

cordon un centimètre plus loin, sépare les deux chefs du fil, les ramène sur la surface de section et pratique une seconde ligature *perpendiculaire à la première* ; il termine en faisant successivement avec les deux chefs du même fil la ligature de chaque moitié du cordon.

En ayant soin d'agir comme nous l'avons indiqué (mouchetures de la gaine suivies de l'expression complète de la gélatine), toutes ces complications sont inutiles.

Le pansement du pédicule ombilical a attiré surtout l'attention dans ces dernières années, depuis le règne de l'antisepsie.

Auparavant on se servait d'une petite compresse fendue jusqu'à son milieu et enduite d'un corps gras ; l'origine du cordon était logée dans cette fente ; on renversait et on croisait les deux moitiés sur la tige, on appliquait une seconde compresse sèche et on maintenait le tout en haut et à gauche à l'aide de la bande de nombril.

Ce n'était pas très propre. Cependant nous devons dire que les accidents étaient rares.

On est tombé dans l'excès contraire et tous les antiseptiques ont été préconisés, expérimentés, prônés avec faits prétendument à l'appui.

Disons d'abord qu'il est indiqué de se servir de ligatures antiseptiques, bouillies et conservées comme nous l'avons dit précédemment (page 401).

Quant au pansement, nous estimons que celui décrit plus haut (à l'ouate hydrophile) est le plus facile, le plus propre et le plus efficace. Nous avons expérimenté la gaze iodoformée et sublimée, l'ouate imprégnée de plâtre (procédé de Sutugin), l'acide salicylique, le tannin, la glycérine, la solution de nitrate d'argent à 2 %, la magnésie ; nous avons essayé les pansements rares préconisés par quelques auteurs, la suppression des bains conseillée par d'autres : aucun de ces moyens ne nous a paru supérieur au simple morceau d'ouate hydrophile, renouvelé matin et soir. La chute du cordon n'est pas avancée, le dessèchement n'est pas plus marqué, les ulcérations et les bourgeonnements ne sont pas plus rares.

Au surplus, les ulcérations recouvertes d'iodoforme ou les bourgeons d'une pincée d'alun guérissent en peu de jours sans jamais entraîner d'accident.

Dans des cas heureusement très rares, des hémorragies ombilicales surviennent les jours qui suivent la chute du cordon et dépendent vraisemblablement d'un état dyscrasique spécial, d'une espèce d'hémophilie de cause générale. On parvient à les arrêter d'habitude par un tampon d'ouate imprégné d'une substance hémostatique (perchlorure de fer surtout) et convenablement comprimé par un bandage abdominal. Mais parfois rien n'y fait et le fer rouge lui-même est appliqué sans succès. Dans ces conditions, il faut avoir recours à la suture entortillée, comme l'ont fait MM. Charon et Lefour : le premier s'est servi de deux épingles en croix enfoncées au travers de la base de l'ombilic soulevé autant que possible ; le second a passé cinq aiguilles stérilisées, transversalement l'une au-dessus, la dernière au-dessous de la dépression ombilicale et les trois autres au niveau et formant ici un pont en face de la dépression ; dans les deux cas, un fort fil fut ensuite serré autour des petites broches ; le résultat fut favorable les deux fois.

Toilette du nouveau-né.

On saupoudre le corps, surtout les plis, avec de la poudre de riz ou d'amidon, de talc, de subérine, de lycopode, afin d'enlever parfaitement l'humidité des téguments,

On passe ensemble la petite camisole (brassière), doublée de la chemise. On arrive alors aux langes, qui se composent d'un drap en toile et d'un autre en flanelle à l'extérieur ; l'enfant est couché sur ces langes, dont le bord supérieur ne doit pas remonter à plus d'un ou deux travers de doigt sous l'aisselle ; on en ramène les côtés en avant et on les croise sur la poitrine, où ils sont fixés avec une épingle de sûreté. En bas, les langes doivent être retournés en dedans, entre les jambes étendues, de façon à les séparer l'une de l'autre. Le bord inférieur des langes est ensuite relevé tout autour des membres et attaché avec des épingles de sûreté. On peut placer une ou deux alèzes à l'endroit du siège, sous les langes, pour les préserver des souillures.

