

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 hémorrhagie.

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.

Le sang subit des modifications nombreuses : la *fibrine* et les *globules blancs* y sont en quantité plus considérable que pendant la grossesse : cette augmentation, qui atteint son maximum douze heures après l'accouchement, a été appelée par Peter leucocytose physiologique.

Appareil respiratoire. — Le nombre des mouvements respiratoires est moins grand que pendant la grossesse ; d'ailleurs, dans la majorité des cas, la capacité pulmonaire augmente (Dorhn). Quelques auteurs pensent au contraire qu'elle reste la même ou même qu'elle diminue.

Température. — La température après l'accouchement ne doit pas dépasser la normale ; lorsque l'accouchement a été quelque peu laborieux, surtout chez les primipares, elle s'élève de 5 à 8 dixièmes de degré pendant les douze heures qui suivent l'accouchement. Généralement cette élévation existe déjà au moment de la délivrance : elle résulte du travail musculaire qui se produit pendant la période de dilatation et surtout pendant la période d'expulsion. « Cette hyperthermie dépend beaucoup de l'heure du jour ou de la nuit à laquelle s'est fait l'accouchement. L'élévation de la température pendant les douze premières heures des suites de couches est surtout évidente quand elle coïncide avec celle qui se produit chaque jour vers le soir, de quatre à huit heures par exemple. » (Tarnier et Budin.)

Pendant les jours qui suivent, la température reste normale, en présentant seulement une élévation de 2 à 5 dixièmes de degré vers le soir. Il est assez commun d'observer, pendant les quatre ou cinq premiers jours qui suivent l'accouchement, une température qui, tout en étant plus élevée le soir que le matin, ne dépasse pas 37 degrés. Ce n'est que vers le cinquième ou le sixième jour que la température remonte à la normale 37°,2 ou 37°,5. Il est rare que chez une accouchée bien portante la température atteigne ou dépasse 37°,5, de telle sorte qu'à moins de cas exceptionnel, c'est-à-dire de femme chez laquelle la température axillaire est normalement supérieure à 37°,5, il faudra considérer comme l'indice d'une complication légère ou comme le début d'une infection pouvant devenir sérieuse toute température dépassant 37°,6.

Appareil digestif. — L'appétit, quelque peu diminué chez les primipares pendant un ou deux jours, ne tarde pas à être aussi prononcé qu'en dehors de la gravidité. Chez les multipares, et surtout chez celles qui allaitent, l'appétit est généralement bon, la soif assez vive. Rarement surviennent, pendant les quarante-huit heures qui suivent l'accouchement, des nausées réflexes produites par des contractions utérines fortes et répétées.

La femme qui, dans les derniers temps de la grossesse, est quelquefois reprise de troubles digestifs, les voit disparaître ; elle est heureuse de pouvoir s'alimenter. Au bout de dix à quinze jours, sous l'influence du séjour au lit, l'appétit diminue momentanément pour reparaitre d'une manière complète lorsque la femme commence à se lever et à reprendre son train de vie ordinaire.

La constipation est la règle chez la plupart des accouchées, surtout chez les primipares : elle tient à des causes multiples (paresse habituelle de l'intestin, défaut de contraction des muscles abdominaux, séjour au lit, etc.).

Appareil urinaire. — La nouvelle accouchée reste souvent pendant plusieurs heures sans uriner. Tantôt l'absence de miction tient à une sorte d'insensibilité de la vessie qui se laisse passivement distendre sans provoquer le besoin d'uriner ; tantôt elle est due à une véritable rétention d'urine. Malgré ses efforts, la femme ne peut uriner. Le traumatisme subi par le col de la vessie et l'urètre pendant le travail rend douloureux le contact de l'urine avec la muqueuse de ce canal ; il en résulte une contraction spasmodique du col vésical qui met obstacle à l'émission de l'urine.

Il ne faut pas se hâter de sonder les femmes en pareil cas ; il est rare, en effet, qu'au bout de 24 ou 36 heures, l'émission d'urine n'ait pas lieu spontanément. Dans la pluralité des cas la première miction est plus hâtive, c'est ainsi que, d'après une statistique faite par Recht¹ à la clinique Baudelocque, cette première miction a lieu en moyenne 15 heures après l'accouchement chez les primipares et 10 heures chez les multipares. Il faut ne pratiquer qu'exceptionnellement le cathétérisme chez les accouchées ; c'est le meilleur moyen d'éviter la cystite puerpérale due, dans la majorité des cas, à une infection par une sonde insuffisamment aseptique.

