

CHAPITRE IX

DES PHÉNOMÈNES QUI APPARTIENNENT AUX SUITES DE COUCHES.

Le temps des couches, ou suite des couches, *état puerpéral*, est l'espace nécessaire à l'utérus, aux organes génitaux et à toute l'économie, pour revenir à leur condition ordinaire, d'où la gestation les avait fait sortir. On peut distinguer les suites de couches en naturelles, en non naturelles ou morbides. Ces dernières comprennent toutes les maladies auxquelles les femmes en couches sont exposées : nous n'avons à nous occuper ici que des premières.

Une espèce d'accablement ou de lassitude, semblable à celle qu'on éprouve à la suite d'un exercice violent et immodéré, succède à l'agitation excitée par le travail. A peine dans son lit, la femme est assez souvent prise d'un frisson quelquefois porté jusqu'au claquement des dents ; mais bientôt l'action du pouls se réveille, la chaleur se ranime, la peau devient humide, une moiteur salutaire se déclare, l'ordre des fonctions se rétablit, et le plus grand calme, le sommeil le plus paisible, remplacent le trouble des instants précédents. Ce sommeil de la femme doit être respecté : toutefois il est bon qu'elle ne s'y livre que quelques heures après être accouchée, ou bien il faut, pendant ce sommeil réparateur, que le médecin surveille attentivement le pouls de la malade et l'état de l'utérus. Quelques femmes, en effet, ont été prises, pendant le sommeil, de pertes internes, et ne se sont réveillées qu'épuisées par l'épanchement du sang. Si donc, à cause de la rareté de cet accident, on ne doit pas, comme le conseillent quelques auteurs, empêcher la femme de dormir, il faut pendant ce sommeil la surveiller, ou tout au moins la faire surveiller par une garde intelligente.

A la suite de ce premier sommeil, il est bon que la femme soit quelques instants assise dans son lit pour prendre un bouillon. Cette position la délasse et facilite l'écoulement des lochies qui s'étaient accumulées dans le vagin.

La femme est d'autant plus affaiblie qu'elle a perdu plus de sang ou que le travail a été plus long.

La susceptibilité nerveuse est très-exaltée. La peau, dont l'activité avait diminué pendant la grossesse, reprend une vitalité plus énergique. Elle est molle, humide, et toujours couverte d'un peu de sueur pendant les huit premiers jours. Cette sueur est quelquefois très-abondante, surtout quand on couvre beaucoup la femme ; et il est alors très-ordinaire de la voir suivie d'une éruption miliaire et d'un sentiment fort vif de picotement. Ces éruptions étaient excessivement fréquentes lorsqu'on croyait utile de *pousser à la peau*, comme on le disait, et de faire forcément transpirer la femme en la chargeant de couvertures trop épaisses. Aujourd'hui, au contraire, elles sont assez rares ; et lorsqu'elles se montrent, on les fait disparaître facilement en diminuant les sueurs avec les précautions convenables.

Le pouls après l'accouchement devient simple et développé pour se ralentir bientôt après. Nous donnerons quelques détails à ce sujet, car l'examen du pouls

chez les nouvelles accouchées, une importance capitale ; en s'en tenant simplement aux indications qu'il donne on pourrait en effet diagnostiquer presque à coup sûr l'état de santé ou de maladie. Son étude offre donc à l'accoucheur des renseignements extrêmement précieux ; mais nous n'avons pas à indiquer ici les signes qu'il fournit dans les maladies puerpérales, nous exposerons seulement les modifications qu'il subit chez une nouvelle accouchée bien portante.

Nous rappellerons tout d'abord qu'en moyenne, chez les femmes adultes, le pouls bat environ soixante-quinze fois par minute, et qu'il s'accélère un peu pendant la grossesse (voyez page 132) et surtout pendant le travail (voyez page 272).

Immédiatement après l'accouchement le pouls tombe en partie, mais en général cet abaissement dans le nombre des pulsations est bientôt suivi d'une accélération de quelques heures de durée.

Après cette accélération passagère, très-souvent le pouls se ralentit de nouveau chez les femmes en couches bien portantes. Sans vouloir donner un chiffre destiné à exprimer la proportion exacte des femmes chez lesquelles on observe ce ralentissement du pouls pendant l'état puerpéral, je me contenterai de dire que c'est là un phénomène excessivement commun, qu'on rencontre d'une manière presque constante quand on veut le rechercher avec soin.

Ce ralentissement a été très-bien étudié et décrit par M. H. Blot, qui en a fait le sujet d'un mémoire que nous analyserons ici. (*Archives générales de médecine*, mai 1861.)

La limite extrême du ralentissement observé par M. Blot a été de trente-cinq pulsations par minute. « Mais il ne faudrait pas croire, dit cet auteur, que le ralentissement du pouls porté à ce degré soit fréquent, je ne l'ai rencontré que chez trois femmes. Entre ce chiffre de trente-cinq et celui de soixante-quinze, que nous acceptons comme exprimant la fréquence ordinaire, nous avons pu observer tous les degrés de ralentissement ; il est cependant deux nombres qui nous ont frappé par leur fréquence relative, ce sont ceux de quarante-quatre et cinquante-six. »

Le ralentissement du pouls peut durer d'un à douze jours ; en général, il persiste plus longtemps chez les multipares que chez les primipares. Chez ces dernières il dure rarement plus de trois jours, tandis que chez les multipares on l'observe souvent pendant quatre, six et sept jours.

L'époque à laquelle se montre le ralentissement varie un peu chez les différentes femmes ; le plus souvent c'est dans les vingt-quatre heures qui suivent l'accouchement qu'on le voit commencer. Dans les vingt-quatre heures qui suivent son début il devient plus prononcé, puis, après être resté un certain temps stationnaire, il disparaît progressivement pour faire place au pouls habituel à la femme.

Le ralentissement diminue et cesse même quelquefois complètement au moment où les seins deviennent le siège de la congestion qui précède la sécrétion laiteuse. Mais le plus ordinairement on observe une simple diminution dans le degré du ralentissement. Nous aurons l'occasion de revenir sur ce fait quand nous étudierons la sécrétion laiteuse et ce qu'on a décrit sous le nom de *fièvre de lait*.

Le ralentissement du pouls s'observe après l'avortement, après l'accouchement prématuré, spontané ou artificiel, comme après l'accouchement naturel et à terme.

Quand on observe le ralentissement du pouls chez une femme récemment accouchée, on peut être certain qu'elle est dans un état parfaitement normal. Au point de vue du pronostic, c'est donc un signe extrêmement favorable. Dans un hôpital de femmes en couches, la fréquence du ralentissement du pouls relativement au nombre des accouchées indique même d'une manière générale un état sanitaire excellent ; sa rareté, au contraire, doit faire craindre une mauvaise disposition dans la santé des nouvelles accouchées.

On est fort embarrassé pour trouver la cause du ralentissement du pouls. Il résulte cependant des expériences sphygmographiques de MM. Blot et Marey que le

ralentissement du pouls dans l'état puerpéral est, comme les autres ralentissements, en rapport avec un certain degré d'augmentation dans la tension artérielle, et les auteurs que nous venons de citer pensent qu'on peut expliquer cette tension par la suppression brusque et presque complète de la circulation qui s'effectuait dans les parois utérines pendant la grossesse. L'utérus une fois revenu lui-même, le sang qui traversait cet organe, trouvant cette voie supprimée, s'accumule dans le système artériel, et il en résulte une tension plus grande qui devient à son tour un obstacle à la systole ventriculaire, d'où le ralentissement temporaire du pouls. Plus tard l'équilibre se rétablit.

Quoi qu'il en soit de l'explication, le ralentissement du pouls n'en reste pas moins comme un fait positif, ayant une grande importance au point de vue clinique.

Étudions maintenant les modifications si importantes qui se passent du côté des organes génitaux : aux phénomènes d'hypertrophie qui caractérisent la grossesse succède l'atrophie qui, pendant l'état puerpéral, fait rentrer l'utérus dans son état normal.

