l'utérus à travers la paroi abdominale, les irrigations chaudes sont continuées ou reprises dès que l'utérus a tendance à se relâcher à nouveau.

2° *Adhérences anormales du placenta.* — Après l'accouchement, la rétraction de l'utérus s'est convenablement faite. Des contractions utérines se sont produites. Le fond de l'utérus a subi son ascension normale. Un quart d'heure, une demi-heure, une heure et plus se sont écoulés.

Le doigt, si loin qu'il pénètre dans le vagin, ne rencontre que les bords du col et n'arrive pas au niveau de l'insertion du cordon sur le placenta. Tant que ceux-ci restent souples et béants, on peut attendre, mais si l'on remarque de leur part une tendance à se rapprocher, si le canal cervical semble se refermer, il ne faut pas hésiter davantage : on pratique la délivrance artificielle utérine en introduisant dans l'utérus toute la main qui va s'efforcer de détacher le placenta adhérent.

Manuel opératoire. — Il importe beaucoup pour le succès ultérieur de l'opération de prendre ici des précautions antiseptiques rigoureuses. Le vagin sera minutieusement lavé ainsi que la vulve avec une solution de sublimé ou de biiodure de mercure ; l'opérateur se lavera avec un égal soin les mains, les avant-bras et même la partie inférieure des bras.

La femme est placée dans la situation obstétricale et, sauf contre-indication, soumise à l'anesthésie chloroformique : l'hémorragie, qui nécessite souvent cette intervention, est en même temps une contre-indication fréquente.

Une main est placée sur le fond de l'utérus afin de le maintenir immobile pendant l'introduction de l'autre main. Celle-ci sera en outre pendant le décollement un guide précieux et un aide indispensable.

La seconde main, préalablement enduite, ainsi que l'avant-bras, de vaseline au sublimé, est introduite les doigts réunis en cône dans le vagin. Elle traverse le col de l'utérus, qui forme un *long conduit* séparé par un léger relief du canal également *long* formé par le segment inférieur de l'utérus. Celui-ci traversé, la main arrive enfin dans la cavité utérine. Dans ce parcours elle a suivi comme guide le cordon qui va la conduire au placenta.

Tantôt ce dernier est en partie déjà décollé, tantôt au contraire il adhère par toute sa surface.

Dans le premier cas, il faut saisir la partie décollée entre le pouce et la paume de la main, insinuer l'extrémité des doigts réunis (fig. 514) dans l'angle rentrant formé par la portion décollée et par l'utérus ; par des pressions exercées à petits coups sur le placenta, au voisinage du sommet de cet angle, on déchire de proche en proche, peu à peu, toutes les adhérences.

On pourrait être tenté, pour se débarrasser des cotylédons déjà décollés, de les arracher et de les extraire. C'est là une mauvaise façon d'opérer. Les

cotylédons décollés, loin de gêner l'opérateur, lui sont d'un réel secours et facilitent son œuvre. Aussi ne doit-on retirer la main de l'utérus que lorsque toute la surface utérine du placenta a été libérée. Il n'est fait exception à cette règle que si l'on éprouve une résistance trop grande à décoller quelques cotylédons.

Quand le placenta est adhérent par toute sa face utérine, il faut l'attaquer par un point de sa périphérie en prenant bien soin de ménager le tissu utérin, dont la minceur est plus grande qu'ailleurs au niveau de l'insertion placentaire. La main qui maintient le fond de l'utérus est alors fort utile pour faire apprécier l'épaisseur des tissus maternels et le relief formé par le placenta.

Si l'on parvient à décoller un point quelconque du bord placentaire, on continue le décollement comme dans le premier cas.

Le décollement achevé, on saisit le placenta à pleine main et on l'amène au dehors par des tractions douces, de façon à permettre aux membranes de se décoller à leur tour.

Il faut sans retard examiner attentivement l'arrière-faix par sa face utérine afin de voir s'il est bien complet. S'il semble qu'un ou plusieurs cotylédons fassent défaut, on doit de suite réintroduire la main dans l'utérus et aller à la recherche des cotylédons isolés : sauf, bien entendu, pour les cas où c'est volontairement et par prudence qu'on a laissé quelque partie du placenta fortement adhérente à l'utérus. C'est qu'il arrive, rarement à la vérité, que les adhérences sont tellement intimes que sur la table d'autopsie il est impossible, même avec le scalpel, de séparer le placenta sans intéresser quelque peu le tissu utérin.

En pareil cas, on déterminerait fatalement une déchirure de l'utérus, ou le sphacèle de la paroi utérine, suivi de perforation lors de la chute de l'eschare, en voulant quand même avec le bout des doigts détacher le tissu placentaire.

Mieux vaut alors laisser en place la partie adhérente après l'avoir autant que possible écrasée avec l'extrémité des doigts et le pouce de façon à en faciliter l'élimination ultérieure.

Le placenta maternel, après le décollement du placenta fœtal, forme un certain relief à l'intérieur de l'utérus. Oublier cette disposition, croire qu'il s'agit encore d'une couche de placenta fœtal et chercher à l'enlever, c'est exposer la femme à une rupture utérine.

Placentas multiples. — La division de la masse placentaire en plusieurs lobes de volume égal ou très différent n'est pas seulement une curiosité anatomique¹, et pour les placentas bi-discoidaux peut être un exemple intéressant de retour à un type inférieur d'organisation; elle peut devenir l'origine d'accidents au moment de la délivrance par suite de la rétention méconnue dans l'utérus d'un cotylédon accessoire.

Les placentas multiples répondent à plusieurs types principaux : tantôt

¹ RIDEMONT-DESSAIGNES. Des placentas multiples dans les grossesses. *Annales de Gynécologie*, 1887.

il existe deux masses placentaires sensiblement égales en volume, reliées l'une à l'autre par un pont membraneux de plusieurs centimètres de longueur. Le placenta est bi-discoidal (fig. 515). Tantôt, au disque principal sont annexés un (fig. 517) ou plusieurs cotylédons de volume variable (fig. 515).

Si l'on examine avec attention la région membraneuse qui relie ces masses de tissu placentaire entre elles, on aperçoit toujours cheminant dans son épaisseur des vaisseaux artériels et veineux de calibre variable, qui vont



Fig. 515. — Le placenta est formé de deux masses dont l'une est un peu plus volumineuse que l'autre. Les vaisseaux du cordon se dissocient en abordant les membranes de manière que les vaisseaux se rendent isolément à chaque masse placentaire.

du disque placentaire, sur lequel ou près duquel s'insère le cordon, au disque ou aux cotylédons accessoires.

Les vaisseaux volumineux apparaissent nettement lorsque les membranes sont étalées; mais s'il s'agit de vaisseaux fins presque capillaires (fig. 515), on risque fort de ne pas les voir si l'on ne prend soin de laver au préalable les membranes pour les débarrasser du sang qui les souille, et de les examiner ensuite par transparence.

Au moment de la délivrance un lobe ou un cotylédon accessoire peut être retenu dans l'utérus, soit par enchatonnement, soit par adhérence anormale.

La masse principale est descendue dans le vagin, la délivrance vaginale ou cervico-utérine est pratiquée. Le placenta est expulsé, mais les membranes, après avoir résisté, se déchirent.

L'examen du placenta montre que les bords de celui-ci sont réguliers, que sa face utérine ne présente aucun vide : une zone plus ou moins étendue de membranes l'entoure. On ne doit pas conclure à la hâte qu'il ne reste que quelques fragments de membranes encore adhérentes dans l'utérus, mais il faut chercher avec soin si quelques vaisseaux ne s'étendent pas du

placenta au bord déchiré des membranes. « Avec de l'attention, dit Tarnier¹, de bons yeux et en prenant la précaution d'étaler les membranes tendues qui, du placenta extrait, se perdent à travers la vulve, on peut diagnostiquer l'existence d'un placenta accessoire, si ces membranes sont parcourues par quelques vaisseaux venant se rendre dans les artères et les veines ombilicales qui rampent à la surface du placenta extrait. »

Le diagnostic fait de rétention d'un cotylédon ou d'un lobe accessoire, on doit sans hésiter introduire la main dans l'utérus, en explorer la surface et décoller artificiellement la masse placentaire qu'on y rencontre encore adhérente.