L'augmentation de la sécrétion urinaire est presque constante chez les accouchées, surtout pendant les premiers jours ; la moyenne d'urine émise par 24 heures est de 1 600 grammes (Quinquaud). Le même auteur a constaté que la densité de l'urine (1 010 à 1 018) diminue pendant les 48 premières heures pour augmenter (1 022) à partir du troisième jour. La quantité d'urée, de chlorures, de sulfates et de phosphates, diminue pendant les deux ou trois premiers jours, s'élève un peu le troisième jour au moment de la montée laiteuse, pour diminuer progressivement pendant les jours qui suivent.

L'urine des accouchées contient assez souvent un peu d'albumine ; la présence du sucre, signalée par Blot, s'observe surtout chez les femmes qui, ayant commencé à nourrir, cessent plus ou moins brusquement l'allaitement (de Sinéty). Cette glycosurie passagère serait due à la résorption du sucre provenant de la sécrétion lactée. Elle est surtout marquée deux ou trois jours après l'accouchement.

Les recherches de Fischel, de Biagio (de Catane), ont montré que la *peptonurie* est fréquente chez les accouchées ; elle apparaît vers le second jour qui suit l'accouchement, augmente jusqu'au quatrième et diminue progressivement pour disparaître vers le dixième ou douzième jour. Cette *peptonurie* résulterait de la transformation du tissu musculaire de l'utérus en peptone.

Toutes les sécrétions sont exagérées pendant les suites de couches ; c'est par elles que s'éliminent les matériaux qui s'étaient accumulés dans l'organisme pendant la grossesse. Cette déperdition amène une diminution du poids de l'accouchée. Les recherches de Gassner et de Hecker ont montré que, pendant les huit premiers jours qui suivent l'accouchement, les femmes perdent en moyenne 4 571 grammes.

¹ De la miction chez les femmes en couches, Thèse de Recht, Paris 1894.

2° **Modifications de la zone génitale.** — *Modifications de l'utérus.* — Elles sont très importantes et sont étudiées généralement sous le nom d'*involution* ou de *régression* utérine.

Nous étudierons successivement celles du col et celles du corps de l'utérus.

Col. — Le col de l'utérus se reforme peu à peu : aussitôt après l'accouchement, les parois du col sont mollasses, flasques, et en contact plus ou moins direct avec les parois de l'excavation ; souvent il est assez difficile de distinguer les bords de l'orifice des parois vaginales. Fréquemment, surtout chez les primipares, le pourtour de l'orifice utérin présente une solution de continuité plus ou moins marquée, quelquefois bilatérale ; tantôt cette solution de continuité se réunit par première intention ; d'autres fois la cicatrisation a lieu sans que les lèvres de la déchirure s'affrontent ; il en résulte des déformations du col qui peuvent être une cause de douleurs.

Pendant les premiers jours qui suivent l'accouchement, le col mesure environ 7 centimètres de longueur, puis il se raccourcit de manière à ne plus présenter qu'une longueur de 5 centimètres vers le douzième jour. C'est d'abord l'orifice interne qui se reforme progressivement ; puis le canal cervical se reconstitue, et l'orifice externe revient sur lui-même. Au fur et à mesure que le col se reforme, sa consistance devient plus ferme ; la muqueuse cervicale présente d'abord des plis longitudinaux, puis des plis transversaux légèrement obliques ; c'est l'arbre de vie qui se reconstitue.

Vers le dixième jour, l'orifice interne n'a plus guère que 1 centimètre environ de diamètre ; quant à l'orifice externe, il est encore béant ; son diamètre transversal l'emporte un peu sur son diamètre antéro-postérieur. Vers le quatorzième jour, on peut encore faire pénétrer l'extrémité de l'index dans la cavité cervicale, mais on ne peut franchir l'orifice interne.

Pendant quelque temps, le col reste encore volumineux avec un orifice externe à grand diamètre transversal ; ce n'est environ que dix semaines après l'accouchement qu'il revient à son état normal.

Ces transformations du col se font en même temps que celles non moins importantes qui ont lieu du côté du corps.

Corps. — Aussitôt après la délivrance, l'utérus prend une forme globuleuse qu'il conserve pendant presque toute la durée de son involution : peu à peu la face antérieure devient moins convexe, les bords moins arrondis, mais la distension qu'a subie l'utérus pendant la grossesse lui laisse une conformation particulière qui permet de reconnaître que c'est un utérus qui vient d'être gravide.

Pendant les premiers jours qui suivent l'accouchement, l'utérus est généralement incliné du côté droit, quelquefois du côté gauche ; cette obliquité varie suivant l'état de réplétion ou de vacuité de la vessie, suivant le décubitus de la femme, suivant son état de primiparité ou de multiparité.