L'enfant est enfin emmaillotté, puis couché dans son berceau, sur le côté droit (correspondant au foie qui est très lourd). On a soin que le berceau ne reçoive pas une lumière trop vive et que le nouveau-né soit à l'abri des courants d'air.

On donne d'habitude au nouveau-né 3 à 4 cuillerées à café d'eau tiède sucrée ; cette coutume peut être suivie sans inconvénient, elle facilite la sortie du méconium ; mais il ne faut pas gorger l'enfant de liquide, sous peine de l'indisposer et de le faire vomir.

La toilette de l'enfant peut subir plusieurs modifications ; elle dépend des saisons, des pays, des habitudes, des goûts.

Le nouveau-né a besoin de chaleur et doit être habillé en conséquence ; s'il est faible ou avant terme, on l'enveloppe d'ouate et de flanelle, on met une boule d'eau chaude à ses pieds ou mieux on l'installe dans une couveuse.

Si l'enfant a beaucoup de cheveux et se trouve dans une pièce bien chauffée, on peut se passer de bonnet et le maillot peut être supprimé, au moins pendant le jour. Les langes ne doivent pas arriver jusqu'aux creux des aisselles, ni former de bourrelet à leur bord supérieur, car les vaisseaux axillaires seraient comprimés et l'on aurait de l'œdème des mains et des bras.

Les langes ne doivent pas comprimer la poitrine, sans quoi la respiration serait gênée. Ils sont placés entre les membres inférieurs, pour empêcher le contact des jambes et par suite les rougeurs et les excoriations de la peau. On doit les changer assez souvent, ne pas laisser l'enfant dans l'humidité et les malpropretés, si l'on veut éviter les inflammations, les ulcérations des parties, les malaises, l'agitation, les cris, l'absence de sommeil.

Pendant le jour, les bras peuvent être laissés en dehors du maillot. En tous cas, on ne doit jamais maintenir les membres étroitement ; il est nécessaire de leur laisser une certaine latitude, de leur permettre de légers mouvements. Le maillot n'est utile que pour conserver la chaleur ; en été, dans les appartements chauffés, on

peut le supprimer. On n'emmailote alors l'enfant que pendant la nuit et pour sortir.

Certaines personnes mettent un petit fichu autour du cou. Pour fixer les langes et le maillot, beaucoup préfèrent les cordons aux épingles de sûreté. *Les épingles ordinaires ne doivent jamais être employées ; elles peuvent blesser l'enfant et amener des convulsions.*

Le maillot ne doit jamais remonter trop haut ni comprimer le corps de l'enfant. Jadis, il servait à emprisonner le nouveau-né, à l'empaqueter, à en faire un cylindre allongé et aussi résistant que possible ; on pouvait l'accrocher à la muraille ! Un pareil emmaillement est absurde, nuisible, dangereux. Mais il ne faut pas tomber dans l'excès contraire et prétendre que le maillot est absolument mauvais et doit être condamné. En prenant les précautions indiquées, il n'y a pas d'inconvénient à s'en servir, pendant les premiers temps : l'enfant est tenu bien chaud et est plus facile à porter.

Quant à croire qu'il est nécessaire de bien étendre l'enfant et de serrer ses jambes l'une contre l'autre, afin d'éviter les déviations de la colonne vertébrale et des membres, c'est une complète erreur. En effet, les Anglais qui n'emploient pas le maillot, ainsi que nous allons le dire, sont d'habitude très grands et très droits.

La méthode anglaise, aujourd'hui en usage dans beaucoup de familles du continent, consiste à laisser toute liberté à l'enfant, à l'habiller immédiatement à peu près comme on le fait ici à un an ou deux. Outre la chemise et la camisole, on lui met des bas et des chaussons de laine ; on recouvre le siège et les organes génitaux d'une couche ou lange triangulaire ; une petite culotte de flanelle à boutons, une robe de flanelle et une robe ordinaire, toutes deux fort longues, complètent l'habillement.