B. Rétention du placenta par une contracture anormale

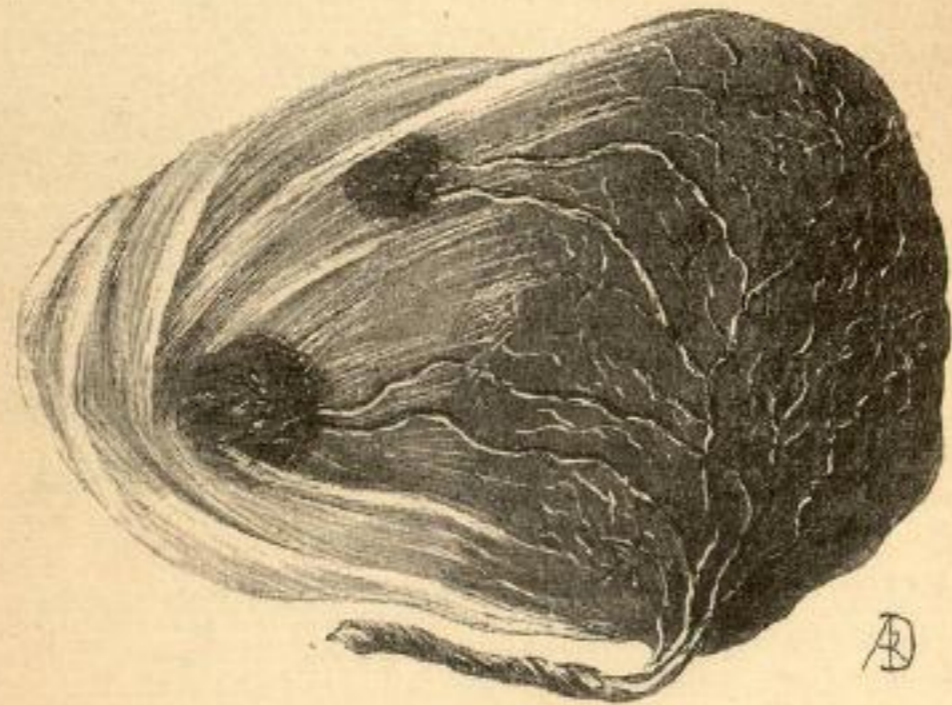


Fig. 516. — Deux cotylédons accessoires de volume à peu près égal reliés à la masse placentaire par de petits vaisseaux.

de l'utérus. — Le placenta est ou non entièrement décollé sans pouvoir cependant sortir de la cavité utérine où il est retenu par la contracture d'une partie ou de la totalité de l'organe. L'*administration intempestive d'ergot de seigle* était autrefois la cause première de cette complication de la délivrance.

Tantôt le col est le siège de cette contracture. Les bords de l'orifice externe durs, épais, limitent un orifice qui parfois laisse à peine pénétrer l'extrémité de l'index.

Tantôt l'utérus tout entier, corps et col, contracturé, emprisonne l'arrière-faix.

Après avoir été chloroformée, à moins de contre-indication, la patiente est placée dans la situation obstétricale; on cherche à faire pénétrer la main dans l'utérus. Tandis qu'une main en soutient le fond, l'autre est introduite

¹ Bull. de l'Acad. de méd., 1882, p. 127.

dans le vagin. L'extrémité de l'index dilate doucement l'orifice externe et y pénètre. Après quelques instants le médius s'efforce de s'insinuer à son tour à côté de l'index, puis vient le tour de l'annulaire. En procédant ainsi, la main finit par pénétrer peu à peu dans l'utérus. Elle saisit le placenta et l'entraîne au dehors.

Si cette dilatation manuelle, toujours lente et fatigante, échoue, on doit essayer d'obtenir un meilleur résultat en introduisant dans l'utérus le ballon de Champetier de Ribes, que l'on gonfle progressivement. Les lavements laudanisés, les grands bains et surtout les inhalations de chloroforme peuvent alors servir de moyens adjuvants pour obtenir le relâchement des fibres musculaires utérines.

Enchatonnement du placenta. — On a décrit sous le nom d'*enchatonnement* du placenta une contraction irrégulière et spasmodique d'une région limitée du corps de l'utérus, qui produit une sorte d'étranglement dans la cavité de l'utérus. Celle-ci est alors divisée en deux parties : la cavité utérine proprement dite, qui contient d'ordinaire la majeure partie du placenta décollé et dans laquelle on accède facilement, et une arrière-cavité, loge plus ou moins spacieuse, qui semble creusée, tant sa paroi est mince, dans l'épaisseur du muscle utérin.

A. Herrgott (de Nancy) a publié en 1882 (thèse de Budendorf) une observation intéressante dans laquelle le placenta tout entier était resté emprisonné dans une sorte de loge dont la paroi n'avait que 4 à 6 millimètres d'épaisseur, tandis que le reste de la paroi utérine avait plus de 2 centimètres. Le placenta était libre d'adhérences dans l'intérieur de cette loge : c'était une véritable incarcération totale du placenta.

Nié par quelques auteurs, l'enchatonnement est bien une réalité clinique. Velpeau admet l'existence d'un enchatonnement multiloculaire. Guillemot distingue l'enchatonnement par enkystement et l'enchatonnement par encaement.

Pinard, dans une série de leçons sur la délivrance (1891), a posé d'une manière plus précise la question : d'après lui, il faut étudier séparément les différentes parties de l'utérus qui peuvent présenter la contracture et empêcher le décollément et l'issue du placenta.

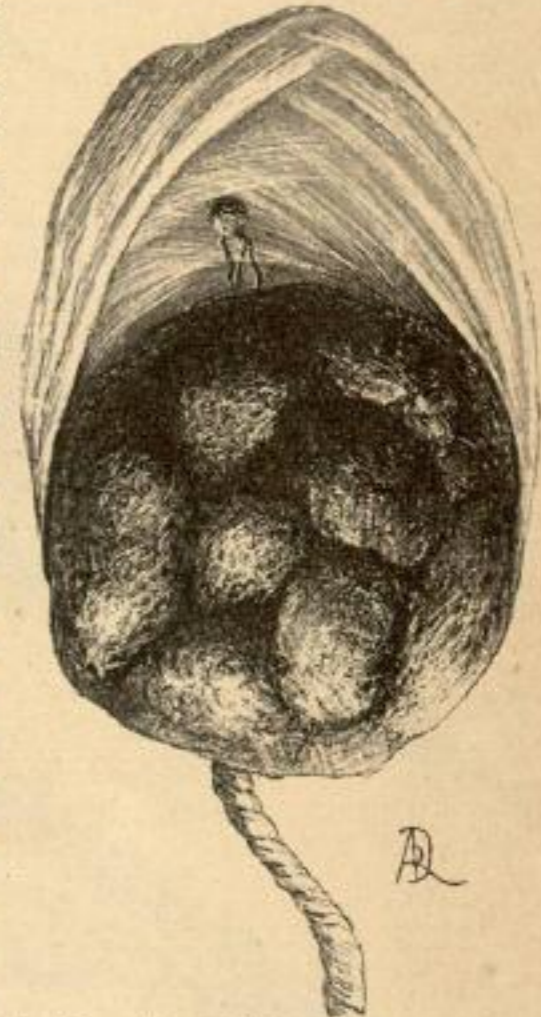


Fig. 517. — Un cotylédon accessoire très petit se voit au voisinage de la masse placentaire principale. (D'après nature.)