Outre cette déviation quasi physiologique, on observe des déviations suivant le diamètre antéro-postérieur et des flexions du corps de l'utérus sur le col. Ces déviations se font surtout en avant. Plus rare est la *retroversion*, lorsque les femmes gardent suffisamment le repos au lit : on l'observe cepen-

dant lorsque l'involution utérine est rapide, alors que les ligaments ronds n'ont pas repris aussi vite leur tonicité. Nous ne parlons point de *déviations* qui résultent d'adhérences lorsque les suites de couches sont pathologiques.

La *consistance* de l'utérus varie : très ferme aussitôt après la délivrance, l'utérus présente pendant quelques jours des alternatives de contraction et de relâchement qui sont surtout marquées chez les multipares. Chez les primipares ces différences sont moins accentuées ; à mesure qu'on s'éloigne de l'accouchement, l'utérus reprend peu à peu sa consistance normale.

Le *poids* de l'utérus immédiatement après la délivrance varie de 800 à 1 200 grammes ; au bout de quarante heures, il tombe à 750 grammes (Spiegelberg) ; au bout d'une semaine, à 500 grammes ; au bout de quinze jours, à 200 grammes. Ce n'est guère qu'au bout de cinq à six semaines que l'utérus revient à peu près au poids normal (40 à 60 grammes).

Les *modifications* de volume que subit l'utérus pendant les suites de couches peuvent être appréciées par différentes méthodes : soit en pratiquant les mensurations directes de l'organe, soit en étudiant les rapports du fond de l'utérus avec un point de repère : symphyse du pubis ou cicatrice ombilicale.

Autefage, en se servant d'un compas imaginé par Depaul, a mesuré l'utérus en appliquant avec le doigt l'une des branches de l'instrument sur le col et l'autre sur le fond de l'utérus : il a constaté que la diminution de hauteur était en moyenne de 1/2 centimètre à 1 centimètre par jour pendant les douze premiers jours.

Sinclair, Charpentier, en pratiquant l'hystérométrie, ont constaté que chez la moitié des accouchées le diamètre vertical de la cavité utérine, du quatorzième au dix-septième jour des couches, mesure environ 9 centimètres, c'est-à-dire près de 5 centimètres de plus qu'à l'état de vacuité.

Les dimensions transversales de l'utérus diminuent comme les dimensions verticales (Wieland, Autefage) ; Hecker a mesuré en outre l'épaisseur de la paroi utérine chez les femmes ayant succombé à des époques variables après l'accouchement ; mais il en est peu qui aient succombé à des maladies non puerpérales, de telle sorte qu'il est bien difficile de déduire de ses mensurations les dimensions de l'utérus en involution physiologique.

D'ailleurs, ces différentes mensurations, faites avec le compas d'épaisseur ou avec le centimètre, n'ont pas toute la précision voulue ; il est, en effet, nombre de causes d'erreur provenant des déviations de l'utérus, de l'état de réplétion des réservoirs urinaire et rectal, etc.

Dans la pratique, il faut se contenter de suivre à l'aide du simple palper les progrès du retrait utérin. [En prenant comme point de repaire l'ombilic et le pubis, Depaul a trouvé que le fond de l'utérus remonte à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic le premier jour ; le deuxième jour il se trouve à hauteur de l'ombilic ; le cinquième et le sixième jour, à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic ; vers le neuvième jour, à trois travers de doigt au-dessus du pubis ; vers le douzième jour, il se trouve au ras de la symphyse du pubis.

Rien n'est plus variable d'ailleurs que cette régression utérine, et cette diversité dans la manière dont l'utérus revient sur lui-même explique pourquoi il est difficile de savoir quelles sont les causes qui activent ou retardent cette involution. Ainsi l'on discute pour savoir si l'involution se fait plus rapidement chez les primipares que chez les multipares; il nous semble, contrairement à l'opinion de Cazeaux, de Wieland, que cette involution est plus rapide chez les multipares que chez les primipares.

L'influence de l'allaitement n'est pas moins diversement appréciée: les uns (Depaul, Charpentier) soutiennent que l'allaitement entrave l'involution utérine, que les contractions utérines qui surviennent sous l'influence de la succion répétée du mamelon entretiennent un état congestif de l'organe qui nuit à son retrait. Les autres, et Pinard en particulier, affirment que l'allaitement, en provoquant par action réflexe des contractions répétées de l'utérus, favorise l'involution. Tarnier ne se prononce point et admet « que les conditions individuelles ont sur la marche de la régression utérine une influence beaucoup plus grande que l'allaitement ».