Toilette de l'accouchée.

Pendant que l'on s'occupe de l'enfant, on a soin, si l'on est seul, de surveiller la mère, son visage, son pouls, son utérus, en allant de temps en temps s'assurer que tout est en ordre, spécialement qu'elle ne perd pas, que le globe de sûreté persiste.

Lorsque l'on est à deux, pendant que l'accoucheuse est près de l'enfant, le médecin frictionne doucement et à peu près constamment la matrice, pendant une heure environ, afin d'empêcher que des caillots s'amassent dans la cavité ; on favorise ainsi l'involution de l'organe et l'on prévient les fortes tranchées qui seraient nécessaires pour expulser les corps étrangers. On regarde de temps en temps si le sang ne vient pas en trop grande abondance de la vulve.

Déjà après la sortie du placenta, on a fait un nettoyage rapide. Une heure environ plus tard, on procède à la toilette définitive de l'accouchée.

Dans tous les soins, il faut éviter le froid et les mouvements.

On lave parfaitement les cuisses et les organes génitaux ; on se sert pour cela de compresses ou d'ouate et d'eau tiède antiseptique, de savon si c'est nécessaire. On s'assure au besoin qu'il n'y a pas de caillots dans le vagin, on les enlève avec deux doigts s'il y en a ; on fait une injection intra-utérine tiède à 1/10 pour 1000 de sublimé, quand on la juge utile. On tire les linges mouillés, on en met de propres et chauffés. Si l'on a passé les deux chemises, comme nous l'avons indiqué pendant le travail, rien n'est plus simple que de tirer l'inférieure souillée et de faire descendre l'autre. Les cheveux sont tenus par un bonnet ou une résille ; la poitrine est recouverte d'une jaquette plus ou moins chaude, selon la saison, et à manches longues, de façon que l'accouchée puisse laisser les bras hors des couvertures sans crainte de se refroidir. On ajoute à l'occasion un foulard de cou ou un mouchoir de laine.

On transporte alors la femme sur son lit de couches, avec le moins de secousse possible et en éloignant toutes les causes de refroidissement ; la personne la plus forte, le mari, par exemple, prend l'accouchée par le bassin, un des bras sous le tronc, l'autre sous les cuisses ; l'accouchée se soutient avec ses mains au cou de cette personne ; les jambes sont maintenues par l'accoucheuse. Il est rare qu'une 3^e aide soit nécessaire pour soutenir la tête ou le haut de la poitrine. Le voyage du reste n'est pas bien long, le lit de couches étant à quelques pas du lit de travail.

Les draps du lit doivent être bien secs et bassinés.

Chez les primipares, ce transport n'est effectué que deux heures au plus tôt après l'accouchement ; chez les multipares, une heure suffit. Si la femme était trop faible, si la matrice était paresseuse, s'il y avait danger d'hémorragie, on attendrait plusieurs heures.

Il ne faut jamais oublier le bandage de corps, qui doit être large et bien serré. Le plus simple se compose d'une serviette pliée en triangle, que l'on met sur l'hypogastre et d'une autre en toile ou en piqué, pliée sur le long et pouvant faire au moins une fois et demi le tour du tronc ; elle doit embrasser tout le bassin et aller du pubis à l'ombilic. On la prépare sur le lit de couches avant d'y déposer la femme ; on ramène les deux chefs en avant et on les fixe avec des épingles de sûreté. On resserre le bandage au moins deux fois par jour.

Cet appareil, *bien appliqué*, prévient l'afflux et la stase des liquides, l'engorgement des parois utérines ; il s'oppose au développement de la matrice et par suite à l'hémorragie interne ; il aide à l'involution de l'organe et diminue les tranchées. La plupart des femmes pensent que le bandage de corps est nécessaire pour ramener l'abdomen à son volume primitif, pour ne pas conserver « un gros ventre. »

Peut-être cette opinion est-elle exacte, car les parois distendues par la grossesse ont besoin d'un soutien pour bien se rétracter. Il est permis d'exploiter cette idée de coquetterie, afin de faire supporter avec patience un appareil plus ou moins gênant, mais certainement très utile. Ce bandage doit être conservé jusqu'à ce que l'utérus ait repris son volume normal (4 à 6 semaines); dans les temps froids, on le fait en flanelle, de sorte qu'il sert de plus à empêcher les refroidissements du ventre.