Ainsi la *contracture spasmodique de l'orifice externe* s'opposant à la sortie du placenta hors l'utérus n'existerait qu'au cas où la femme a pris de l'ergot de seigle; de même on ne saurait guère admet-

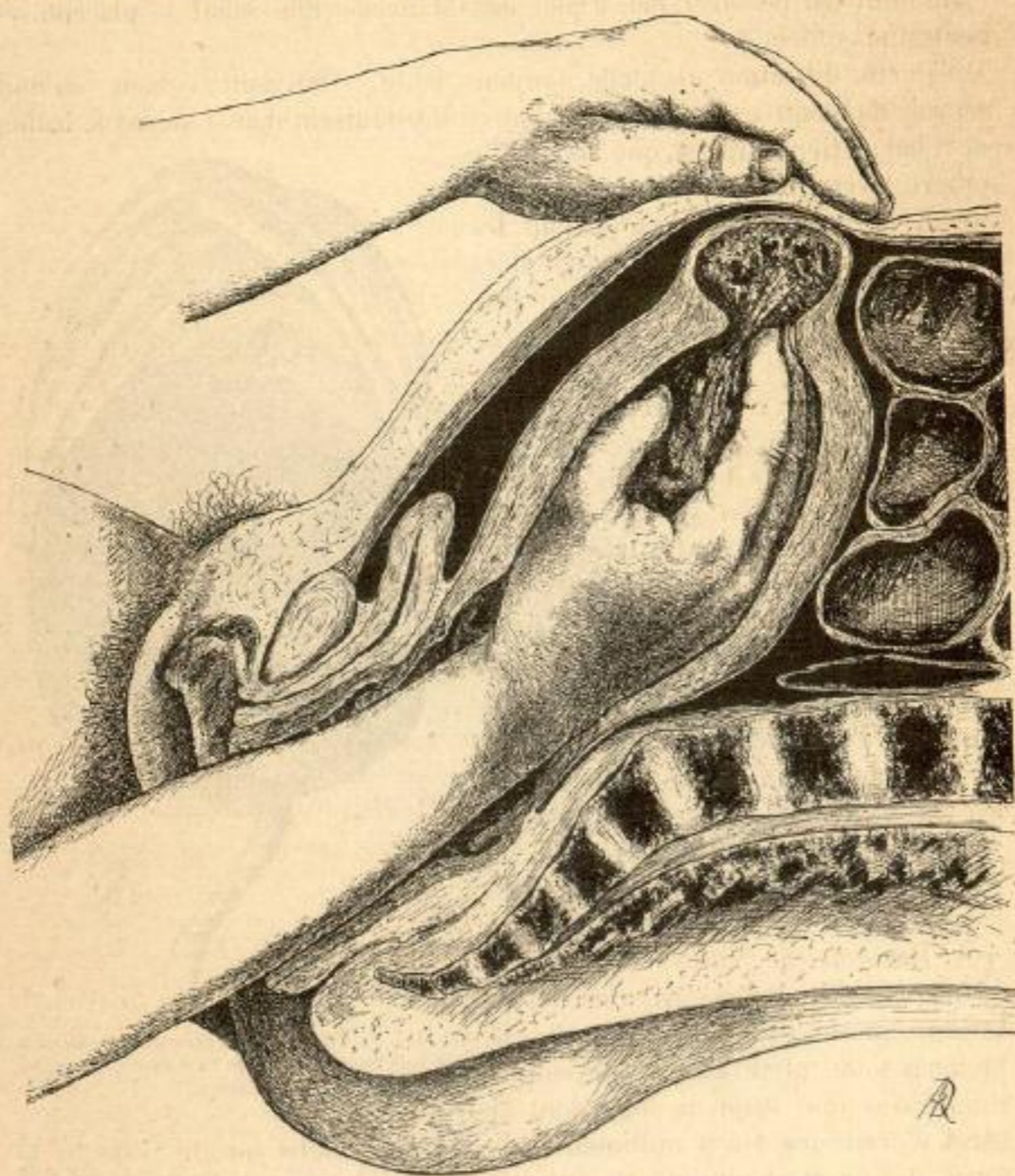


Fig. 518. — Délivrance utérine dans un cas d'enchatonnement.

La main droite et une partie de l'avant-bras sont dans la cavité utérine, les doigts cherchent à pénétrer à travers l'orifice resserré dans l'arrière-cavité dans laquelle une partie du placenta et des membranes est encore adhérente. La main gauche immobilise l'utérus au niveau de la région où siège l'enchatonnement.

tre sans l'action de ce médicament la *contracture de l'orifice interne*.

Au-dessus de cet orifice, il peut se produire des contractions irrégulières de l'utérus : ces contractures peuvent se montrer toutes les fois que la fibre musculaire est anormalement excitée, par exemple par l'action du seigle ergoté, par des tractions exercées spontanément par le cordon trop court

(brièveté naturelle ou accidentelle) ou des tractions faites sur le cordon avant que le décollement ne soit effectué.

L'enchatonnement d'un cotylédon reconnaît peut-être comme point de départ l'inertie d'une région plus ou moins limitée de l'utérus : à ce niveau le tissu placentaire conserve ses adhérences et le tissu utérin sa minceur. Autour de cette région, l'utérus, dont la rétraction a amené le décollement partiel de l'arrière-faix, continue à se rétracter et finit par se contracturer. L'enchatonnement est dès lors établi.

Quoi qu'il en soit, cette complication se reconnaît à l'élévation et à l'irrégularité de l'utérus ; en un point de sa surface le muscle utérin présente un étranglement qui sépare la loge de l'enkystement du reste de l'utérus. Le palper permet de reconnaître ces particularités.

Il faut, lorsque le diagnostic a été porté, introduire la main dans l'utérus et, en suivant le cordon ou en explorant la portion placentaire décollée, arriver à l'orifice plus ou moins étroit qui conduit dans la loge de l'enkystement. On dilate au besoin cet orifice avec le doigt, en procédant comme nous venons de l'indiquer pour la contracture de l'orifice externe du col, et l'on décolle, puis on entraîne la partie enchatonnée (fig. 518).

2° Des accidents de la délivrance. — Les uns sont immédiats et se produisent au moment même de la délivrance. Les autres ne surviennent qu'à une époque plus ou moins éloignée de ce moment.

a. Accidents immédiats. — Nous en connaissons déjà quelques-uns : *retention du placenta retenu dans le col par excès de son volume, par accumulation de caillots dans les membranes, rupture du cordon*. Nous avons suffisamment indiqué plus haut (voy. Extraction simple) le moyen de parer à ces accidents simples pour n'avoir pas à y revenir.

Il en est d'autres infiniment plus sérieux : *l'hémorragie et l'inversion, la perforation de l'utérus*.

De ces accidents le plus fréquent est *l'hémorragie*.

L'inversion est extrêmement rare.

Nous n'étudierons ici que *l'hémorragie* et *l'inversion*. La perforation de l'utérus déterminée par une intervention maladroite sera étudiée en même temps que la rupture de l'utérus.

1° Hémorragie. — *L'hémorragie est l'accident habituel et redoutable de la délivrance.* — Nous n'étudierons dans ce chapitre que celle qui a sa source dans la béance des vaisseaux utérins du placenta maternel.

Les deux conditions nécessaires et suffisantes pour sa production sont : 1° d'une part le décollement du placenta ; 2° d'autre part le défaut de rétraction de l'utérus.

Ajoutons tout de suite que l'état général de quelques femmes, certains états diathésiques ou pathologiques (hémophilie, albuminurie), les prédisposent singulièrement à ces hémorragies. Elles peuvent perdre du sang par d'autres voies sans que l'hémorragie soit directement liée à la délivrance.

L'écoulement du sang peut être en effet la conséquence de l'accouchement. Le fœtus, en traversant la filière génitale, a déterminé au niveau du

col, du vagin, de la vulve, des déchirures : des vaisseaux ont été ouverts, et le sang qui est alors perdu n'a pas d'autre source.

L'étude de cette hémorrhagie *post-partum* trouvera plus loin sa place.

Qu'il nous suffise de dire ici que le globe utérin est alors parfaitement rétracté.

Le diagnostic de l'origine de l'hémorrhagie réside tout entier dans la constatation de l'état du globe utérin. Dans les hémorrhagies de source utérine, provenant du corps de l'utérus, le *globe de sûreté* (Pinard) fait défaut. L'utérus se délimite malaisément, il est mollassé, et son fond remonte parfois jusque sous les fausses côtes, tant est considérable la masse de sang accumulé dans la cavité de l'utérus inerte.

Tantôt l'hémorrhagie est *externe* et la femme elle-même, avertie par la sensation due à l'écoulement du liquide par la vulve, prévient l'accoucheur qu'elle perd du sang.

Tantôt l'hémorrhagie est *interne* : le sang, bien que s'écoulant en abondance hors des vaisseaux, s'accumule dans l'utérus. Si l'on n'a pas suffisamment surveillé l'accouchée, on peut n'être averti du danger que par les signes généraux d'hémorrhagie : pâleur de la face, lipothymie ou syncope, faiblesse et rapidité extrêmes du pouls.

Tantôt enfin l'hémorrhagie est *mixte*. Du sang s'accumule dans l'utérus, en même temps il s'en échappe par la vulve soit à l'état liquide, soit en volumineux caillots.

Dans tous les cas, l'indication est formelle : on doit la remplir sans perdre un instant. Pendant qu'un aide comprime l'aorte, sur les indications de l'accoucheur, celui-ci se débarrasse de son habit, relève les manches de sa chemise jusqu'au haut du bras, et s'aseptise les mains, les avant-bras et les bras.