Chez certaines femmes elle a lieu assez vite, l'utérus diminue rapidement de volume. Il ne faut pas toutefois oublier que, bien qu'on sente à peine le fond de l'utérus au ras du pubis, il peut présenter encore un volume assez considérable qu'on ne peut apprécier que par le toucher et le palper combinés. Quelquefois cette involution utérine dépasse les limites physiologiques: par suite d'un travail de régression trop accusé (**superinvolution**), l'utérus devient plus petit qu'il ne l'était avant la fécondation.

Plus fréquemment on observe un arrêt dans l'involution utérine; l'utérus reste gros, volumineux; ses parois sont épaisses; cet état de **subinvolution**, qui peut persister pendant plusieurs mois, est souvent le point de départ de déviations utérines, par suite du tiraillement exercé sur les ligaments par cet utérus volumineux et lourd; de plus, le col, restant entr'ouvert, permet l'infection de la cavité utérine.

Modifications anatomiques de l'utérus. — Pendant les suites de couches l'utérus subit dans sa structure des modifications importantes qui doivent être étudiées pour chacune de ces tuniques:

1° *Tunique séreuse.* — C'est elle qui présente les modifications les moins accusées: elle se plisse, puis revient peu à peu sur elle-même, et son hypertrophie temporaire disparaît.

2° *Tunique musculaire.* — Une partie des fibres musculaires subit la dégénérescence graisseuse et disparaît, les autres s'atrophient, sans qu'il soit bien possible de déterminer quels sont les éléments (fibres musculaires anciennes ou nouvelles) qui subissent l'une ou l'autre dégénérescence (Kölliker). — D'après d'autres auteurs, toutes les fibres musculaires anciennes disparaîtraient et le muscle utérin se reconstituerait en entier à l'aide d'éléments embryonnaires nouveaux.

3° *Tunique muqueuse.* — En examinant la surface interne d'un utérus quelques jours après l'accouchement, on voit qu'elle présente deux régions d'aspects différents et de dimensions inégales.

A. Au niveau de la surface d'insertion placentaire, il existe une plaque

saillante, mamelonnée, anfractueuse, qui forme un relief de 5 à 7 millimètres au-dessus des parties voisines: c'est la *plaie placentaire*.

B. Sur le reste de la surface de l'utérus on trouve quelques caillots peu épais: après les avoir enlevés, la surface interne de l'utérus apparaît rougeâtre et déchiquetée, parsemée de débris de caduque analogues à ceux qu'on trouve à la surface externe du chorion. A la partie inférieure du corps de l'utérus, la muqueuse présente un bord saillant, qui la distingue de la muqueuse cervicale restée complètement adhérente, au moment de la délivrance. Voyons les modifications subies par chacune de ces parties.

A. La saillie qui existe au niveau de la plaie placentaire est formée par la caduque utéro-placentaire, qui reste en grande partie adhérente à la paroi utérine (Robin). Par suite de la rétraction de l'utérus, la plaque saillante diminue d'étendue peu à peu, mais augmente d'épaisseur (15 à 18 millimètres). La surface est plissée, rugueuse, le tissu se ramollit progressivement et présente une consistance pulvée; on observe des phénomènes de régression qui produisent l'élimination de la muqueuse et des phénomènes de régénération qui produisent une muqueuse nouvelle. Ces phénomènes sont identiques à ceux que nous allons étudier pour la caduque pariétale.

Il se produit au niveau de la caduque utéro-placentaire des thromboses veineuses qui existent non seulement dans les vaisseaux de cette caduque, mais aussi dans la tunique musculaire. La saillie formée au niveau de la surface d'insertion placentaire est en grande partie due à ces caillots sanguins qui distendent les sinus anciens.

Les thromboses ne se produisent pas en même temps dans toutes les veines; ainsi, sept à huit jours après l'accouchement, il existe encore des vaisseaux perméables, tandis que d'autres vaisseaux sont oblitérés par des caillots récents ou par des thrombus anciens qui se sont formés cinq ou six semaines avant l'accouchement. — Les caillots récents s'organisent; la paroi du vaisseau s'épaissit par suite de la prolifération de la couche endothéliale, de petites cellules fusiformes remplissent la lumière du vaisseau. Des capillaires nouveaux pénètrent dans les thrombus qui se vascularisent et se transforment en tissu conjonctif. Au bout de six semaines, il n'y a plus d'autre trace des veines anciennes que des cristaux d'hématoïdine et quelques débris de pigment.