L'accouchée est modérément couverte, reste dans le décubitus dorsal et dans une immobilité complète; elle doit observer le silence; il faut s'abstenir de lui parler ou d'entretenir des conversations dans la chambre; il faut éviter le bruit, la lumière trop vive; la température de l'appartement sera de 18 à 20 degrés centigrades.

Si l'accouchée le désire, on lui donne quelques gorgées d'eau, sucrée ou non, à la température de la chambre; on peut y ajouter un sirop quelconque, de l'eau de fleur d'oranger ou de mélisse; quelques-unes préfèrent l'eau gazeuse, l'eau rougie, le café, une infusion de tilleul ou quelqu'autre semblable. Il n'y a pas d'inconvénient à satisfaire ces caprices, mais il faut défendre tout ce qui pourrait exciter la femme ou lui charger l'estomac.

On place sur la vulve une compresse pliée en quatre, retirée de l'eau sublimée, puis exprimée, ou mieux encore un morceau de gaze iodoformée ou d'ouate hydrophile pénétrant un peu dans le canal.

Avant l'antisepsie, on se servait d'une simple toile pliée en triangle et chauffée : de là, le nom de *chauffoir* qui lui était donné. Aujourd'hui la compresse a pour but d'empêcher la septicémie; elle est renouvelée 5 ou 6 fois par jour et permet de constater facilement la qualité et la quantité des lochies.

S'il y a des érosions vulvaires ou une éraillure du périnée, on y applique une couche d'iodoforme avant de mettre la compresse.

On surveille ensuite la femme pendant plusieurs heures et on se garde bien de la laisser jamais seule, puisqu'une hémorragie peut survenir au moment où l'on s'y attend le moins.

Parmi les multiples soins que nous venons de passer en revue, les deux plus discutés sont les injections intra-utérines et le bandage abdominal.

On a certes abusé des injections antiseptiques comme de tout ce qui est nouveau, et l'on peut dire que dans les cas physiologiques elles ne sont pas indispensables, ainsi que nous l'avons montré précédemment (page 116). C'est pourquoi la plupart des chirurgiens n'en font plus après l'accouchement ordinaire et les réservent pour des cas spéciaux (écoulements contagieux, enfants macérés ou putréfiés, manœuvres ou opérations diverses).

Nous croyons également qu'on peut s'en passer dans les cas ordinaires et c'est ce que nous avons fait dans notre service depuis une couple d'années, d'une façon

intermittente : les résultats sont aussi bons sans injection qu'avec injection, quand tout se trouve dans les conditions normales.

M. Tarnier, qui en reste partisan, se sert de la solution iodurée suivante : eau distillée, 1000 grammes; iodure de potassium, 6 gr.; iode, 3 gr. (ou teinture d'iode, 40 gr.); ou bien de la solution de permanganate de potasse à 0,50 p. 1000.

Quand nous la pratiquons, nous employons d'habitude la solution faible de sublimé à 1/10 pour 1000 seulement. On se sert d'eau bouillie à 45° environ. Quantité : 1 1/2 à 2 litres. La canule simple en verre est bonne et pas n'est besoin d'une sonde à double courant puisque le reflux du liquide est assuré par le col largement ouvert. Du reste, pendant toute la durée du lavage, on frictionne la matrice pour plus de sécurité. Le réservoir ne doit pas être élevé de plus de 50 à 60 centimètres. Après avoir pris tous les soins indiqués (page 307) pour les injections vaginales, on introduit la canule sur deux doigts dans le canal cervical; l'eau pénètre dans la cavité utérine par le fait même de la position couchée de la femme. Nous n'avons jamais constaté d'inconvénient résultant de cette irrigation de propreté, faite de la façon que nous venons de décrire.