Après la naissance de l'enfant, si l'on palpe les parois relâchées de l'abdomen, on sent la matrice formant au-dessus des pubis une tumeur volumineuse, qui diminue peu à peu les jours suivants. Tandis que chez les femmes maigres, celles surtout qui ont été mères plusieurs fois, la matrice présente encore au bout de quinze jours deux doigts de largeur au-dessus des pubis, son fond, chez les primipares, notamment celles qui ont beaucoup d'embonpoint, ne peut être senti d'une manière distincte après le huitième jour. Au bout de six semaines, elle est presque dans le même état qu'avant la grossesse, à cela près d'un peu plus de volume.

La diminution de volume, l'atrophie de l'utérus a été d'ailleurs étudiée avec tant de soins par le docteur Wieland, qui a noté jour par jour ses progrès, que nous ne pouvons mieux faire que de citer quelques fragments de son excellente thèse, qui sont intéressants au point de vue qui nous occupe.

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

Pendant chacun des jours suivants, la différence constatée oscille entre un demi-centimètre et un centimètre.

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

Pendant tout ce temps, la matrice, qui, dans la majorité des cas (79 sur 100), est située à droite, tend à revenir vers la ligne médiane.

Il s'en faut de beaucoup encore, quoique la main n'atteigne plus l'organe par la paroi abdominale, que l'utérus ait repris ses conditions primitives; le toucher vaginal, rectal, permet seul d'apprécier l'état dans lequel il se trouve.

La laxité des ligaments, la mobilité dont il jouit encore, la diminution du volume, lui ont permis de céder à l'action de la pesanteur; il s'enfoncé dans l'excavation; on constate que son segment inférieur, encore très-développé (il a approximativement de 4 à 5 centimètres de diamètre), a déprimé le cul-de-sac vaginal; le col est situé plus bas dans le vagin; par le rectum on sent encore sa face postérieure dure, convexe, offrant des dimensions considérables qu'on ne peut évaluer qu'à peu près; à ce moment, la résorption paraît se faire beaucoup plus lentement. En effet, ce n'est que huit ou dix jours plus tard qu'on peut constater une différence sensible; le volume a légèrement diminué, l'utérus déprime moins le cul-de-sac vaginal, il est plus mobile. Enfin, chez les femmes que j'ai examinées trois mois après l'accouchement, les conditions primitives, situation, forme, direction, consistance, mobilité, semblaient s'être rétablies, le volume m'a toujours paru un peu plus considérable.

Jamais l'utérus n'était revenu complètement à son état antérieur à la sixième semaine, ni au deuxième mois (Wieland).

La rapidité avec laquelle l'utérus tend, après l'accouchement, à revenir au volume et aux dimensions de l'état de vacuité, est au moins aussi surprenante que la rapidité avec laquelle s'est opérée l'énorme hypertrophie de cet organe pendant la grossesse. M. Retzius (de Copenhague), examinant les modifications diverses par suite desquelles s'opérait cette rapide absorption, croit pouvoir conclure de ses observations que celle-ci est précédée d'une transformation graisseuse des fibres musculaires. Kölliker a observé les mêmes faits.

Cette diminution du volume de l'utérus n'est pas toujours aussi régulièrement graduée que nous l'avons dit; lorsque la rétractilité a été faible après l'accouchement, les parois utérines conservent souvent une épaisseur considérable pendant quatre et cinq jours, et l'on voit le fond de l'utérus s'élever pendant tout ce temps à peu de distance de l'ombilic; la même remarque peut être faite à une époque plus éloignée de l'accouchement, lorsqu'il est survenu une inflammation du péritoine, de la muqueuse utérine ou des organes voisins. Il arrive encore qu'après avoir diminué, son volume augmente de nouveau pendant quelques heures, quelquefois même pendant un jour ou deux, pour revenir bientôt à son volume primitif. Je ne peux guère expliquer ce fait que par une congestion toute locale, qui n'aura pas été assez énergique pour produire une hémorrhagie active, mais qui aura borné son action à distendre, à engorger les vaisseaux utérins, et, par conséquent, à augmenter l'épaisseur des

parois. Peut-être aussi que ce volume anormal est dû, dans certains cas, à la présence des caillots de nouvelle formation. Quoi qu'il en soit, j'ai dû signaler ces anomalies, parce qu'elle me paraissent propres à induire en erreur un praticien peu expérimenté.

La face interne de l'utérus après l'accouchement, a été, dans ces derniers temps, étudiée avec beaucoup de soins par MM. Colin, Robin, Pajot, Béhier. On peut y distinguer deux parties d'aspect différent : l'une, très-étendue, était pendant la grossesse en rapport avec la caduque ; l'autre, moins large en surface, présente les traces de l'insertion du placenta. Nous étudierons successivement ces deux parties.

Quelques heures après l'accouchement, dit M. Colin, la face interne de la matrice est couverte de quelques caillots sanguins. Ceux-ci enlevés, on trouve une couche molle, humide, rougeâtre, qui tapisse toute la surface interne du corps de l'utérus à l'exception du point qui donnait attache au placenta. Si l'on grattait cette surface avec la lame d'un scalpel, on y enlèverait une couche épaisse de 1 à 2 millimètres, d'autant plus épaisse qu'on se rapprocherait davantage du milieu et du fond de l'organe : cette couche est d'un gris rougeâtre, friable ; elle se déchire comme une pseudo-membrane de formation assez récente, s'écrase de même sous le doigt. Au-dessous, on trouve le tissu musculaire blanc ou grisâtre, parfaitement distinct de cette couche, facile à reconnaître à sa couleur plus claire, à son apparence fibrillaire, à la direction transversale de ses fibres, et à sa consistance plus grande.

Il est démontré aujourd'hui que cette membrane est formée par une nouvelle muqueuse utérine en voie de régénération depuis le quatrième mois de la grossesse (voy. p. 141).

À la limite supérieure de la cavité du col cette membrane se termine par un bord déchiqueté, saillant au-dessus de ce dernier, et d'où se détachent de petits lambeaux, longs de 1 à 5 millimètres, de même nature que la couche qui tapisse la paroi utérine.

Quant à la cavité du col, on y trouve du mucus filant, transparent, un peu rougeâtre. La couleur de sa face interne varie beaucoup suivant le genre de mort, depuis le gris rose jusqu'au brun noirâtre. L'épaisseur de la muqueuse varie entre 1 et 2 millimètres ; elle est résistante et difficile à déchirer, quoique très-flexible et humide. Elle est restée parfaitement intacte, et n'a pas participé à l'exfoliation subie par celle du corps.

M. Colin a étudié la muqueuse utérine à une époque plus éloignée de l'accouchement. Ce n'est qu'à partir du neuvième jour environ qu'on trouve des cellules épithéliales à la surface de la muqueuse utérine en voie de régénération. Jusqu'au vingtième jour, sa trame, est principalement composée de corps fusiformes, de noyaux et de granulations ; vers le vingtième jour on y trouve des glandes et de nombreux vaisseaux capillaires. Ainsi, du vingt-huitième au trentième jour, la muqueuse est devenue rouge rosé ou gri-âtre, surtout au voisinage du col : lisse, humide, molle, mais résistant au courant d'eau, elle se laisse

racler en entier avec le scalpel, de manière à mettre à nu les fibres musculaires. Des vaisseaux nombreux, ayant au plus un tiers de millimètre, sortent du tissu musculaire pour se ramifier à l'infini dans son épaisseur. Au quarantième jour, cette membrane est d'un rouge un peu foncé, opaque, épaisse de 1 millimètre vers le fond ; demi-transparente, moins épaisse dans la partie inférieure du corps ; là elle se confond avec la muqueuse du col, qui n'offre plus rien de particulier. Elle est molle et se laisse facilement enlever par le dos du scalpel. Elle est parcourue par un réseau capillaire très-serré. Au soixante-sixième jour, elle est lisse, grise, parcourue par de petits vaisseaux : elle a bien la consistance d'une muqueuse, et le scalpel n'en détache plus qu'une pellicule légère, qui n'a plus l'aspect pulpeux de la substance qu'on en détachait précédemment.