B. Si l'on racle la surface interne de l'utérus, en dehors de l'insertion placentaire, on enlève une couche épaisse de 1 à 2 millimètres, d'un gris rougeâtre très friable, et très vasculaire. Cette portion de caduque pariétale qui reste ainsi adhérente à la paroi utérine est composée de *débris de glandes* qui ne sont pourvus d'épithélium qu'au niveau des culs-de-sac et de tissu *interglandulaire* qui est formé de cellules de tissu conjonctif (cellules rondes et cellules fusiformes).

Les parties les plus superficielles du tissu interglandulaire subissent des phénomènes de *dégénérescence graisseuse* et sont éliminées peu à peu de telle sorte que la muqueuse présente bientôt un aspect plus uni.

A mesure que l'utérus se rétracte, la muqueuse se tasse, ses éléments se rapprochent; les culs-de-sac des glandes s'allongent et leur épithélium devient

cubique, puis cylindrique; peu à peu les éléments épithéliaux prolifèrent dans la direction de la cavité utérine; vers la troisième semaine, ils arrivent au niveau de la surface utérine de cette cavité; ce n'est que vers la quatrième ou cinquième semaine que le revêtement épithélial est complet (Léopold). Les cellules de la partie profonde de la caduque prolifèrent entre les espaces glandulaires, les rétrécissent de telle sorte que ces espaces constituent bientôt des glandes régulières.

Quant aux vaisseaux de l'utérus, les transformations qu'ils subissent ont été étudiées par Williams et par Balin. Une partie des vaisseaux s'oblitére par prolifération des cellules de tissu conjonctif de la tunique interne; la tunique moyenne disparaît par suite de la dégénérescence graisseuse des fibres musculaires. — D'autres vaisseaux ne s'oblitérent que partiellement; la tunique moyenne disparaît en partie, mais les éléments musculaires graisseux sont remplacés par d'autres éléments nouveaux. Nombre de capillaires et de vaisseaux de petit volume sont atteints de dégénérescence graisseuse et résorbés peu à peu.

D'après Léopold, la muqueuse utérine est régénérée au bout de six semaines: elle est alors épaisse de 1 millimètre à 1 millimètre et demi et criblée à sa surface de petits points représentant les orifices des glandes; le réseau capillaire superficiel est formé et le revêtement épithélial est complet.

Lochies. — C'est sous ce nom qu'on désigne l'écoulement qui se fait hors des organes génitaux pendant les suites de couches; cet écoulement est constitué par les débris de caduque contenus dans l'utérus, par des liquides plus ou moins épais provenant de la fonte de certains éléments de l'utérus et par la desquamation du vagin.

L'étude des lochies s'est sensiblement modifiée depuis l'application de la méthode antiseptique: on ne décrit guère que les lochies sanguinolentes, séro-sanguinolentes et séreuses. Ce n'est que lorsqu'il y a eu infection légère qu'on observe des lochies purulentes.

Pendant les deux ou trois premiers jours qui suivent l'accouchement, les lochies sont constituées par du sang très rouge, plus ou moins épais; leur écoulement diminue un peu d'abondance au moment de la montée laiteuse, puis réapparaît après que le gonflement des seins a diminué. L'écoulement séro-sanguinolent est alors plus épais et présente une coloration plus foncée. Au bout de 7 à 8 jours, l'écoulement, devenu de moins en moins abondant, cesse presque complètement: le coton qu'on maintient en avant de la vulve est à peine souillé. Puis, généralement vers le quinzième ou dix-septième jour, l'écoulement reparaît formé par du sang.

Les lochies n'ont pas d'odeur bien accusée lorsque les lavages sont faits d'une manière suffisante et lorsque les précautions antiseptiques sont bien prises; quelquefois elles présentent une odeur fétide qui peut coïncider avec des élévations de température et constitue un signe de septicémie plus ou moins accusée. D'autres fois cette odeur désagréable des lochies existe sans symptôme fébrile; il est certaines femmes chez lesquelles on la retrouve à chaque accouchement. Il suffit de faire des lavages vaginaux fréquents pour

que cette mauvaise odeur disparaisse; d'aucuns conseillent alors de recourir aux lavages intra-utérins.

La réaction des lochies est alcaline pendant les premiers jours, puis devient acide ou neutre à partir du septième ou huitième jour.

Le liquide des lochies contient des globules rouges qui diminuent peu à peu de nombre, des globules blancs, des cellules épithéliales provenant du vagin, du col de l'utérus, des corpuscules de tissu conjonctif embryonnaire ou en voie de formation et qui ne sont autre chose que des débris de la caduque restée adhérente (Wertheimer), des cristaux de *cholestérine*, etc.

L'examen bactériologique des lochies à l'état normal a été fait par de nombreux observateurs; Donné et Schröder ont signalé le *Trichomonas vaginalis*; Hausmann et H. Muller ont trouvé la présence de la bactérie commune (*Bacterium termo*).