Nous considérons le bandage abdominal bien appliqué comme très utile, surtout dans les premières heures, au point de vue de la sécurité contre l'hémorragie interne et, plus tard, pour favoriser le retrait des parois abdominales et utérines.

PHÉNOMÈNES DES SUITES DE COUCHES.

On désigne sous le nom d'état puerpéral, de suites de couches, l'ensemble des phénomènes qui se passent chez l'accouchée pendant la période où les organes génitaux et le reste de l'économie reviennent à leur état ordinaire. C'est un état naturel, physiologique, particulier à la femme en couches. La durée moyenne est de 4 semaines chez la femme qui allaite, de 6 semaines chez celle qui ne nourrit pas; mais elle peut être plus courte ou plus longue, varier de 15 jours à plusieurs mois.

On divise ces phénomènes en anatomiques et en physiologiques.

Les phénomènes anatomiques comprennent toutes les modifications organiques qui s'opèrent dans la matrice et ses annexes.

Les phénomènes physiologiques comprennent toutes les modifications fonctionnelles que l'on observe dans les suites de couches, spécialement : les arrières-douleurs, les lochies, la sécrétion lactée.

Phénomènes anatomiques.

Retour de l'utérus et de ses annexes à l'état normal.

Pendant la grossesse, le sang afflue aux organes génitaux; il y a tendance générale à l'hypertrophie et au ramollissement des tissus de l'utérus et du voisinage et même des parties éloignées; *l'organisme construit*. Le contraire a lieu après l'accouchement; on observe dans la sphère génitale un travail de dégénérescence graisseuse, d'atrophie qui retentit parfois au loin; c'est ainsi que l'on voit diminuer de volume et même disparaître des fibromes utérins, des tumeurs

abdominales, des excroissances diverses siégeant à la face, aux gencives et ailleurs. *L'organisme détruit.*

UTÉRUS. — Après la délivrance, la matrice formant le globe de sûreté, est dure et du volume d'une tête de fœtus à terme environ; son fond est entre l'ombilic et le pubis. Douze à quinze heures plus tard, elle a diminué de consistance et augmenté de volume par suite de l'engorgement des parois et parfois à cause de la présence d'un caillot à l'intérieur; elle est ferme et son fond est au niveau de l'ombilic ou un peu au-dessus, ordinairement incliné à droite.

A partir de ce moment, elle diminue progressivement de volume, de façon que du 5^e au 6^e jour, le fond se trouve entre l'ombilic et le pubis, et du 10^e au 12^e jour, au niveau du détroit supérieur; elle est donc déjà rentrée dans le bassin et ne peut plus guère être perçue, en général, à la palpation. Ce n'est cependant qu'au bout de 4 à 6 semaines qu'elle a repris les dimensions, la forme, la situation et la consistance que nous lui connaissons.

Diverses causes concourent à ce résultat: la contractilité des fibres musculaires, le dégorgeement des parois qui produit en partie l'écoulement lochial, enfin et surtout un travail de résorption, de transformation qui ramène par degré les éléments anatomiques à leur état ordinaire. La transformation est beaucoup plus rapide dans le corps que dans le col; celui-ci ne reprend ses caractères qu'après un temps assez long.

Ce retrait de la matrice est désigné sous les noms de *régression*, *d'involution*. Parfois, il est très rapide et constitue la *superinvolution*; d'autres fois, il est en retard ou incomplet; c'est ce qu'on a appelé la *subinvolution*. Quand on peut encore sentir la matrice à l'hypogastre après le 12^e jour, on peut dire qu'il y a subinvolution. Cette anomalie se montre dans les cas de métrite, de septicémie, de déchirures du col, d'accouchements laborieux, prolongés, lorsque les suites de couches sont anormales, compliquées de l'un ou l'autre accident.

La régression ne suit pas toujours une marche absolument régulière; le plus souvent, elle s'arrête pendant la sécrétion lactée.

Quand on veut apprécier la hauteur de la matrice, il faut avoir soin de vider la vessie, car la plénitude de ce réservoir amène l'élevation de l'utérus.