Puis, la femme restant dans le décubitus ordinaire si son état de faiblesse l'exige, ou placée dans la situation obstétricale, on fait pénétrer rapidement la main droite dans l'utérus tandis que la main gauche en maintient le fond.

Si le placenta est incomplètement décollé, on se hâte de le séparer de l'utérus et on l'entraîne avec les caillots qui s'étaient déjà accumulés dans l'utérus. Si l'arrière-faix est entièrement libre, on l'entraîne tout de suite. Pendant ce temps la main gauche frictionne énergiquement et masse en quelque sorte l'utérus à travers la paroi abdominale.

La présence de la main dans l'utérus, l'achèvement du décollement du placenta, l'extraction de l'arrière-faix et des caillots suffisent la plupart du temps à faire sortir l'utérus de son état d'inertie. Si l'on soupçonne que quelques caillots sont demeurés dans l'utérus, il ne faut pas hésiter à réintroduire la main et à profiter de sa présence dans l'utérus pour frictionner doucement la paroi interne de sa cavité.

Il est exceptionnel que ces moyens simples et de facile exécution ne suffisent pas à enrayer l'hémorrhagie.

Pendant que l'accoucheur remplit cette indication qui tient en deux mots : *vider l'utérus*, il fait d'ailleurs préparer une injection intra-utérine d'eau bouillie à 48 degrés, qu'il administre lui-même.

Il est bon de ne retirer la main que lorsque l'utérus est fortement rétracté sur elle. La présence de la main dans l'utérus excite les contractions de l'organe; en outre, les doigts peuvent plus facilement reconnaître les débris de placenta restés adhérents à la face utérine et qui flottent dans le liquide de l'injection.

Une injection sous-cutanée de 1 à 2 grammes d'ergotine peut être alors pratiquée. Depuis 1886 Pinard n'a plus du tout recours à l'ergot de seigle ou à ses dérivés pendant la période de délivrance : il se contente, lorsqu'il y a une hémorrhagie utérine, de recourir aux irrigations intra-utérines d'eau chaude et aux injections hypodermiques de sérum artificiel.

Une longue et attentive surveillance de l'utérus s'impose, ensuite il faut de plus veiller à ce que la femme reste immobile, la tête basse, dans le décubitus horizontal.

Il reste enfin à combattre par les moyens ordinaires l'état syncopal auquel les femmes restent souvent en proie pendant plusieurs heures (alcool, injections sous-cutanées d'éther, de sérum artificiel, enveloppement dans des linges chauds, etc., etc.).

La transfusion a été quelquefois pratiquée avec avantage; c'est une méthode difficile à employer et qui est de plus en plus abandonnée.

Les injections sous-cutanées d'eau salée (7 gr. de chlorure de sodium pour 100 gr. d'eau stérilisée) donnent de très bons résultats dans le traitement des hémorrhagies graves de la délivrance : on peut injecter d'emblée 400 à 500 grammes d'eau salée et en tout 1200 à 1500 grammes dans les 24 heures. Les injections intra-veineuses du même liquide sont plus difficiles à pratiquer et ne présentent pas de supériorité marquée.

L'hémorrhagie externe peut être modérée, mais devenir encore inquiétante par sa persistance. **Vider l'utérus** est encore le moyen par excellence d'y mettre un terme.

On se ferait une fausse idée des complications de la délivrance si nous n'ajoutions qu'en clinique les accidents et les difficultés se trouvent souvent réunis. Il y a hémorrhagie et, en même temps, adhérence anormale d'une partie du placenta, enchatonnement, rétraction spasmodique de l'utérus.

INVERSION DE L'UTÉRUS

Définition. — Guillemeau avait donné à cet accident le nom expressif de **retournement de l'utérus**.

Il s'agit bien en effet d'un retournement, d'une *introversion*, d'une *invagination* de l'utérus dont le fond se déprime, puis peu à peu arrive au niveau du col, le franchit même et peut s'engager dans le vagin ou même sortir hors de la vulve.

Dans cet état d'inversion complet l'utérus est retourné comme un doigt de gant : on a sous les yeux sa surface interne.

Fréquence. — On ne connaît guère plus de 228 observations (Crampton) d'inversion survenue pendant la puerpéralité. Cet accident est donc fort rare. On en compterait en effet 1 cas sur 180 000 à 200 000 accouchements.

Leroux, de Dijon (1776), a établi trois degrés d'inversion : 1° dans un premier degré (fig. 519), le fond de l'utérus est simplement déprimé (*dépression simple*);

2° Dans un second degré, le fond de l'utérus est profondément déprimé, abaissé et peut même descendre jusqu'au niveau de l'orifice utérin (fig. 520);

3° Dans un troisième degré, l'utérus est complètement retourné et le fond de l'utérus fait saillie non seulement dans le vagin, mais même hors des parties génitales (fig. 521).

Quelques auteurs admettent quatre degrés d'inversion utérine; il nous

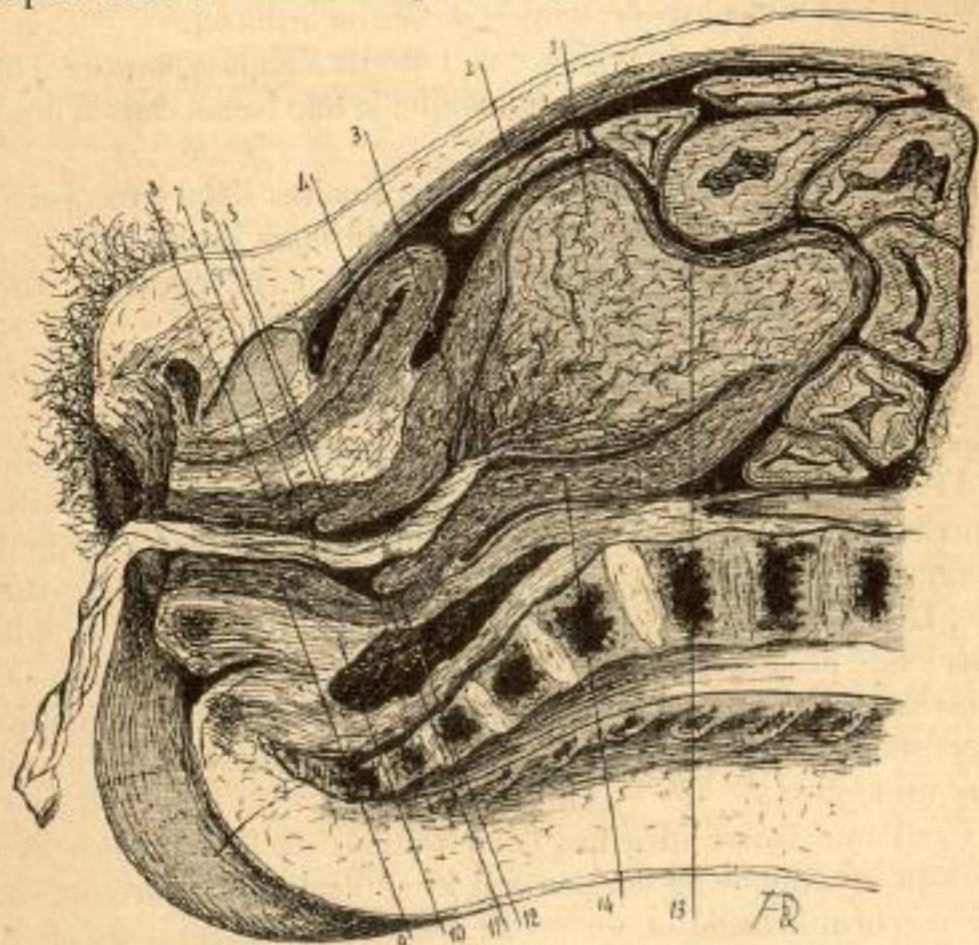


Fig. 519. — Léger degré d'inversion : le fond de l'utérus est simplement déprimé.

1, Placenta adhérent à l'utérus. 2, Intestin. 3, Paroi antérieure de l'utérus. 4, Vessie. 5, Cul-de-sac antérieur du vagin. 6, Lévre antérieure du col. 7, Cordon. 8, Paroi antérieure du vagin. 9, Paroi postérieure du vagin. 10, Rectum. 11, Lévre postérieure du col. 12, Cul-de-sac postérieur du vagin. 13, Fond de l'utérus tendant à s'inverser. 14, Paroi postérieure de l'utérus.

paraît plus légitime, avec Courty, d'admettre deux variétés d'inversion, suivant qu'elle est *complète* ou *incomplète*. *Incomplète* quand le fond de l'utérus ne descend pas jusqu'à l'orifice externe du col; *complète* lorsqu'il franchit cet orifice. Il peut dès lors se trouver dans le vagin, à la vulve ou même au dehors; dans ce dernier cas il existe une sorte de prolapsus de l'utérus inversé.