Dolérís y a constaté le *Micrococcus* en point double; de ses recherches Pasteur concluait, en 1885, que l'absence absolue de germes dans les lochies, ou leur apparition tardive, correspondait à l'absence de fécondité et à des suites de couches normales; qu'au contraire la présence de micro-organismes dans les lochies coexistait avec une fécondité plus ou moins marquée, et indiquait un état pathologique existant ou imminent.

D'après Dœderlein, les lochies utérines normales ne contiennent pas habituellement de micro-organismes; on n'en trouve qu'exceptionnellement (5 fois sur 50). Parfois les micro-organismes viennent s'y mélanger dans le vagin et les rendent septiques.

Winter a poussé plus loin l'analyse et a recherché les micro-organismes qui existent dans les divers segments du canal génital de la femme bien portante; il existe des micro-organismes au niveau du vagin et du col, mais on n'en rencontre pas dans l'utérus ni dans les trompes. La limite est formée par l'orifice interne.

Tranchées utérines. — Pendant les trois ou quatre jours qui suivent l'accouchement, la femme souffre de contractions utérines douloureuses plus ou moins intenses; on donne à ces douleurs les dénominations de *tranchées utérines*, de *coliques utérines*, plus rarement d'arrière-douleurs.

Ces douleurs présentent presque les mêmes caractères que celles éprouvées au cours du travail: elles sont plus ou moins intenses, intermittentes, et sont nettement dues aux contractions de l'utérus. Aussi leur siège est-il en rapport avec la place qu'occupe l'utérus dans la cavité abdominale; c'est même là un bon signe qui permet de les distinguer d'autres douleurs siégeant dans la partie inférieure de l'abdomen. Au moment où la douleur apparaît, l'utérus se durcit, devient nettement globuleux, se dessine sous la paroi abdominale; peu de temps après il s'écoule par la vulve une petite quantité de sang, quelquefois des caillots.

Les tranchées débent généralement quelques heures après l'accouchement et persistent pendant 24, 36, 48 heures et même davantage; elles sont parfois légères; tantôt au contraire elles arrachent des cris à la femme, la sur-

excitent et cet état d'énerverment peut, chez des sujets très nerveux, s'accompagner de délire.

La durée de chaque douleur n'est guère que d'une à deux minutes : elles reviennent à intervalles plus ou moins éloignés, toutes les dix ou vingt minutes, plus souvent toutes les heures.

Si l'on ne connaît guère la cause réelle de ces douleurs *post partum*, on sait cependant dans quelles conditions elles surviennent habituellement. Un fait connu depuis longtemps et déjà mis en relief par Mauriceau, c'est que ces tranchées n'existent guère chez les primipares, qu'elles s'observent surtout chez les multipares ; que, d'une manière générale, plus les femmes ont eu d'enfants, plus les tranchées sont fortes et intenses ; elles sont très marquées lorsque le travail a été rapide.

Toute excitation de la sphère génitale les réveille : il suffit que la femme fasse un mouvement, que son utérus se déplace, qu'une main s'applique au niveau de l'utérus pour qu'immédiatement survienne une tranchée ; les contractions sont parfois dues à la compression de l'utérus par le rectum rempli de matières fécales ou par la vessie distendue par l'urine ; de même la succion du mamelon réveille la contraction et certaines femmes appréhendent de donner le sein en raison des douleurs plus ou moins vives qui surviennent alors du côté de l'utérus.

Dans certains cas, les tranchées utérines prennent un caractère d'acuité exceptionnel ; elles sont dues à la présence d'un caillot plus ou moins volumineux, quelquefois d'un débris placentaire : lorsque ce corps étranger est expulsé, tout rentre dans l'ordre. Ce fait d'observation a servi à établir une théorie discutable pour expliquer pourquoi les multipares sont plus que les primipares sujettes à ces tranchées : après la délivrance, le muscle utérin, ayant perdu du fait des accouchements antérieurs une partie de sa tonicité, se rétracterait moins complètement, la plaie placentaire saignerait un peu trop abondamment, et des caillots s'accumuleraient dans l'utérus ; leur expulsion nécessiterait des contractions utérines douloureuses. Quoiqu'il en soit, il sera bon de prévenir la femme et son entourage de la possibilité de ces tranchées et d'affirmer qu'elles ne comportent point de mauvais pronostic.

Les douleurs liées aux tranchées sont parfois très marquées chez des femmes nerveuses, qui ne peuvent supporter la moindre sensation pénible.