Cette nouvelle muqueuse utérine, dont l'origine, suivant M. Robin, remonte au quatrième mois de la grossesse, est donc, après l'accouchement, le siège du travail réparateur qui doit constituer la muqueuse du col utérin. Quant à la muqueuse du col, elle ne tombe pas ; pendant la grossesse, elle ne fait que s'hypertrophier ; après l'accouchement, elle continue à montrer l'arbre de vie, mais modifié seulement dans sa forme.

Au point qui était occupé par l'insertion du placenta, la face interne de l'utérus présente, au contraire, une plaque saillante qui offre à l'œil une surface mamelonnée, arrondie, anfractueuse, saillante de 5 à 6 millimètres au-dessus du niveau environnant. Le sang coagulé s'enfoncé dans les anfractuosités, d'où il est difficile de l'extraire. C'est là la plaie placentaire.

Ces inégalités, regardées par quelques anatomistes comme des crêtes destinées à s'enfoncer entre les cotylédons du placenta, dépendraient, d'après Desormeaux, de l'excessive tension qu'ont subie, pendant la grossesse, les artères et surtout les veines, et de la lenteur avec laquelle ces vaisseaux reviennent sur eux-mêmes. Suivant M. Velpeau, elles seraient dues à ce que, chez les femmes mortes peu de temps après l'accouchement, la surface interne de l'utérus reste boursoufflée et comme fongueuse dans la portion qui correspondait au placenta. M. Jacquemier en donnait de son côté l'explication suivante : Le plan musculaire interne de l'utérus, dans tout l'espace occupé par le placenta, est perforé par un grand nombre de trous qui donnent un aspect particulier à cette partie de la face interne de la matrice et la rendent moins contractile ; aussi, à mesure que l'utérus se resserre, elle tend à faire hernie dans sa cavité, et lorsqu'il est arrivé à son état de repos, elle forme une tumeur ordinairement plus large que la paume de la main, à surface très-inégale, déchirée, comme spongieuse, faisant souvent un relief considérable. Les vaisseaux utéro-placentaires déchirés sont compris dans cette masse, qui les rend tortueux et presque inextricables. « Quoi qu'il en soit, il est bien important, ajoute M. Jacquemier, d'avoir présente à l'esprit cette disposition ; car la lecture attentive de plusieurs observations de délivrance contre nature m'a convaincu que, dans ce cas, on a confondu la tumeur formée par la couche la plus interne de l'utérus avec des fragments de placenta qu'on s'efforçait vainement, mais non sans danger, d'arracher. »

M. Robin a montré que cette plaque saillante est formée tout simplement par la muqueuse utéro-placentaire restée adhérente à la paroi utérine, sauf la mince couche superficielle qui a été entraînée par le placenta (voy. *Caducue et Placenta*).

Le retrait de l'utérus après l'accouchement rétrécit beaucoup l'étendue en surface de cette partie de la muqueuse. Elle est bientôt réduite à une largeur de 6 à 8 centimètres environ, et ce diamètre va toujours en diminuant. De circulaire qu'elle était pendant la grossesse, elle devient irrégulièrement ovale, à grand diamètre dirigé dans le sens de la longueur de l'utérus. Mais elle gagne en épaisseur ce qu'elle perd en longueur par le fait de la rétraction utérine. Quelques jours après l'accouchement, elle présente une épaisseur de 15 à 18 millimètres et même plus par places. En même temps sa surface devient plissée, rugueuse, comme mamelonnée; son tissu devient brunâtre rougeâtre; il se ramollit peu à peu, prend une consistance pultacée ou muqueuse. Les bords saillants, irréguliers, de cette plaque se continuent avec la mince muqueuse nouvelle qui tapisse le reste de l'utérus.

Il n'est pas rare d'apercevoir à la surface de la plaque que nous venons de décrire des orifices vasculaires bouchés par des caillots rougeâtres ou décolorés. Si l'on poursuit, par la dissection, ces caillots dans la profondeur de la membrane, on est bientôt conduit jusqu'aux sinus utérins sous-jacents. On est frappé de l'aspect caverneux que donnent à cette couche les anastomoses membraneuses de ses vaisseaux; on remarque en même temps que son épaisseur et les saillies qu'elle fait à la face interne de l'utérus sont dues principalement aux caillots sanguins qui remplissent et distendent plus ou moins les sinus. Une fois ceux-ci vides, les intervalles qui les séparent sont peu considérables.

Les caillots se décolorent et diminuent peu à peu, mais on les retrouve jusqu'au vingtième jour après l'accouchement, et souvent bien au delà. La trace même de la sérotine s'atrophie, et finit par se continuer avec la muqueuse de nouvelle formation, avec laquelle elle se confond bientôt. Il est toutefois des femmes chez lesquelles la muqueuse reste pendant plusieurs années plus épaisse et plus saillante qu'ailleurs. C'est donc à tort qu'on a admis jusqu'ici que la sérotine est entraînée avec le placenta, ou qu'elle s'exfolie et s'élimine pendant la durée des lochies. (Robin.)

Dans les autopsies de fièvre puerpérale, la couche rugueuse à surface floconneuse, noirâtre, pultacée, que forme la sérotine, a souvent été prise pour des restes du placenta, adhérents à l'utérus et en voie de décomposition, par des personnes qui n'étaient pas au courant des faits précédents.

En résumé : au moment de l'accouchement il existe déjà une muqueuse de nouvelle formation, encore très-mince, entre la couche musculaire de l'utérus et la caduque pariétale. Cette nouvelle muqueuse commence à naître au quatrième mois, mais elle ne se développe pas entre la couche musculaire et la muqueuse utéro-placentaire. Enfin, quand le placenta se détache, la plus grande partie de la sérotine reste adhérente à l'utérus. Cette muqueuse utéro-placentaire ne mérite donc pas le nom de caduque, elle persiste toujours et ne fait que diminuer peu à peu d'épaisseur jusqu'à ce que son niveau ait atteint celui de la muqueuse qui se régénère.

M. le professeur Stoltz a étudié avec beaucoup de soin les modifications du col après l'accouchement; nous extrayons de son excellente thèse le passage suivant : « Aussitôt que le fœtus est né, le col se forme de nouveau, au moins en partie; l'orifice externe est largement dilaté, ses bords sont mous, très-inégaux; on y pénètre facilement avec un ou plusieurs doigts. C'est l'orifice interne qui résiste le plus; on peut s'en assurer quand on introduit la main dans la matrice; elle

passé avec difficulté, et seulement quand on a dilaté progressivement l'orifice interne. Celui-ci est quelquefois assez fermé pour faire croire à ceux qui veulent porter la première fois la main dans l'utérus, qu'ils y sont, quand, arrivés dans le vagin, ils trouvent une cavité assez large et point d'ouverture qui les conduise plus loin. Les caillots de sang qui se ramassent à la partie supérieure du vagin et autour du col ajoutent encore à cette confusion.

L'orifice interne, qui s'est formé après l'expulsion du fœtus, ne présente que peu de résistance : aussi a-t-il à peine besoin de se dilater de nouveau pour laisser passer le placenta : il cède facilement. La délivrance opérée, la matrice se contracte; le col prend plus de consistance et de longueur; mais il est obligé de s'entr'ouvrir encore à plusieurs reprises pour laisser passer des caillots de sang plus ou moins nombreux. Pendant les suites de couches, il revient peu à peu à sa grandeur naturelle; quelquefois même il est plus long; mais il acquiert plus ou moins sa disposition ordinaire, à mesure qu'il reprend toute sa consistance.

A la fin des trente premiers jours, il a repris le plus souvent les dimensions qu'il avait avant la gestation; quelquefois pourtant il est un peu plus raccourci : il a presque autant de consistance; toutefois, la partie inférieure nous a paru plus ramollie. Il n'a plus conservé sa forme conique; mais, son sommet étant devenu plus gros, il offre la forme d'un cylindre. Les lèvres présentent, en général, des échancrures d'autant plus nombreuses que les femmes ont eu déjà plus d'enfants et que l'accouchement a été laborieux. La fente transversale est plus profonde et plus angulaire. Chez les femmes qui ont eu beaucoup d'enfants, le sommet du col est quelquefois plus gros que la base : il est beaucoup plus court, et quelquefois partagé en deux lèvres plus ou moins plates, larges et inégales. L'antérieure est plus longue que la postérieure; dans certains cas, celle-ci semble avoir été détruite en entier. D'autres fois, la lèvre postérieure est très-prononcée, et à peine sent-on l'antérieure. Il existe, d'ailleurs, sur ce point presque autant de variétés que de sujets différents.