Causes. — L'inversion utérine peut s'observer en dehors de la délivrance, à la suite d'un avortement par exemple, ou spontanément lorsque la femme surprise accouche debout. Quelquefois c'est à la fin du travail que, par suite d'une brièveté naturelle ou accidentelle, le cordon tiraille sur le placenta et déprime l'utérus au niveau de l'insertion placentaire. C'est cependant la

délivrance qui est ordinairement la cause occasionnelle de cet accident.

L'inertie utérine totale ou limitée à la zone placentaire est la condition préalablement nécessaire à la production de l'inversion.

Si des tractions sont alors prématurément exercées sur le cordon, si ce dernier ne se rompt pas plus que le placenta ne se décolle, on peut voir le fond de l'utérus descendre : l'inversion est constituée.

Parceil accident est survenu en employant la méthode de Crédé.

L'inversion ne doit pas être toujours mise au compte d'une intervention

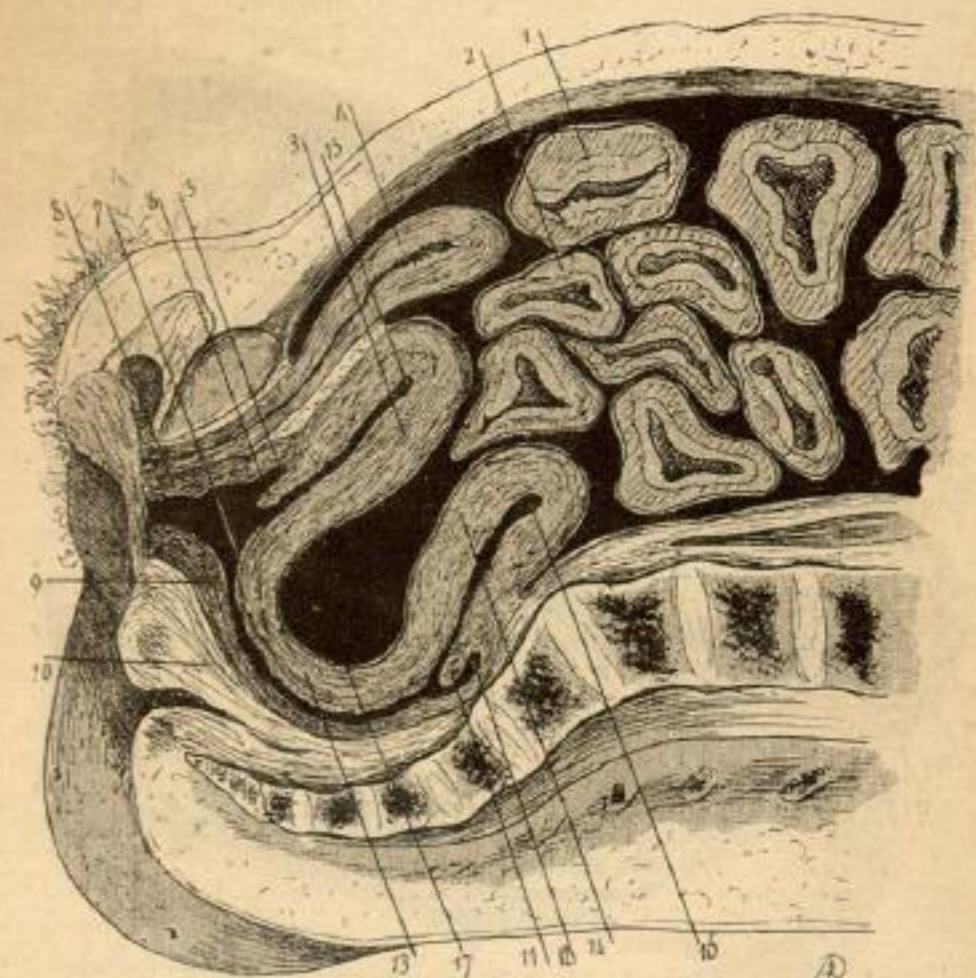


Fig. 520. — Utérus inversé dont le fond a pénétré dans le vagin.

1, 2, Intestin. 3, Paroi antérieure de l'utérus. 4, Vessie. 5, Cul-de-sac antérieur du vagin. 6, Lévre antérieure du col. 7, Surface d'insertion du placenta. 8, Paroi antérieure du vagin. 9, Paroi postérieure du vagin. 10, Rectum. 11, Lévre postérieure du col. 12, Cul-de-sac postérieur du vagin. 13, Fond de l'utérus inversé. 15 et 16, Lieu de réflexion de l'utérus sur lui-même. 17, Fond de l'utérus recouvert du péritoine.

intempestive. On a cité des faits dans lesquels les efforts de la femme ont été suffisants pour amener brusquement une *inversion complète*.

D'autres fois il semble que l'utérus joue lui-même un rôle actif dans la production de l'inversion. Le fond de l'organe inerte est saisi par les contractions du reste de l'organe qui le poussent vers le col.

Symptômes. L'inversion utérine s'accompagne de symptômes *locaux* et de *troubles généraux*. L'hémorrhagie est presque constante, qu'elle précède, accompagne ou suive le renversement. Elle est parfois modérée, souvent très abondante et, si l'on n'intervient pas, rapidement mortelle. Elle est peu abondante lorsque le placenta adhère encore à l'utérus.

L'hémorrhagie est ordinairement abondante. Elle donne lieu aux accidents généraux habituels : faiblesse générale, petitesse de pouls, respiration anxieuse, pâleur de la face.

La main posée sur la région hypogastrique ne rencontre pas le globe utérin. La percussion de cette région ne révèle que la sonorité intestinale.

Chez une femme à parois abdominales minces et souples on peut sentir une dépression en *cul de fiole* (Mauriceau) si l'inversion est incomplète. Profondément dans l'excavation, quand l'inversion est complète, le segment infé-

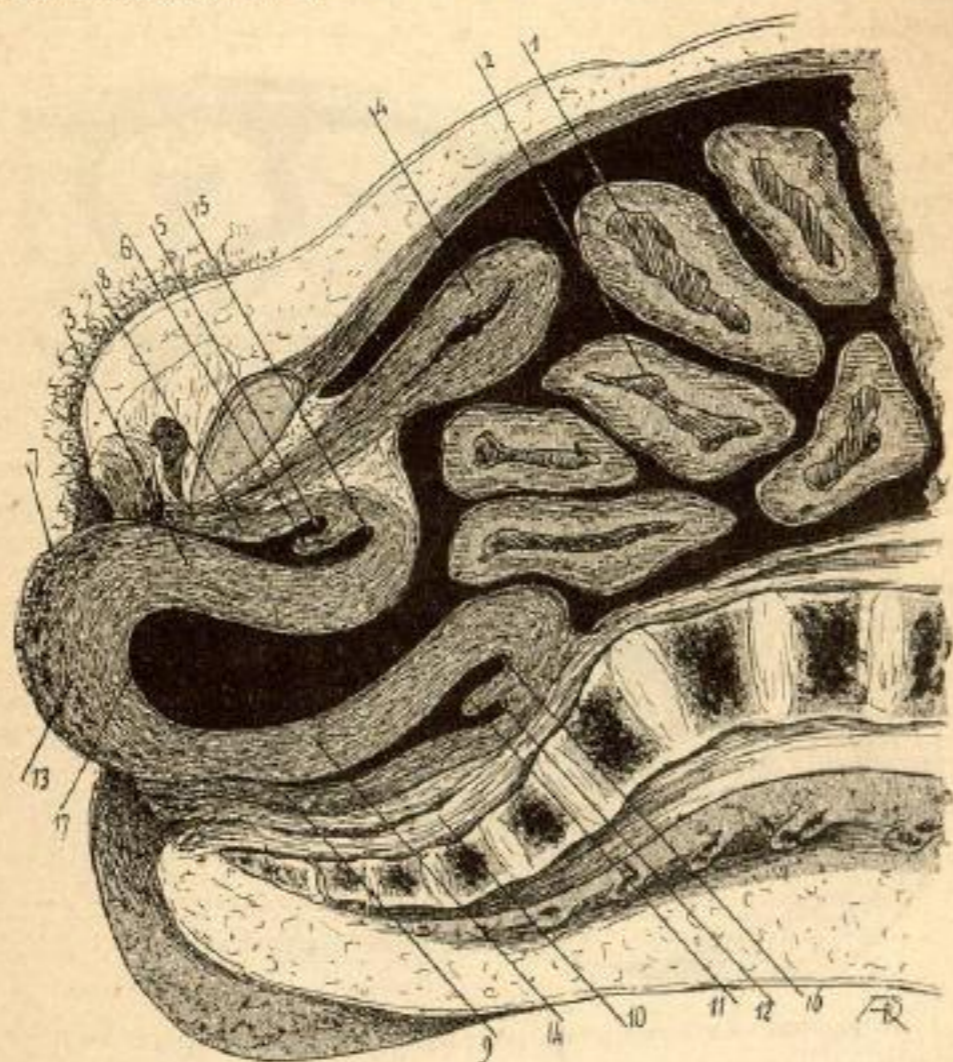


Fig. 521. — Uterus complètement inversé : le fond de l'utérus fait saillie hors la vulve.