La régression est plus ou moins rapide, selon les femmes; elle va plus vite après les accouchements à terme, chez les multipares, quand le travail a été régulier, facile, lorsque la femme allaite.

La méthode qui consiste à évaluer la hauteur du fond de la matrice, d'après ses rapports avec l'ombilic, n'est pas très précise, attendu que cette cicatrice n'est pas toujours à la même distance des pubis. C'est pourquoi on a cherché d'autres moyens de constater les dimensions de l'organe. On a pris comme point de repère le haut de la symphyse et mesuré chaque jour la distance séparant ce point du fond de

La subinvolution utérine se voit dans les cas de métrite, de septicémie, de déchirures du col, d'accouchements laborieux, prolongés, lorsque les suites de couches sont anormales, compliquées de l'un ou l'autre accident.

l'utérus. Mais il est encore préférable de constater directement la profondeur de la cavité au moyen de l'hystéromètre ou de rechercher la longueur totale du viscère à l'aide d'un compas dont l'une des branches est placée sur le museau de tanche, et l'autre sur le fond utérin à travers la paroi abdominale. Voici les chiffres qu'a donnés, à M. Autefage, ce dernier procédé :

Jour.	Hauteur de l'utérus en moyenne.	Largeur du corps.	Distance du pubis au fond de l'utérus.
1 ^{er} jour	16 à 16 1/2 centimètres	12 1/2 centimètres	12 1/2 centimètres
2 ^e »	15 »	12 à 12 1/2 »	10 1/2 à 11 »
3 ^e »	14 à 14 1/2 »	11 à 11 1/2 »	10 »
4 ^e »	13 1/2 »	10 à 10 1/2 »	8 1/2 à 9 »
5 ^e »	12 1/2 à 13 »	9 1/2 »	7 1/2 à 8 »
6 ^e »	11 1/2 à 12 »	8 1/2 à 9 »	6 1/2 à 7 »
7 ^e »	11 1/2 »	8 à 8 1/2 »	6 à 6 1/2 »
8 ^e »	10 1/2 »	7 1/2 à 8 »	5 à 5 1/2 »
9 ^e »	9 à 9 1/2 »	6 1/2 à 7 »	4 à 4 1/2 »
10 ^e »	8 à 8 1/2 »	6 1/2 à 7 »	3 à 3 1/2 »
11 ^e »	7 à 7 1/2 »	6 1/2 à 7 »	2 à 2 1/2 »

Soit une diminution moyenne de 3/4 de centimètre par jour.

Modifications histologiques. — Selon Heschl, toutes les fibres musculaires anciennes subissent la dégénérescence graisseuse et disparaissent; selon Koelliker, une partie seulement subit cette dégénérescence, et une autre s'atrophie. Des fibres nouvelles naissent et remplacent les anciennes, de sorte qu'il ne reste plus rien de la vieille musculature de l'utérus.

M. Broers (de Leyde) a décrit dans sa thèse (1894) deux processus de régression utérine: le 1^{er} consiste dans l'expulsion hors des fibres musculaires de glycogène qui s'y trouve déjà pendant le travail et dans la résorption de liquide du tissu conjonctif inter-musculaire œdématisé; le 2^d comprend la formation de petites gouttes de graisse dans les cellules musculaires; ces gouttelettes graisseuses confluent et sortent des cellules pour être déposées temporairement dans le tissu conjonctif intermusculaire, puis sont lentement résorbées par les vaisseaux sanguins et lymphatiques. Le 1^{er} processus agit d'abord seul, puis la production de glycogène diminue, tandis que la formation de graisse augmente; à partir du 5^e jour, il n'y a plus que l'expulsion de graisse qui complète la diminution des cellules musculaires.

Quant à la muqueuse, elle est en voie de nouvelle formation au moment de l'accouchement, ainsi que nous l'avons indiqué précédemment. Une partie de la caduque est expulsée avec les membranes, l'autre reste adhérente, forme une couche de 1 à 2 millimètres d'épaisseur, friable, d'un gris-rougeâtre, s'écrasant sous le doigt, se déchirant comme une pseudo-membrane; elle présente des plaques jaunâtres, comme la partie expulsée avec les membranes, et de petits lambeaux filamenteux qui font saillie dans la cavité utérine. Cette caduque subit la dégénérescence graisseuse, se détache par lambeaux qui sont expulsés avec les lochies.