Peut-on empêcher ces tranchées utérines ? Quelques auteurs, convaincus qu'elles sont dues à la rétention des caillots dans l'utérus, conseillent, après la délivrance, de débarrasser le plus complètement possible l'utérus du sang coagulé qu'il peut contenir ; ils pratiquent dans ce but une injection intra-utérine et n'hésitent pas, au besoin, à introduire la main dans l'utérus pour le vider des caillots qu'il contient. Cette pratique n'est pas sans inconvénients.

Si les tranchées utérines sont fortes, si surtout elles privent la femme de sommeil, il faut recourir aux calmants : la morphine en injections sous-cutanées, le laudanum en lavements à la dose de 15 à 20 gouttes, le chloral à la dose de 2, 4, 6 et même 8 grammes, réussiront généralement à procurer un soulagement pendant quelques heures ; ces médicaments sont em-

ployés isolément ou associés suivant les cas, et surtout suivant la tolérance des malades. — L'antipyrine a été également employée avec succès par la voie stomacale ou rectale, à la dose de 2 ou 4 grammes par vingt-quatre heures.

Des soins à donner pendant les suites de couches. — Les soins qui doivent être donnés à l'accouchée comprennent : a, les soins antiseptiques génitaux ; b, les soins hygiéniques et tout ce qui se rattache à la nourriture, au séjour au lit, etc.

a. *Soins antiseptiques.* — Il ne suffit pas que les précautions antiseptiques soient prises avant et pendant l'accouchement, il faut encore les observer pendant les suites de couches.

Nous ne reviendrons pas sur les précautions à prendre par les personnes qui soignent directement les accouchées : désinfection minutieuse des mains, etc. (voy. p. 220). — Tout le monde est d'accord sur l'utilité des toilettes antiseptiques des organes génitaux externes : elles doivent être faites au moins quatre fois par vingt-quatre heures, de manière à ce que les liquides séro-sanguinolents qui s'écoulent des organes génitaux ne s'y putréfient pas. Nous avons vu au chapitre de l'antiseptie obstétricale comment ces toilettes doivent être faites.

Dans l'intervalle des toilettes, les organes génitaux externes sont recouverts d'une couche assez épaisse de coton boriqué, ou d'étope au sublimé ; ce coton est maintenu en place à l'aide d'une serviette passée entre les deux cuisses et relevée sur l'abdomen. Ce pansement a pour double but de recueillir les liquides qui s'écoulent des organes génitaux et de mettre ceux-ci autant que possible à l'abri de l'air.

Une question plus controversée est celle de l'utilité des injections vaginales. Pendant les premières années où l'on s'est occupé d'antiseptie, on a fait abus des injections vaginales. Sans doute elles nettoient le vagin, le débarrassent des caillots, des liquides qui y peuvent séjourner ; sans doute elles sont plutôt agréables pour la femme ; elles n'ont guère même que des avantages lorsqu'elles sont parfaitement faites ; mais souvent ces injections ne sont pas faites d'une manière complètement aseptique. Elles favorisent alors la pénétration de l'air dans le vagin ; les plaies du vagin, du col, de la vulve, en voie de cicatrisation, sont tirillées par le contact de la canule et le courant du liquide. J.-L. Championnière a protesté non sans raison contre l'abus et même contre l'usage des injections vaginales pendant les suites de couches.

A notre avis, devant les difficultés qu'on éprouve à faire très bien ces injections, il nous semble préférable de ne pas y avoir recours pendant les huit ou dix premiers jours qui suivent l'accouchement et de ne les commencer qu'au moment où les plaies produites par l'accouchement sont en voie de réparation. — Si cependant dès les premiers jours les lochies sont fétides, si la femme perd du sang en assez grande quantité, il est préférable de recourir aux injections vaginales chaudes et antiseptiques.

Quant aux injections intra-utérines, on ne doit en donner que si les suites de couches sont pathologiques et si l'on pense que les accidents fébriles sont dus à une infection utérine.

Pendant les premiers jours qui suivent l'accouchement, la femme ne doit pas être fatiguée par des visites; elle a besoin d'un repos complet. C'est dans ce but qu'il est bon, si les locaux le permettent, de placer l'enfant dans une pièce voisine pour qu'il ne fatigue pas l'accouchée par ses cris; cette précaution est surtout utile pour la nuit.

La femme accouchée doit être *alimentée comme à l'ordinaire*; pendant les quelques heures qui suivent l'accouchement, on lui fait prendre des grogs légers et on lui donne à boire en quantité suffisante pour la désaltérer. Le lait est utile en ce qu'il provoque la diurèse. Les aliments doivent être substantiels et il importe de ne pas soumettre la femme à une diète quelconque.