1, 2, Intestin. 3, Paroi antérieure de l'utérus. 4, Vessie. 5, Cul-de-sac antérieur du vagin. 6, Lèvre antérieure du col. 7, Surface d'insertion du placenta. 8, Paroi antérieure du vagin. 9, Paroi postérieure du vagin. 10, Rectum. 11, Lèvre postérieure du col. 12, Cul-de-sac. 13, Fond de l'utérus inversé. 14, Paroi postérieure de l'utérus. 15 et 16, Lieu de réflexion de l'utérus sur lui-même. 17, Fond de l'utérus recouvert du péritoine.

rieur ou même le col donnent la sensation de bourrelet plissé irrégulièrement.

Le doigt, en pratiquant le toucher, rencontre le fond de l'utérus au-dessus du col, ou déjà engagé dans le vagin. Dans ce dernier cas, la portion vaginale du col forme autour de la partie inversée un bourrelet circulaire (fig. 521).

Le fond de l'utérus forme une tumeur à base inférieure arrondie, à sommet supérieur.

Si le placenta est encore adhérent, on le reconnaît aux caractères de sa

face fœtale qu'on a sous le doigt. Si le placenta est enlevé, l'utérus donne au doigt la sensation d'une surface tomenteuse, irrégulière.

Le vagin conserve sa longueur tant que l'inversion est incomplète. Il est raccourci dans l'inversion complète.

Le toucher manuel est souvent nécessaire pour reconnaître les rapports du col avec la partie inversée, lorsque l'inversion est complète.

En outre, le déplacement de l'organe détermine des tiraillements douloureux dans les reins et l'abdomen, une sensation de pesanteur, des nausées, des vomissements, une douleur épigastrique et quelquefois des symptômes d'étranglement utérin ou intestinal. Ces derniers sont dus à la rétraction du col sur le fond de l'utérus qui arrive parfois à se gangrener, ou sur l'intestin engagé dans l'entonnoir formé par l'utérus inversé. On observe enfin des syncopes ou des convulsions qui sont imputables à la fois à l'hémorrhagie et au déplacement.

Marche. Terminaisons. Souvent l'hémorrhagie tue la femme en quelques heures.

Si la mort ne survient pas de ce chef, elle peut être plus tard consécutive à la gangrène de la portion inversée de l'utérus. Elle n'est cependant pas alors fatale.

La réduction spontanée est exceptionnelle.

Le passage à l'état chronique de l'inversion non réduite intéresse le gynécologue plus que l'accoucheur : lorsque l'utérus inversé ne peut être réduit l'hystérectomie vaginale est indiquée.

Diagnostic. — Quand on est témoin de l'accident, il est aisé d'en porter le diagnostic.

La présence d'une tumeur au niveau du col, dans le vagin ou à la vulve, jointe à l'absence du globe utérin dans les régions hypogastrique et péri-ombilicale, caractérise suffisamment l'inversion. Il n'est guère possible de la confondre avec un corps fibreux ou un polype.

L'hésitation serait permise si l'inversion coïncidait avec l'existence d'une tumeur hypogastrique comme un kyste ovarique, dont la présence pourrait donner le change en faisant faussement croire que cette tumeur est formée par le fond de l'utérus resté en bonne place.

Dans l'*abaissement* ou le *prolapsus utérin* il existe une tumeur dont le sommet inférieur présente un orifice (orifice externe du col). En outre, en pareil cas, le vagin est raccourci.

Il importe beaucoup d'établir tout de suite le diagnostic, afin de régler l'intervention.

Puech a recueilli dans la littérature obstétricale 5 observations dans lesquelles l'arrachement de l'utérus a été la conséquence d'une erreur de diagnostic. Une femme seulement a succombé à ce traumatisme opératoire!

Pronostic. Le pronostic est grave. Souvent la mort survient en quelques heures; quelquefois elle est due à des accidents éloignés quand la réduction n'a pu être obtenue. Le pronostic dépend surtout de la rapidité avec laquelle est reconnue l'inversion et de la manière dont elle est traitée. Lepage a vu en 1895 et en 1896 deux femmes mourir d'hémorrhagie en moins de deux heures après l'accouchement à la suite d'une inversion de

l'utérus : dans un cas, cet accident avait été causé par des tractions brutales exercées sur le cordon; dans l'autre cas, il semble que l'inversion s'était produite spontanément. D'après Pinard, l'inversion vaginale serait plus grave que l'inversion avec issue hors des organes génitaux, parce qu'elle est plus facilement méconnue.

Traitement. — Indiquons rapidement ce qu'on pourrait appeler le *traitement préventif* de l'inversion utérine : surveiller l'utérus après l'accouchement; attendre, pour exercer des tractions sur le cordon, que le placenta soit entièrement décollé de l'utérus et ne jamais pratiquer la délivrance sans avoir une main appliquée sur le fond de l'utérus; il est même plus prudent de ne jamais faire de tractions sur le cordon.

Le *traitement curatif immédiat* comprend deux indications principales à remplir : 1° réduire l'inversion; 2° s'opposer à sa reproduction, et combattre les accidents qui peuvent persister après la réduction.

1° En présence d'une inversion qui vient de se produire alors que le placenta est détaché et enlevé, *il ne faut*, quel que soit le degré de l'inversion, *songer qu'à la réduire*.

Si le placenta est encore adhérent, convient-il de le décoller au préalable pour réduire immédiatement après? Vaut-il mieux, au contraire, réduire en masse utérus et placenta et ne décoller ce dernier qu'après avoir, par les moyens appropriés, redonné à l'utérus sa tonicité physiologique?

Le degré de l'inversion et l'étendue de l'adhérence placentaire doivent être ici pris en considération. *Si l'inversion est incomplète*, et le *placenta complètement adhérent*, on réduit d'abord, puisque l'adhérence totale du placenta met à l'abri de l'hémorragie; puis on excite l'utérus par les frictions, le massage, et l'on ne procède à la délivrance qu'après avoir constaté l'état de parfaite rétraction de l'organe.

Si l'inversion est complète, et le *placenta totalement adhérent*, il n'y a pas à hésiter entre les deux conduites. La séparation du placenta rend moins volumineuse la tumeur utérine qu'il s'agit de faire passer à travers le col plus ou moins rétracté, de plus elle ne favorise pas l'hémorragie, alors même que la réduction présente quelques difficultés.

Quand le placenta est partiellement décollé, il est encore plus indispensable d'en achever le décollément, et de réduire ensuite.

La réduction sera d'autant plus facile qu'elle sera plus hâtive.

Plus on attend, plus elle devient laborieuse par suite de l'augmentation de volume de la masse à réduire, d'une part, et, d'autre part, par suite du retrait du col utérin. On a pu cependant réussir à remettre l'utérus en place, une ou plusieurs semaines après l'accident.

La femme est placée dans la situation obstétricale. Deux aides maintiennent les cuisses écartées, un autre immobilise l'utérus par la région hypogastrique.

La réduction est *instrumentale* ou *manuelle*.

La réduction *instrumentale* peut être obtenue à l'aide de pessaire à air introduit dans le vagin, ou à l'aide de repoussoir, comme l'ont conseillé Viardel, Baudelocque, Depaul.