Le vagin se raccourcit; les rides, effacées pendant le dernier temps de l'accouchement, reparaissent peu à peu, mais lentement. L'orifice de ce conduit et la vulve reprennent aussi leur état primitif. D'abord les grandes lèvres sont minces et distendues ainsi que le périnée, et la partie postérieure du contour de la vulve est flasque, froncée et proéminente en dehors. Quelquefois il existe des éraillures de l'épiderme, quelquefois de véritables déchirures qui occasionnent un sentiment de cuisson. Après un premier accouchement, la fourchette est presque infailliblement rompue.

Les ligaments larges semblent se reformer par le rapprochement des deux feuillets qui les constituent : les ligaments ronds se raccourcissent et se resserrent.

Les muscles abdominaux et les téguments du ventre, d'abord flasques et mous, et n'exerçant qu'une pression très-imparfaite sur les viscères et les vaisseaux de cette cavité, se rétractent; mais cette rétraction est souvent incomplète chez les femmes à fibre molle, ou qui ont eu beaucoup d'enfants.

La rétraction lente et graduée de l'utérus s'opère quelquefois sans douleur et sans que la femme en ait conscience : dans certaines conditions seulement, elle

s'accompagne de douleurs intermittentes qui ont beaucoup d'analogie avec les douleurs du travail de l'enfantement. On les appelle *tranchées* ou *coliques utérines*. Il se fait en même temps, par la vulve, un écoulement plus ou moins abondant, écoulement d'abord constitué par du sang pur, puis par du sang mêlé à un liquide blanc, et qui finit par être une liqueur blanche et séro-purulente. Ces écoulements ont reçu le nom de *lochies*. Enfin, pendant les premiers jours, commence une fonction toute nouvelle, qui peut être considérée comme le complément des fonctions puerpérales : c'est la sécrétion laiteuse, dont le début s'accompagne quelquefois de phénomènes généraux, qu'on décrit ordinairement sous le nom de *fièvre de lait*. Nous avons à examiner ces trois principaux phénomènes des suites de couches.

§ I. — Des tranchées utérines.

Ces coliques ou tranchées utérines sont évidemment dues à la contraction de l'utérus; il suffit, pour s'en convaincre, de placer la main sur la région hypogastrique au moment où la femme s'en plaint le plus fortement, pour sentir que la matrice se durcit. Elles sont beaucoup plus fréquentes et plus intenses chez les femmes qui ont eu déjà plusieurs enfants que chez les primipares, après un accouchement très-facile qu'après un accouchement long et pénible; quand l'utérus renferme un corps étranger, tel que caillots ou portion du délivre ou des membranes, que lorsque sa cavité est complètement désempie. Toutes ces différences seront facilement comprises, si l'on réfléchit que ces contractions ont pour but d'exprimer de l'épaisseur des parois utérines les liquides dont ces parois restent engorgées après l'accouchement, et d'expulser de sa cavité tous les corps étrangers qui y sont retenus; que, dans les accouchements trop prompts, l'utérus, trop rapidement désempie, ne revient pas aussi complètement sur lui-même, permet au sang de se coaguler et de s'accumuler dans son intérieur; qu'enfin, l'action alors très-faible de la contractilité du tissu n'exprime que très-imparfaitement les fluides contenus dans l'épaisseur des parois.

Les tranchées commencent le plus souvent peu de temps après la délivrance. D'abord faibles et rares, elles deviennent plus fréquentes et plus douloureuses; au moment où elles se manifestent, le globe utérin se resserre, devient plus dur, plus résistant, quelquefois même il semble se soulever en prenant un point d'appui sur le plan postérieur de l'abdomen, et fait saillie, sous la forme d'une tumeur globuleuse, à travers les parois abdominales. Ordinairement, vers la fin ou à la suite de chaque douleur, l'écoulement des lochies est plus abondant; assez souvent il s'échappe par la vulve quelques petits caillots. Lorsque l'utérus contient un caillot volumineux, les tranchées deviennent de plus en plus vives jusqu'à ce qu'il soit expulsé; après quoi elles diminuent beaucoup. Le plus souvent elles cessent pendant la sécrétion laiteuse; cependant elles peuvent durer pendant les sept ou huit premiers jours. Il n'est pas rare de les voir se produire avec force au moment où l'enfant saisit le mamelon pour teter. Quelquefois, après avoir complètement cessé, elles se réveillent, elles sont suivies de l'écou-

lement d'un peu de sang par la vulve, ou de l'expulsion d'un caillot ou d'une portion de membrane restée dans l'utérus, et tout rentre dans l'ordre. Les tranchées s'accompagnent quelquefois d'une douleur assez vive pour arracher des cris aux malades, et quelques femmes affirment que leurs douleurs sont plus fortes qu'au moment de l'accouchement.

Il est très-important de bien distinguer les coliques utérines des douleurs causées par une inflammation péritonéale : heureusement que cela est facile. En général, les tranchées utérines, quelque fortes qu'elles soient, sont intermittentes et séparées par un calme plus ou moins long; la douleur qu'elles causent est plutôt soulagée qu'augmentée par la pression; elles sont suivies ou accompagnées d'un peu plus d'abondance dans l'écoulement lochial. Pendant leur durée, il y a absence de mouvement fébrile. Enfin, lorsque l'enfant saisit le mamelon, surtout lorsque celui-ci est le siège de quelque ulcération, la douleur qu'il détermine produit souvent le développement d'une tranchée; et, seule, cette circonstance a suffi pour les faire reparaitre, même quand elles étaient suspendues depuis plusieurs heures. Ces caractères différentiels suffisent : malheureusement, ils ne sont pas toujours aussi tranchés. Ainsi, quand les coliques sont très-vives et très-rapprochées, elles laissent après elles, et durant l'intervalle qui les sépare, un endolorissement, quelquefois même une véritable douleur assez vive dans l'hypogastre, et souvent alors elles s'accompagnent d'un peu de fièvre. Il y a toujours, cependant, une rémittence qui, jointe à l'absence des autres signes d'une inflammation péritonéale, peut aider à distinguer leur nature.

Le docteur Dewees a eu occasion d'observer plusieurs fois une douleur toute différente de celles causées par les tranchées utérines, et qui se manifeste presque immédiatement après la délivrance. C'est une très-vive douleur que les malades disent ressentir à la partie inférieure du sacrum et au coccyx. Elle commence aussitôt après que l'enfant est né, et continue sans interruption avec une affreuse intensité. Au dire des malades, ces douleurs sont beaucoup plus fatigantes que les tranchées; car elles sont au moins aussi énergiques et, de plus, elles sont continues, ce qui les en distingue facilement. Le camphre uni à l'opium lui a paru le moyen le plus propre à calmer ces douleurs.

Les tranchées utérines dont nous venons de parler, sont quelquefois assez intenses pour attirer l'attention du médecin, et si, dans le cas de rétention d'un corps étranger, elles peuvent être utiles, elles sont tellement incommodes qu'il serait certainement sage de chercher à les prévenir. On y parvient souvent, dit Dewees, en prenant les précautions suivantes : 1° Ne rompre les membranes que lorsque le col est complètement dilaté; 2° après l'expulsion de la tête, ne faire aucune traction, et laisser l'utérus expulser les épaules et le tronc; 3° n'opérer l'extraction du délivre qu'après s'être assuré de la rétraction complète de l'utérus; 4° enfin, après la sortie du placenta, solliciter, irriter la matrice, afin de forcer les fibres musculaires à se contracter autant que possible. Il est facile de comprendre que ces moyens n'agissent qu'en sollicitant la rétraction lente et complète des parois utérines, au fur et à mesure que les parties qu'elles contenaient sont expulsées.