Il n'est pas nécessaire que la femme conserve une immobilité presque complète dans son lit; il est préférable que pendant les premiers jours la femme garde le plus possible le décubitus dorsal; mais lorsque les femmes n'y sont pas accoutumées, cette immobilité sur le dos les fatigue et les empêche de dormir. Aussi peut-on sans inconvénient les autoriser à se coucher sur le côté dès les premières nuits qui suivent l'accouchement.

Nous savons (voy. p. 541) que lorsque la femme vient d'accoucher, elle reste pendant plusieurs heures (6, 8, 12, 24 et même plus) sans uriner: il faut considérer cette rétention d'urine passagère comme physiologique et ne point se hâter de pratiquer le cathétérisme. On ne doit avoir recours à la sonde que vingt-quatre ou trente-six heures au moins après l'accouchement, lorsque la vessie est distendue et que la femme en souffre. C'est en s'abstenant ainsi du cathétérisme que les accoucheurs ont fait disparaître la cystite des nouvelles accouchées. Sans doute, en ne se servant que de sondes aseptiques, on peut éviter l'infection de la vessie; mais l'expérience montre qu'il est encore plus sûr de s'abstenir du cathétérisme.

Il y a quelques années, on pensait qu'il était préférable que la femme n'ait une garde-robe pour la première fois que quatre ou cinq jours après l'accouchement; ce n'est guère — et la chose est discutable — que dans les cas où on a été obligé de faire une suture étendue du périnée qu'une défécation prématurée pourrait avoir quelques inconvénients. En règle générale il est préférable que la première selle se produise au bout de 48 heures; il est souvent utile de faciliter l'évacuation en donnant un grand lavement avec de l'eau et de la glycérine ou avec de l'huile. Chez les femmes qui n'ont pas l'habitude de recourir aux lavements, un laxatif léger (magnésie, cascara sagrada) suffit le plus souvent à produire une garde-robe. Dans le cas où le quatrième ou cinquième jour, ces petits moyens ont échoué, il ne faut pas hésiter à donner un purgatif qui amène une évacuation suffisante.

Il n'est point rare en effet de voir chez les nouvelles accouchées des élévations de température temporaires qui tiennent à la rétention des matières fécales: un grand lavement ou un purgatif suffisent à ramener la température à la normale. Ces accidents fébriles sont vraisemblablement dus à de l'auto-intoxication, à de la stercorémie.

Toutefois, il est nécessaire, comme nous le verrons à propos de septicémies

puerpérales, de ne pas oublier que presque toutes les élévations de température chez les accouchées sont dues à une infection plus ou moins intense d'origine génitale. Aussi faut-il que *chez toute accouchée la température soit prise régulièrement matin et soir pendant toute la durée du séjour au lit.*

Combien doit durer ce séjour? Ce n'est en moyenne que du dix-huitième au vingt-cinquième jour, lorsqu'elle ne perd plus de sang et que l'utérus est redevenu organe pelvien, que la femme peut se lever sans grand inconvénient. Sans doute, ce n'est qu'à une époque plus tardive que l'involution utérine est complète; cependant lorsque par le palper abdominal on constate que l'utérus est redevenu complètement organe pelvien, c'est-à-dire lorsque son fond ne dépasse plus le plan du détroit supérieur, son involution est suffisante pour qu'il ne tire pas trop sur ses ligaments.

Il faut aussi tenir compte de l'éventration plus ou moins marquée qui existe entre le bord interne des muscles droits; tant que la sangle musculo-aponévrotique abdominale n'a pas repris sa tonicité, il est prudent de ne pas laisser les femmes se lever; on ne peut du moins les y autoriser qu'en les prévenant que, par suite du défaut de rétraction de cette sangle, l'abdomen restera volumineux. Chez certaines femmes qui présentent une éventration très marquée, il est utile de recourir au massage, à l'électricité, et de faire porter une ceinture abdominale en tissu élastique.

Si la femme continue à perdre du sang en assez grande quantité, ou si elle a présenté des accidents fébriles pendant les jours qui ont suivi l'accouchement, il est préférable de la maintenir quelques jours de plus au lit.

Lorsque la femme commence à se lever, il faut au moins que pendant une huitaine de jours elle prenne des précautions, ne reste pas trop longtemps debout et qu'à plusieurs reprises, dans la journée, elle garde la situation horizontale. Au bout de vingt-huit ou trente jours on peut l'autoriser à sortir et à reprendre ses occupations.

Ce n'est qu'après le retour de couches, c'est-à-dire après la première époque menstruelle qui suit l'accouchement, que les rapprochements sexuels peuvent être repris sans inconvénient.