Le repoussoir, composé d'une baguette de bois solide, à extrémité mousse

et garnie d'ouate, agit sur le fond de l'utérus qu'il cherche à refouler pendant que le col est immobilisé par les mains d'un aide.

La *main* introduite dans le vagin peut agir de deux manières : ou bien en pratiquant une sorte de *taxis* qui porte sur la région de l'utérus la plus voisine du col, ou bien en refoulant directement le fond de l'utérus.

2° Quand la réduction est obtenue (ce dont on est averti par la sensation de résistance vaine, par l'apparition du globe utérin à la région hypogastrique, par la reconstitution de la cavité utérine dans laquelle la main pénètre sans peine), il faut s'efforcer de maintenir le résultat acquis.

On y arrive en combinant les injections intra-utérines à la température de 48 à 50 degrés, le massage de l'utérus et, surtout, le séjour de la main dans sa cavité prolongé jusqu'au réveil de la rétraction et des contractions utérines.

b. Accidents tardifs de la délivrance. — Des hémorragies dites *secondaires* ou *tardives* se produisent quelques heures ou quelques jours après la délivrance.

Celles que l'on observe dans les heures qui suivent l'accouchement sont habituellement liées à de l'inertie utérine qui envahit de nouveau l'organe avant que les sinus aient pu être oblitérés par des caillots solides : devant une hémorragie de cette nature, il faut exprimer l'utérus pour en chasser les caillots qu'il contient, introduire au besoin pour cela la main et user de l'irrigation vaginale ou intra-utérine avec de l'eau à 48 degrés.

Quand une perte survient plus tard (4, 5, 6, 10, 15 jours après la délivrance), on doit l'attribuer à la présence des membranes retenues dans l'utérus ou au décollément de quelque cotylédon placentaire resté jusqu'alors adhérent. L'expulsion ou l'extraction manuelle de ces fragments placentaires fait cesser les accidents.

La rétention des membranes ou de cotylédons à demi décollés peut donner naissance, par suite de la putréfaction de ces débris de l'arrière-faix, à des accidents de septicémie puerpérale qui seront étudiés plus tard. (*Voir Septicémie puerpérale.*)

Les hémorragies observées tardivement peuvent n'être qu'une manifestation locale d'un état général : Ribemont-Dessaignes et Lepage ont vu en 1896 une femme prise, 10 jours après l'accouchement, d'une hémorragie inquiétante. La délivrance avait été complète; la main introduite dans l'utérus ne rencontra aucun débris de membrane ni de placenta. Cette femme avait un foie malade et avait présenté de la colique et de l'ictère quelques jours avant son accouchement. Pinard, qui vit aussi la malade, pensa que l'hémorragie était liée à l'état général.

Conduite à tenir après la délivrance. — Lorsque la délivrance est terminée, l'accoucheur doit procéder à la toilette des organes génitaux externes, en les lavant avec du coton imbibé d'une solution antiseptique. Il pratique ensuite une injection vaginale avec 2 litres de solution antiseptique (solution de biiodure ou de bichlorure de mercure à 1 pour 4 000, ou solution phéniquée à 2 pour 100); puis, lorsque cette injection est faite, on fait couler un peu de la solution antiseptique, pour débarrasser la vulve du sang, des débris de membranes qui peuvent y rester. On applique ensuite sur

la vulve un gros tampon de coton boriq   ou d'  toup   au sublimé, que l'on maintient fixé à l'aide d'une serviette passée sous le siège et qui vient se fixer en avant à une petite ceinture placée au-dessus des hanches. On fait de cette manière une sorte de pansement par occlusion.

Nous avons vu (page 415) quelle était la conduite à tenir lorsqu'il y a du été du périnée des dégâts nécessitant réparation.

Une question importante de pratique se pose ici : est-il nécessaire de faire systématiquement, après la délivrance, une injection intra-utérine ? Nous ne

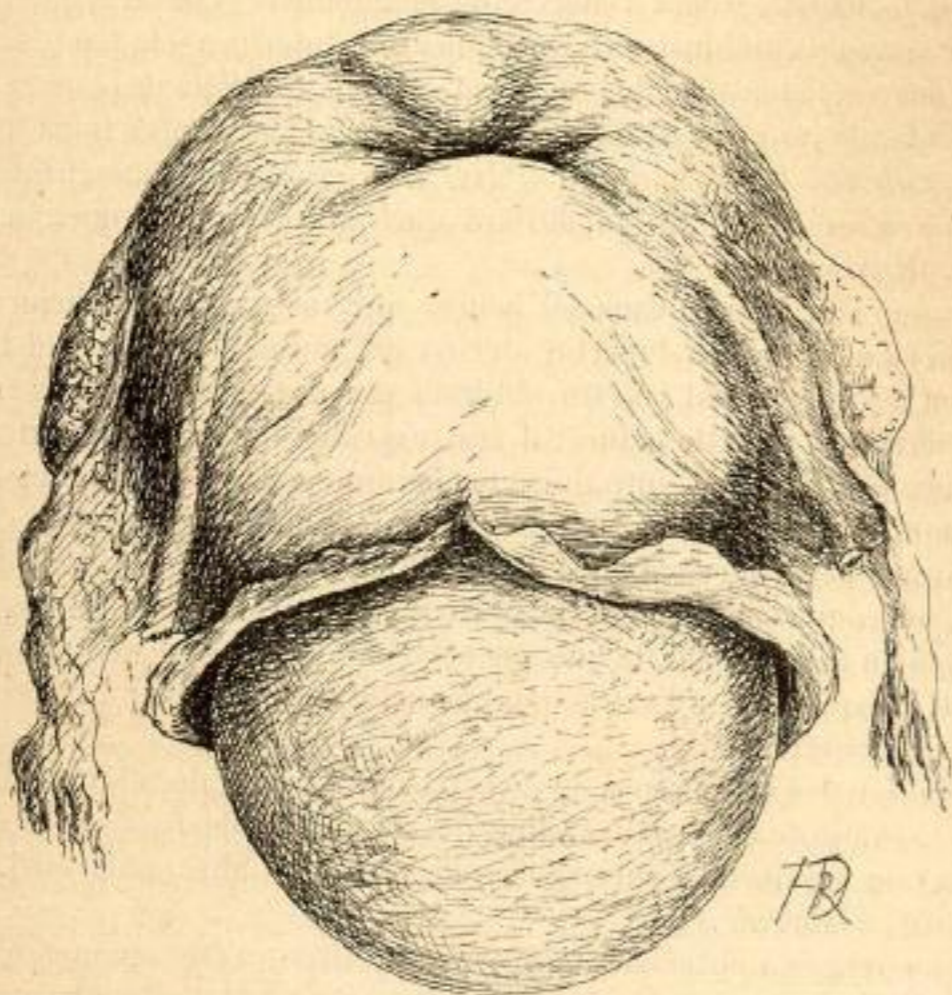


Fig. 522. — Utérus inversé par un fibrome qui a dépassé l'orifice utérin (d'après nature).
La femme a succombé trois semaines après l'accouchement (pièce dessinée à la Maternité).

le pensons pas. Les partisans de l'injection intra-utérine après la délivrance ont deux buts différents : les uns tiennent à débarrasser l'utérus des caillots qui peuvent se produire dans la cavité utérine après l'expulsion du placenta, et y introduisent les doigts en même temps que la sonde. Les autres estiment qu'il ne peut y avoir d'antisepsie vraie, complète, sans cette désinfection de la cavité utérine à l'aide d'un courant de liquide antiseptique.

Ces deux ordres de raisons n'entament point notre conviction, et ne nous empêchent pas de déconseiller l'injection intra-utérine faite systématiquement. Elle est *inutile* : l'expérience de chaque jour montre que les suites de couches sont tout à fait apyrétiques sans l'emploi de ce moyen. Elle est *irrationnelle*, car la cavité utérine ne renferme pas de micro-organismes, et, si elle en contenait, l'écoulement de sang au moment de la délivrance, le

frottement causé par la descente du placenta sont au moins aussi efficaces pour nettoyer la cavité utérine qu'un courant d'eau qui irrigue surtout la face postérieure de la cavité utérine. — Enfin l'injection intra-utérine *n'est pas sans danger* : sans parler des accidents mortels qui ont été observés, elle peut devenir une cause d'infection, puisque la canule traverse la cavité vaginale qui n'est que relativement aseptique, pour passer dans la cavité utérine. Enfin elle *devient tout à fait dangereuse* si l'on se sert d'antiseptiques puissants qui peuvent amener de l'intoxication.