Dans le même but, j'ai l'habitude, chez les femmes qui ont eu beaucoup de coliques après leurs accouchements antérieurs, d'administrer immédiatement après la délivrance quelques grammes de seigle ergoté en trois ou quatre doses. Ce médicament m'a paru, dans beaucoup de cas, prévenir le retour des tranchées utérines ou du moins en diminuer la violence. Lorsque la matrice se rétracte faiblement, il m'a semblé utile de joindre au seigle ergoté une compression sur le globe utérin. Je l'exerce avec le bandage abdominal ordinaire; mais, pour qu'elle soit plus active, j'ai l'habitude de placer deux ou trois serviettes non dépliées sur le fond de l'organe, et je les maintiens avec une azèle fortement serrée tout autour du corps.

Si ces tranchées sont peu marquées, il n'y a rien à faire; si, au contraire, elles ont une grande intensité, le médecin ne peut pas rester inactif: on commencera par appliquer des cataplasmes émollients et chauds sur le ventre. (Bien entendu qu'on n'aurait pas recours à ce moyen si la femme avait eu une perte, ou en était menacée.) On pratiquera quelques lotions laudanisées sur le ventre, et l'on arrosera les cataplasmes avec du laudanum. Le meilleur moyen, un moyen pour ainsi dire héroïque, consiste à donner un lavement de vingt à quarante gouttes de laudanum de Sydenham dans une aussi petite quantité de véhicule que possible. Un autre médicament dont Dewees dit avoir retiré de grands avantages, c'est la potion suivante: Camphre, 4 grammes dans une potion de 180 grammes, une cuillerée toutes les heures. Lorsque la potion est difficilement prise par la malade, il la remplace en administrant, toutes les heures ou toutes les demi-heures, 50 centigrammes de camphre en poudre, qu'il mélange avec un sirop quelconque. Si les tranchées étaient accompagnées de phénomènes de pléthore générale, on devrait pratiquer une saignée du bras. Enfin, si l'on soupçonnait la présence de caillots volumineux ou de quelque reste des membranes dans l'intérieur de la cavité utérine, on porterait un ou deux doigts dans le col pour les saisir, ou du moins solliciter leur expulsion. Peut-être est-ce dans ce dernier cas seulement qu'a réussi le seigle ergoté vanté par MM. Crozat et Velpeau, contre les tranchées utérines.

§ II. — Des lochies.

Parmi les excréments qui ont lieu à la suite de l'accouchement, les *lochies* sont certainement les plus intéressantes à étudier; on donne ce nom aux matières qui s'échappent de la vulve depuis le moment de la délivrance jusqu'à ce que la matrice ait repris son volume et sa consistance normale. Immédiatement après la délivrance et l'issue du flot qui l'accompagne, tout écoulement de sang est suspendu, probablement parce que celui qui transsude de la surface de l'utérus s'accumule dans la cavité de cet organe; mais bientôt du liquide pur commence à couler. Ce sang est riche en leucocytes. Au bout de douze à quinze heures, ce sang perd de sa consistance, sa couleur devient moins foncée, et, après quelque temps, il ne s'écoule plus que de la sérosité sanguinolente. A la fin du premier jour, le liquide qui s'écoule ne contient plus qu'un tiers environ de globules

rouges; les autres éléments sont des globules blancs en nombre un peu moindre que les globules rouges, et des cellules épithéliales en grand nombre. Le liquide qui tient tous ces éléments en suspension est parsemé de granulations moléculaires grisâtres et de granules graisseux. A partir du deuxième jour, les globules blancs augmentent de nombre pendant que les globules rouges diminuent et finissent même par disparaître. La sécrétion laiteuse survient bientôt, et l'écoulement des lochies est souvent alors complètement suspendu; chez certaines femmes il est seulement diminué. Lorsque la sécrétion laiteuse est terminée, les lochies sanguinolentes reparaissent pendant les quatre à cinq jours qui suivent la fièvre de lait, mais avec des caractères très-différents, suivant les individus; ainsi, chez un certain nombre de femmes, surtout parmi celles qui ont ordinairement des règles très-abondantes, on les voit reparaître, sauf la quantité, avec les mêmes caractères physiques qu'avant la fièvre de lait; elles sont encore constituées par du sang pur, et offrent même parfois de petits caillots assez nombreux; mais chez la plupart, pourtant, elles deviennent de plus en plus séreuses, et contiennent encore çà et là quelques stries sanguinolentes ou sont un peu colorées en rouge par du sang, dont la quantité diminue à mesure qu'on s'éloigne du jour de l'accouchement. Le plus ordinairement, vers le huitième jour, il n'y a plus de sang, et les lochies sont composées d'un liquide blanc jaunâtre et plus ou moins épais. Elles continuent ainsi pendant quinze jours, trois semaines ou un mois. Chez quelques femmes qui n'allaitent pas, elles ne cessent qu'à l'époque où les règles reparaissent, ce qui a lieu six semaines ou deux mois après l'accouchement et ce qu'on appelle le *retour des couches*.

Les lochies ont été distinguées, d'après leur couleur, en lochies *sanguinolentes*, lochies *séreuses*, et lochies *laiteuses*, *puriformes* ou *purulentes*. A mesure que l'utérus revient sur lui-même, ses parois se dégorgent par degrés des fluides dont elles sont imbibées. Ces fluides se portent vers sa cavité. Tant que les gros canaux utérins ne sont pas vides, ce n'est que du sang qui s'écoule; plus tard, c'est de la sérosité qui se combine avec les détritres de l'œuf et les mucosités de l'organe; plus tard, enfin, il s'établit une véritable irritation suppuratoire, dont le produit, analogue sous quelque rapport aux écoulements non contagieux de l'urèthre, constitue en grande partie les lochies blanches ou purulentes.

Les lochies ont une odeur *sui generis*, odeur des couches, *gravis odor puerperii*. Cette odeur est plus ou moins forte, suivant les individus, et suivant aussi les soins de propreté. A l'odeur des lochies se joint aussi l'odeur de la transpiration et du lait qui, en suintant du mamelon, imbibe les linges et s'y aigrit. Quelquefois les lochies deviennent fétides. Cette circonstance, quand elle n'est pas due à la malpropreté, est toujours un signe fâcheux; elle annonce le plus souvent que des caillots ou quelque autre substance se putréfient dans l'utérus. Lorsque l'écoulement a une couleur de café et une odeur cadavéreuse, il est presque toujours l'indice d'une inflammation de la matrice ou du vagin qui s'est terminée par gangrène. Lorsque la femme est atteinte d'un carcinome de la matrice, les lochies ressemblent à de la lavure de chair, et ont une odeur très-nauséabonde. Dans tous ces cas, il faut pratiquer plusieurs fois par jour des in-

jections aromatiques, telles qu'une infusion de fleurs de sureau et de camomille, qu'on peut encore rendre plus efficaces en y ajoutant un liquide désinfectant.