On ne pratiquera donc d'injection intra-utérine après la délivrance que comme moyen hémostatique en cas d'hémorrhagie, ou bien, lorsque, les membranes s'étant rompues de bonne heure, le liquide amniotique aura quelque odeur, et surtout lorsque l'enfant est mort et macéré.

Il en sera de même chaque fois que la main, un instrument, auront été introduits dans la cavité utérine ; c'est ainsi qu'après la délivrance artificielle il est de toute nécessité de pratiquer une irrigation intra-utérine avec au moins deux litres de solution antiseptique. Pinard conseille en outre de faire une injection intra-utérine chez les femmes qui accouchent rapidement sans qu'on ait le temps de leur faire une injection vaginale : il redoute en pareil cas que les microbes vaginaux n'envahissent le segment inférieur de l'utérus.

Lorsque la toilette des organes génitaux est faite, on procède à l'enlèvement de la garniture du lit sur lequel est accouchée la femme : on retire les épingles qui la maintenaient fixée ; on la roule et on l'enlève de telle sorte que la femme repose maintenant sur du linge propre. On réchauffe la femme en la recouvrant avec des linges chauds, ou en lui mettant aux pieds des boules d'eau chaude, on lui fait donner à boire, si elle le désire.

Il est utile de surveiller la femme récemment accouchée et délivrée au moins pendant une heure. On s'assure à diverses reprises que le pouls est normal, régulier, que l'utérus est bien rétracté, et qu'il ne s'écoule point de sang en trop grande quantité par les organes génitaux externes : s'il en était autrement, il faudrait exercer une pression un peu forte sur l'utérus, chasser ainsi les caillots qui sont contenus dans l'utérus et dans le vagin et se contenter d'une irrigation chaude à 48 degrés, ou bien recourir à l'irrigation intra-utérine.

Si tout est normal, au bout d'une heure, d'une heure et demie, on quitte la nouvelle accouchée en donnant les instructions nécessaires à la garde ou à l'entourage, relativement à la mère et au nouveau-n  . Pour la mère, on indique quel doit être le régime alimentaire, quels soins locaux (lotions, toilettes vulvaires, injections vaginales) doivent être donnés. Pour l'enfant il est utile, comme nous le verrons (page 592), d'insister sur la nécessité de ne pas lui donner d'autre liquide que celui qui provient du sein maternel. Le médecin fait bien de donner des instructions détaillées sur toutes ces questions et sur tout ce qui concerne l'hygiène de l'accouchée et du nouveau-n  .

Lorsque la délivrance est faite, il est une précaution capitale : c'est d'*examiner avec grand soin les annexes*. Il y a quelques années, la rapidité avec laquelle on faisait la délivrance par tractions produisait souvent une extraction incomplète des cotylédons placentaires.    l'heure actuelle,

d'une manière générale, la délivrance est pratiquée avec plus de soin ; on laisse écouler entre l'expulsion du fœtus et l'extraction du placenta un temps suffisant (une demi-heure au moins), pour que celui-ci puisse être complètement décollé. Aussi la rétention partielle d'un ou de plusieurs cotylédons placentaires est-elle maintenant très rare.

Cependant il est indispensable d'examiner le placenta par sa face utérine, et de constater que le gâteau placentaire est régulier et complet. En même temps, on regarde s'il a les caractères macroscopiques du placenta normal ou s'il présente quelques-unes des lésions que l'on rencontre dans le placenta albuminurique, syphilitique, etc.

Il est en outre très utile de peser le placenta sans les membranes ni le cordon : Pinard insiste avec raison sur l'hypertrophie placentaire dans le cas de syphilis.

L'examen des membranes doit être fait à deux points de vue : en mesurant les membranes de chaque côté de l'orifice de sortie, on peut savoir si ce placenta était inséré plus ou moins près du segment inférieur. — En outre, c'est d'après un examen attentif des membranes que l'on peut reconnaître si elles sont complètement expulsées ou s'il en reste des débris, des lambeaux dans la cavité utérine, enfin, point important, s'il n'y a pas à la périphérie du placenta des vaisseaux se rendant à quelque cotylédon accessoire.

Nous rappelons qu'alors même que le placenta est complètement décollé, il ne faut pas aller à la recherche des membranes : elles sont éliminées généralement au bout de quelques heures, ou bien au bout de deux ou trois jours, sans accident aucun, si l'antisepsie est bien pratiquée.

CHAPITRE VIII

SUITES DE COUCHES PHYSIOLOGIQUES

L'accouchement est le signal d'un travail régressif destiné à effacer presque complètement les modifications que la grossesse avait imprimées à l'organisme maternel. En même temps une fonction nouvelle, la *sécrétion du lait*, s'établit. L'ensemble de ces phénomènes porte le nom de *couches*, ou *suites de couches*.

Les suites de couches sont *physiologiques* ou *pathologiques* : pratiquement il est assez difficile de délimiter les unes des autres. C'est la température de l'accouchée qui sert de critérium à ce point de vue : si à aucun moment la température axillaire ne dépasse $37^{\circ},5$, les suites de couches *apyrétiques* peuvent être considérées comme physiologiques ; s'il survient une ou plusieurs élévations de température au-dessus de $37^{\circ},5$, les suites de couches sont fébriles et cette hyperthermie est un bon signe pour reconnaître les suites de couches pathologiques.

Nous n'étudierons dans ce chapitre que les premières, il importe d'en bien connaître la marche, la durée, afin de s'apercevoir rapidement de la moindre complication et d'y porter, si possible, un prompt remède.

L'étude des *suites de couches physiologiques* comprend donc :

1° Les modifications qui se produisent dans les différentes fonctions de l'organisme ;

2° Celles qui se passent du côté des organes génitaux ;

3° La sécrétion lactée ;

4° Les soins à donner aux femmes accouchées.

1° **Modifications de l'organisme en général.** — Aussitôt après la délivrance, la femme présente un état général quelque peu différent suivant son tempérament, suivant que le travail a été long, pénible, ou au contraire assez rapide, suivant que la délivrance s'est accompagnée d'un écoulement sanguin modéré, ou suivant qu'il y a eu hémorragie.

Tantôt la face est colorée, le pouls accéléré, la peau chaude ; la femme est agitée, tout à la joie de la maternité, et ne peut rester tranquille ; tantôt au contraire elle est fatiguée, accablée, éprouve une sensation de courbature profonde, accuse de la cuisson, de l'endolorissement au niveau des organes génitaux et ne demande qu'à se reposer.

Il est fréquent que la femme éprouve à ce moment une sensation de froid et qu'elle ait un petit *frisson* qui n'a rien d'inquiétant ; ce frisson ne s'accompagne ni d'élévation de température, ni d'accélération du pouls (Stoiceseo). Il est même bon de prévenir la femme de la possibilité de ce *frisson physiologique*, afin qu'elle ne s'en effraye pas. — Voyons d'ailleurs ce qui se passe du côté de chaque appareil de l'organisme.

Appareil circulatoire. — Le *pouls* est parfois fréquent aussitôt après l'accouchement, mais après la délivrance il *se ralentit*, devient *ample, plein*.

Au bout d'un certain temps (douze à vingt-quatre heures), le *pouls* devient lent (Blot) : de 70 à 75 il tombe à 54, 56 ou 60 pulsations par minute, rarement il descend à 45 ; assez souvent il y a 54 ou 56 pulsations. Ce ralentissement du pouls est surtout marqué chez les multipares ; il persiste chez elles pendant cinq à six jours en moyenne. Il est rare d'observer ce ralentissement du pouls lorsque la femme a perdu du sang en assez grande quantité.

Du reste, la fréquence du pouls est très variable chez les accouchées : il est des femmes chez lesquelles la moindre émotion, l'arrivée du médecin, ou un déplacement un peu brusque, suffisent à rendre le pouls fréquent (90 à 100) ; aussi est-il bon de ne point compter le pouls de la femme aussitôt après qu'on est entré dans sa chambre, mais d'attendre quelques minutes.

La cause de ce ralentissement du pouls a été diversement interprétée : pour les uns (Blot et Marey) il serait dû à une augmentation de la tension artérielle provenant de la diminution considérable de la circulation utérine ; pour d'autres (L. Dumas, Perreymond), à cette cause viennent s'ajouter l'hypertrophie du ventricule gauche, et la situation horizontale que garde la femme pendant les jours qui suivent l'accouchement.