L'abondance et la durée des lochies sont très-variables. En général, les femmes salissent dix à douze serviettes dans les premières vingt-quatre heures, huit dans la deuxième journée, six dans la troisième, quatre dans la cinquième, et deux dans les journées suivantes. Après la fièvre de lait, l'écoulement diminue de plus en plus. Leur quantité est, pour l'ordinaire, en proportion de celle de l'évacuation menstruelle. Elles sont, en général, plus copieuses chez les femmes qui ont eu plusieurs enfants, ou qui font usage d'un régime trop nourrissant ou échauffant, et chez celles qui n'allaitent pas. L'abondance des lochies sanguinolentes, dans les premiers jours, varie encore beaucoup suivant la force de rétraction dont étaient douées les parois utérines immédiatement après ou pendant la délivrance : ainsi, elles sont parfois très-abondantes, et coïncident souvent alors avec un développement considérable de l'utérus. J'ai vu dans ces cas la matrice s'élever jusqu'au-dessus de l'ombilic plusieurs jours encore après l'accouchement. Cet état, que Leroux appelle engorgement humoral, tient, suivant lui, à ce que les vaisseaux et porosités de la matrice gorgés de sang ne se vident pas assez vite, parce que la contractilité du tissu n'est pas assez énergique. Les parois de la matrice constituent une véritable éponge dont les mailles, formées de fibres musculaires, ont besoin de se rétracter fortement pour en exprimer tous les liquides renfermés dans les vaisseaux et les vacuoles qu'elles forment. Si cette contraction n'est pas assez violente, les parois restent engorgées, conservent une épaisseur anormale qui augmente singulièrement le volume de l'utérus, bien que sa cavité soit complètement effacée. Bientôt, cependant, l'action de la contractilité du tissu se réveille, et les fibres musculaires, en se contractant, compriment violemment les vaisseaux qui rampent entre elles, les aplatissent et forcent les liquides qui ont alors séjourné dans leur cavité à s'épancher dans l'intérieur de l'utérus, d'où ils s'écoulent à l'extérieur en assez grande quantité. Il est possible alors de considérer cette augmentation dans l'écoulement des lochies, comme une perte occasionnée par la rétention d'une portion du délivre, ou tout au moins de caillots volumineux, d'autant mieux qu'il s'y joint parfois de fortes tranchées ; mais si l'on parvient à introduire un doigt dans l'utérus, on s'assure qu'il ne contient aucun corps étranger, et si, en même temps, on place l'autre main sur la paroi hypogastrique, on s'assurera facilement que le volume de l'organe tient uniquement à l'engorgement de ses parois. Dans ces cas, il n'y a rien à faire : l'écoulement sanguin est lui-même le meilleur remède. Son abondance dégorge peu à peu les parois utérines, diminue les tranchées, et la matrice reprend peu à peu son volume naturel. Cette lenteur de rétraction prolonge aussi la durée des lochies sanguines. Le même résultat a lieu lorsqu'une inflammation plus ou moins violente envahit une des couches de l'utérus ou le tissu cellulaire péri-utérin.

On conçoit très-bien que de cette paresse des fibres utérines, de ce défaut de ressort, comme l'appelait Leroux, à l'inertie plus ou moins complète, il n'y a

qu'un pas, et qu'une hémorrhagie secondaire pourrait bien être la conséquence de cette absence de contractilité, si elle était portée jusqu'au relâchement.

La transformation purulente des lochies se produit aussi à une époque qui peut singulièrement varier. Sur trente-sept femmes observées par M. Béhier, dont les suites de couches étaient régulières, elle survint le troisième jour neuf fois, le quatrième jour quatre fois, le cinquième jour dix fois, le sixième jour six fois, du septième au dixième jour sept fois. Enfin, sur une femme qui était dans l'état le plus régulier, c'est le seizième jour seulement que l'écoulement lochial eut l'apparence franchement puriforme. (Béhier, *Clinique médicale.*)

L'allaitement diminue la durée et la quantité des lochies. Certaines femmes n'en ont que quelques heures (Van Swieten) ; quelques-unes n'en ont pas du tout (Millot). J'ai tout récemment (1855) observé le même fait chez la jeune femme d'un de nos confrères. Après un accouchement des plus faciles et des plus heureux, les lochies furent presque complètement supprimées. Elle perdit à peine quelques cuillerées de sang dans les premières vingt-quatre heures, mais à dater du second jour il ne s'écoula plus aucun liquide des parties génitales, et le mari, qui tous les jours examinait avec le plus grand soin tous les linges, m'a assuré n'avoir pu constater la plus petite trace d'écoulement lochial. Je m'en suis moi-même plusieurs fois assuré. Les suites de couches furent du reste très-heureuses. Seulement, pendant les sept ou huit premiers jours s'exhalait des parties génitales une odeur très-fétide. Après nous être assuré qu'il n'existait dans l'utérus aucun corps étranger, nous conseillâmes simplement quelques injections fréquemment répétées, et tout se passa bien. Cette jeune dame venait d'accoucher pour la seconde fois, et après son premier accouchement l'écoulement lochial avait été parfaitement régulier.

Les lochies furent remplacées par une hématoméose chez une dame citée par M. Velpeau, et observée par M. Bruckmann.

Les lochies sanguinolentes se prolongent quelquefois bien au delà du terme ordinaire ; elles reparissent parfois à différents intervalles, ce qui, en l'absence d'une inflammation de l'utérus ou de ses annexes, tient ordinairement à quelque écart de régime, et en particulier à ce que les femmes se sont levées trop tôt. Le meilleur moyen est de leur faire garder le lit. Au bout de quelque temps, les lochies ne coulent plus continuellement : on observe d'abord des intervalles de plusieurs heures, puis d'un jour, et quelquefois de deux.

Lorsque, malgré cette précaution, l'écoulement sanguin persiste encore deux ou trois semaines après l'accouchement, on doit en chercher la cause dans une altération locale de l'utérus et des parties voisines, ou dans un état général de maladie.

Il n'est pas rare, par exemple, de voir les lochies sanguines entretenues par une phlegmasie péritonéale circonscrite, une inflammation de la muqueuse utérine, un engorgement aigu ou chronique d'un ou des deux ovaires, un phlegmon des ligaments larges, de la fosse iliaque ou du tissu cellulaire péri-utérin. Le diagnostic des diverses affections est d'abord important à établir ; car c'est à

elles qu'il faut s'attaquer pour faire cesser l'écoulement, qui n'est ici qu'un symptôme de la maladie.

Plus souvent peut-être, la persistance des écoulements rouges est liée à une ulcération plus ou moins étendue du col de l'utérus, ulcération qui a eu pour point de départ, dans bien des cas, les déchirures qui se font au moment de l'accouchement, et dont une circonstance, difficile à apprécier, aura empêché la cicatrisation. Quand donc on se sera assuré qu'il n'existe dans la région hypogastrique ou pelvienne aucun symptôme d'engorgement ou de phlegmasie, il faudra examiner la femme au spéculum, en ayant soin d'écarter les lèvres du col avec les valves de l'instrument, et très-souvent on découvrira, soit sur le museau de tanche, soit à l'intérieur de la cavité du col, une ulcération fongueuse et saignante. Le seul moyen de faire cesser la perte sera alors de cautériser avec l'azotate d'argent, le nitrate acide de mercure, et même, si les fongosités sont très-saillantes, avec le cautère actuel. Ces cautérisations devront, dans quelques cas, être répétées plusieurs fois.

Parmi les causes de ces lochies anormales, nous devons encore noter une irritation toute locale, entretenue elle-même par une constipation trop opiniâtre. C'est alors aux purgatifs qu'il faut avoir recours.

Quelquefois il n'existe aucune lésion appréciable, et l'écoulement paraît évidemment lié à une surexcitation générale de tout l'organisme. Celle-ci se manifeste par de la chaleur à la peau, de la plénitude du pouls, quelques mouvements fébriles vers le soir, de l'agitation pendant le sommeil. Malgré la faiblesse apparente de la malade, il faut bien se garder, dans ce dernier cas, d'avoir recours aux toniques, malheureusement trop souvent employés : c'est, au contraire, une médication antiphlogistique modérée qui convient. Une légère saignée du bras, de doux laxatifs, une alimentation végétale et peu abondante, seront conseillés avec succès : on aura soin de proscrire toute boisson excitante ou même tonique ; et ce n'est qu'après avoir calmé cette irritation générale qu'on s'occupera de relever les forces de la malade par des moyens appropriés.

Dans quelques cas rares, pourtant, cette abondance et cette persistance de l'écoulement sanguin semblent être entretenues par la débilité générale. L'absence des phénomènes généraux dont nous venons de parler permettra de recourir tout de suite à la médication tonique : les infusions de quinquina, le sulfate de fer, peuvent alors rendre des services réels. (Voyez à la cinquième partie l'article consacré à l'hémorrhagie secondaire.)

Les lochies blanches ou purulentes deviennent parfois très-abondantes, et acquièrent en même temps une odeur excessivement désagréable. L'écoulement cesse d'être coloré par du sang ; mais il se présente sous l'aspect d'une eau rousseâtre qui coule en grande quantité, et quelquefois même s'échappe par jet. Souvent même ces eaux sont tellement âcres, qu'elles enflamment les parties sur lesquelles elles coulent. Les femmes sont presque toujours très-affaiblies par cette évacuation, et l'état général réclame évidemment l'emploi des toniques. Les parties irritées seront souvent lotionnées avec de l'eau ; des injections de camomille, rendues plus tard un peu astringentes, seront poussées dans le vagin

cinq ou six fois par jour. On pourrait aussi y mélanger avec avantage quelques cuillerées de chlorure de sodium. Mon ami le docteur Casaubon m'a dit avoir observé plusieurs cas semblables.

Ces lochies purulentes se prolongent aussi parfois bien au delà du terme ordinaire. Cette circonstance est quelquefois liée à une des causes que nous avons dit produire la persistance anormale de l'écoulement sanguin ; mais le plus souvent elle m'a paru tenir à l'existence d'une métrite catarrhale ou d'un phlegmon péri-utérin. Ces deux circonstances peuvent s'opposer au retrait graduel de l'utérus, et celui-ci conserve encore, un mois ou six semaines après l'accouchement, un volume considérable : les larges vésicatoires volants appliqués sur le ventre, les bains alcalins souvent répétés, et, pour peu qu'il y ait de la fièvre, que l'état des forces le permette, la saignée du bras, m'ont paru alors être les moyens les plus efficaces.

La suppression des lochies, bien avant l'époque à laquelle elles cessent ordinairement, n'est un phénomène fâcheux que lorsqu'il semble se lier au développement d'une affection inflammatoire grave, ou qu'il est remplacé, comme dans le cas que nous avons cité, par une hémorrhagie supplémentaire ; il doit alors appeler toute l'attention du médecin ; mais, dans le cas contraire, on ne doit pas s'en inquiéter, car il est la preuve d'une rapide et violente rétraction des parois utérines, ce qui est une condition favorable.

§ III. — De la sécrétion lactée.

Un des phénomènes les plus importants parmi ceux qui appartiennent aux suites de couches est celui de la sécrétion lactée, que l'on désigne habituellement sous le nom de *fièvre de lait*.

Nous avons déjà vu, en étudiant les modifications imprimées à tout l'organisme par la grossesse, que chez la plupart des femmes, et cela dès le début de la gestation, les mamelles se tuméfiaient, que ce gonflement persistait, et que quelquefois, longtemps avant l'accouchement, elles devenaient le siège d'une sécrétion assez abondante. Après l'accouchement, les mamelles fournissent, sous l'influence de la succion, un liquide de couleur jaunâtre, un peu plus épais que celui qui, chez quelques femmes, s'échappe pendant les derniers mois de la grossesse. Ce liquide a une saveur sucrée ; on le désigne sous le nom de *colostrum*. Il conserve ces qualités pendant vingt-quatre heures ; mais après ce temps il devient plus blanc. Au bout de quarante à soixante heures, les mamelles se tuméfient beaucoup ; les veines sous-cutanées sont plus gonflées que pendant la grossesse : on les aperçoit à travers la peau. Les seins se durcissent d'une manière très-manifeste. La sécrétion lactée chez les femmes bien portantes ne s'accompagne pas habituellement de fièvre ; c'est à peine si pendant qu'elle s'effectue le ralentissement du pouls est diminué. (Voy. page 417.)

Cependant, lorsque ce gonflement des mamelles est considérable, il peut se manifester de la céphalalgie ; quelquefois, mais rarement, quelques légers frissons, plus souvent de la chaleur, de la sécheresse à la peau, sécheresse qui, au

bont de quelques heures, est remplacée par une sueur très-abondante; il y a de la soif; l'appétit se perd, la langue est légèrement blanchâtre; le pouls s'accélère, et, d'abord petit et serré, il devient bientôt large et souple; la face est rouge et animée. M. Pajot professe que rarement le nombre de pulsations s'élève au-dessus de 100 par minute. Cela est généralement inexact, mais il y a des exceptions, des susceptibilités particulières, et M. Béhier a compté jusqu'à 130 pulsations chez une femme dont les couches étaient très-régulières. Pendant ce mouvement fébrile, qui est ordinairement assez léger, le gonflement des mamelles augmente toujours de plus en plus, et s'étend jusqu'au creux axillaire; le tissu cellulaire environnant y participe. La femme ne peut pas rapprocher les bras du corps et les tient écartés. La peau est quelquefois tellement tendue, qu'elle devient douloureuse et gêne les mouvements d'inspiration de la poitrine. Nous avons déjà dit que l'écoulement des lochies avait complètement cessé, ou était au moins considérablement diminué.

La durée de la fièvre de lait est de douze, vingt-quatre, trente-six, rarement quarante-huit heures; puis ensuite tout se calme. Quelquefois, cependant, la fièvre paraît se prolonger pendant trois ou quatre jours; mais assez souvent elle est alors liée à une phlegmasie profonde ou présente bientôt une intermittence très-marquée, et peut dégénérer en véritable fièvre intermittente, dont le sulfate de quinine fait assez promptement justice. La fréquence du pouls est, en général, modérée, et, toutes les fois que le chiffre de ces pulsations est au-dessus de 100 par minute, on doit en rechercher la cause ailleurs que dans la sécrétion mammaire.

Les auteurs ont observé que les primipares ont moins de fièvre de lait que les autres: il en est de même des femmes qui, peu de temps après l'accouchement, ont commencé à allaiter leurs enfants. Chez celles-ci, il n'est même pas rare qu'elle manque complètement. Enfin, certaines femmes, même parmi celles qui ne nourrissent pas, n'ont pas du tout de fièvre de lait, malgré une tuméfaction considérable des seins et une sécrétion laiteuse abondante. Ce fait est beaucoup plus commun qu'on ne le pense généralement, et, pour ma part, j'ai eu occasion de le faire souvent constater aux élèves. Mais je suis loin pourtant de considérer tout mouvement fébrile survenant chez une femme en couches, même au moment où commence la sécrétion laiteuse, comme l'indice d'une phlegmasie apparente ou cachée. Rien de plus simple, en effet, que d'attribuer à la tuméfaction et à la douleur dont les glandes mammaires sont le siège, la réaction générale qui les accompagne, et diminue ou cesse dès que les seins ont diminué, ou dès que l'organisme s'est familiarisé avec ce nouvel état.

Il est quelques femmes enfin, chez lesquelles les glandes mammaires ne sont le siège d'aucun travail particulier, et chez lesquelles il ne se fait pas de sécrétion laiteuse. Il semble, comme le fait remarquer M. le professeur P. Dubois, que la nature ait laissé pour elles son œuvre incomplète; que, propres à devenir mères, propres pendant toute la grossesse à fournir à l'enfant les matériaux nécessaires à sa nutrition, leur organisation soit impuissante à fournir encore à leurs besoins après la naissance. J'ai en ce moment sous les yeux une primi-

pare, convalescente, il est vrai, d'une varioloïde au moment de son accouchement, et qui n'a pas une seule goutte de lait.

C'est ordinairement quarante-huit heures après l'accouchement que se manifeste la fièvre de lait, quelquefois un peu plus tôt, quelquefois un peu plus tard. J'ai vu deux femmes à la Clinique (et tous les observateurs citent de pareils faits) qui ont eu la fièvre de lait, l'une le cinquième, l'autre le sixième jour. Depuis, j'ai eu souvent l'occasion de faire la même remarque.

Pour plus d'exactitude nous croyons devoir citer les observations de M. Béhier sur ce sujet. « J'ai recherché, dit ce professeur, sur 974 femmes l'époque précise à laquelle se montre la montée du lait. Je l'ai vue commencer 22 fois le premier jour de l'accouchement, 170 fois le deuxième jour, 347 fois le troisième, 266 fois le quatrième, 400 fois le cinquième, 22 fois le sixième, 5 fois le septième, 4 fois le huitième et 1 fois le onzième seulement. »

Lorsque après la mort du fœtus, survenant à une époque déjà avancée de la grossesse, l'expulsion du cadavre n'a lieu qu'après plusieurs jours, il est assez ordinaire de voir tous les phénomènes de la fièvre de lait se manifester, comme si l'accouchement avait eu lieu.

Lorsque la fièvre de lait est terminée, les mamelles ont acquis le plus haut degré de distension: la sécrétion du lait est très-abondante. Si l'enfant tette, les mamelles se trouvent désemplies et la femme soulagée. Si la mère ne nourrit pas son enfant, l'engorgement des seins a lieu plus longtemps; il se dissipe d'autant plus promptement qu'il était moins considérable, que le lait s'écoule plus facilement par le mamelon, que les sueurs et les lochies sont plus abondantes.

On a beaucoup discuté pour savoir quelle était la cause de la fièvre de lait. Sans entrer dans toutes les discussions qu'a soulevées ce point de doctrine, nous ferons remarquer que probablement le mouvement fébrile (phénomène qui d'ailleurs n'est pas constant) est une conséquence nécessaire de l'activité plus grande que prennent alors les mamelles, et qu'un phénomène analogue a lieu toutes les fois qu'un organe quelconque prend un développement très-considérable et très-rapide.

La sécrétion laiteuse, chez les femmes qui ne nourrissent pas, peut aussi être la cause d'accidents qu'il faut prévenir ou combattre. On doit éviter soigneusement tout ce qui peut contribuer à augmenter la sécrétion du lait, tel qu'une nourriture trop succulente, des boissons trop abondantes. On applique sur les seins une serviette chaude et mollette, que l'on renouvelle aussitôt qu'elle est mouillée, ou bien des étoupes fines, et, mieux encore, de la ouate. Ces moyens excitent la transpiration et maintiennent la chaleur de la partie. Si, du reste, la sécrétion laiteuse diminue peu à peu, il faut tout confier à la nature; si le gonflement des seins est trop considérable, il faut tâcher de faciliter l'écoulement par les mamelons, à l'aide de cataplasmes émollients, ou de les désemplir par la succion. Si ces moyens sont insuffisants, il faut alors avoir recours aux lotions laudanisées pour calmer les douleurs, et à l'emploi des sudorifiques et des purgatifs employés comme révulsifs. Parmi les diaphorétiques les plus employés, on

cite le thé léger, une infusion de pariétaire, de bourrache. Les purgatifs sont les mêmes que ceux que nous avons indiqués plus haut. Parmi les médicaments qui ont été vantés comme lactifuges, dit Desormeaux, le petit-lait de Weisse est le seul qui soit encore en usage. « J'ai vu, continue le même auteur, une dame employer avec succès un liniment avec l'ammoniaque. » Selon Neuter, l'expérience prouve que les ventouses appliquées au dos diminuent l'abondance du lait. Van Swieten dit avoir vu une galactorrhée céder à l'usage d'une forte infusion de sauge, à la dose de 30 à 60 grammes toutes les trois heures.

A la sécrétion laiteuse se rattache un phénomène qui a été mis en lumière par M. Blot, je veux parler de la présence du sucre dans les urines des femmes en couches.

Il ressort des recherches de M. Blot que le sucre, dont la présence dans les urines avait été regardée comme le signe pathognomonique du diabète, existe non-seulement dans l'urine de toutes les femmes en couches, mais encore de toutes les nourrices et d'un certain nombre de femmes enceintes. Ce fait a reçu le nom de *glycosurie physiologique*.

Chez toutes les femmes en couches (45 fois sur 45), dit M. Blot, c'est au moment de la sécrétion laiteuse que le sucre commence à exister dans l'urine en proportion suffisante pour être dosée. Chez beaucoup de femmes il n'apparaît qu'à cette époque; chez quelques-unes on en trouve auparavant, mais le plus souvent en quantité peu considérable. Si la sécrétion lactée continue, le sucre continue de passer dans l'urine, avec des variations quotidiennes encore inexplicables. Quand la sécrétion lactée est très-abondante, la proportion du sucre est, en général, grande; si elle est peu active, l'urine est peu sucrée. Aussi l'examen des urines peut-il servir jusqu'à un certain point à juger de la valeur d'une nourrice. Si la sécrétion laiteuse est diminuée ou tarie par une cause quelconque et en particulier par le développement d'un état morbide plus ou moins grave, le sucre disparaît ou diminue complètement; si l'état morbide fait place à la santé et que la sécrétion laiteuse se rétablisse, le sucre reparait. Enfin, les urines continuent à renfermer du sucre tant que la sécrétion laiteuse persiste; j'en ai trouvé des proportions très-notables (8 grammes sur 1000 grammes d'urine) chez une nourrice qui allaitait depuis vingt-deux mois. Au contraire, leurs urines sont en général d'autant plus riches en sucre que la santé est meilleure et se rapproche le plus possible de l'état normal ou physiologique.

Quand la lactation cesse, le sucre disparaît des urines, et cela dans un temps variable chez les différents individus: plus vite chez les femmes qui ne nourrissent pas, plus lentement chez celles qui, après avoir nourri, commencent à sevrer.

Chez les femmes enceintes le sucre se rencontre sur la moitié des sujets observés. Je crois, sans qu'il me soit encore possible de l'affirmer d'une manière positive, que cette particularité se rencontre surtout quand les phénomènes sympathiques de la grossesse du côté des mamelles sont très-développés; elle manque au contraire quand les mamelles restent pour ainsi dire indifférentes à ce qui se passe du côté de l'utérus. (Blot.)

Cette glycosurie physiologique existe également chez les différentes espèces d'animaux mammifères.

Pour démontrer la présence du sucre dans l'urine, M. Blot a employé successivement la liqueur de Fehling, la potasse caustique, la fermentation et le polarimètre. La glycosurie physiologique paraissait donc hors de doute, quand M. Leconte vint nier d'une manière absolue la présence du sucre dans les urines des femmes en lactation. Pour M. Leconte l'acide urique donne des réactions analogues à celles fournies par le sucre: de là l'erreur.

Dans ce débat scientifique, M. Brueche a pris fait et cause pour M. Blot, et j'ajouterai qu'après avoir répété moi-même les expériences, je crois à la démonstration de la glycosurie physiologique. De nouvelles observations sont cependant nécessaires pour lever tous les doutes.

CHAPITRE X

SOINS A DONNER A LA FEMME PENDANT LES SUITES DE COUCHES

On doit placer l'accouchée dans une chambre vaste, bien aérée, modérément chaude et exempte d'odeurs bonnes ou mauvaises. En été, on aura soin d'ouvrir chaque jour portes et fenêtres. Pendant qu'on renouvelle l'air de l'appartement, on aura soin de couvrir l'accouchée et de fermer les rideaux pour que les courants d'air n'aient pas accès auprès d'elle. Le reste du temps, les rideaux ne seront pas fermés. La chambre doit être tenue très-propre; on doit veiller avec soin à ce qu'on enlève sur-le-champ les urines, les excréments et le linge matin et soir, et même plus souvent si quelques circonstances l'exigent. Les parties génitales doivent être nettoyées avec de l'eau tiède ou quelque décoction émolliente. Ces ablutions fréquentes ont pour avantage de calmer l'inflammation de ces parties contuses pendant le travail. Ces lotions seront faites matin et soir, et sans découvrir la malade.

La nouvelle accouchée étant exposée à différents accidents, à des maladies rapides, le médecin devra la visiter chaque jour. Avant tout il doit s'enquérir de l'état général, rechercher la fréquence ou le ralentissement du pouls, qui trompe rarement dans le pronostic à porter (voy. page 447). Il s'assurera aussi avec un très-grand soin de l'état de l'utérus, de son volume (voy. page 418), de sa sensibilité, de la nature des lochies, de l'intensité des tranchées utérines. Le gonflement des seins et la sécrétion laiteuse réclament également son attention. Enfin il devra surveiller les fonctions de la vessie et du rectum.

La sécrétion et l'excrétion des urines n'offrent, en général, rien de particulier. Leur émission est cependant quelquefois difficile, à cause du boursoufflement du méat urinaire. Après un travail trop longtemps prolongé et une compression trop violente, la vessie est, dans certains cas, paralysée momentanément. Il faut alors pratiquer le cathétérisme. Le médecin doit toujours, pendant les deux ou trois premiers jours des couches, demander à la femme si elle urine librement et facilement. Souvent l'accumulation des urines dans la vessie à demi paralysée et comme engourdie, explique au médecin un état de malaise et de souffrance dont il ne pouvait d'ailleurs se rendre compte.

La rétention d'urine chez les femmes en couches se présente tantôt immédiatement après l'accouchement et tantôt quelques jours après. Dans le premier cas elle semble due à la paralysie de la vessie ou à la contusion du col; dans le second