Les éléments profonds prolifèrent et donnent naissance à la muqueuse nouvelle. Des modifications analogues ont lieu à l'endroit où s'inséreraient le placenta. Mais cette place est saillante, d'un brun-rougeâtre, arrondie, mamelonnée, anfractueuse, et fait un relief de 5 à 6 millimètres (plaie placentaire), constituée par la sérotine restée adhérente.

Après quelques jours, cette partie saillante se rétrécit, se ramollit, devient

pultacée ; elle subit ensuite la même régression que le restant de la caduque et est, comme elle, éliminée avec les lochies.

Après la sortie du placenta, la rétraction de la matrice ralentit la circulation dans les sinus, le sang se coagule dans les veines de la sérotine et l'on peut voir les caillots rougeâtres ou décolorés qui bouchent les orifices vasculaires de la plaie placentaire. Il se forme des thromboses, semblables à celles que nous avons décrites à la fin de la grossesse; les sinus s'oblitérent peu à peu et sont remplacés par des capillaires de nouvelle formation.

Au bout de six semaines, les transformations sont terminées et la régénération est complète. Parfois, cependant, la saillie placentaire persiste longtemps.

Le col reste en partie étranger aux modifications profondes du corps. Sa muqueuse est nettement tranchée de la caduque. Après la délivrance, les lèvres, largement écartées, sont saignantes, souvent déchirées, comme flottantes. La longueur du col, depuis la limite entre la muqueuse cervicale et la caduque utérine, est en moyenne de 5 centimètres.

Dans les premiers jours qui suivent l'accouchement, les orifices tendent à se reformer, les parois reprennent de l'épaisseur et de la consistance, les lacérations du museau de tanche commencent à se cicatrifier.

Le 4^e jour, l'orifice interne a encore près d'un centimètre de diamètre ; l'orifice externe en a le double. Ils continuent à se rétrécir l'un et l'autre, de sorte que bientôt on ne peut plus arriver à l'orifice interne. Du 12^e au 15^e jour, l'indicateur peut encore pénétrer dans la cavité cervicale jusqu'à la racine de l'ongle.

La cicatrisation du museau de tanche exige d'habitude 3 à 4 semaines; parfois une ulcération persiste plusieurs mois. Wieland a évalué à 10 ou 11 semaines le temps nécessaire pour que le col soit revenu à son état normal. Dans maintes circonstances, il faut encore davantage.

AUTRES PARTIES. — *Le vagin* se rétrécit peu à peu, mais conserve toujours de plus fortes dimensions qu'auparavant; les rides ne reviennent qu'en partie. Il en est de même de l'*orifice vulvaire* et de la *vulve*, qui restent plus larges. Les plaies de la fourchette et du périnée n'ont guère de tendance à se réunir, les lèvres se cicatrisent isolément dans la grande majorité des cas.

La plaie de la fourchette peut facilement passer inaperçue et être la porte d'entrée des matières septiques qui produisent la fièvre puerpérale. Elle mérite donc une attention spéciale. Elle s'ulcère parfois (ulcère puerpéral) et donne lieu à de la fièvre et à des symptômes généraux dont on méconnaît souvent la vraie cause. Pour éviter les accidents, nous faisons insuffler sur la plaie une couche d'iodoforme après la délivrance; on renouvelle ce pansement au moins deux fois par jour.

Les ligaments de l'utérus reprennent peu à peu leur longueur. *Les parois abdominales* reviennent sur elles-mêmes, plus ou moins bien, selon les femmes.

Phénomènes physiologiques

(11)

Arrière-douleurs.

Pendant les trois ou quatre premiers jours, on observe encore des contractions utérines intermittentes et douloureuses : c'est ce qu'on appelle les arrières-maux, les tranchées, les coliques utérines.

Ces douleurs siègent dans la matrice, se font sentir dans l'hypogastre et sont accompagnées de contractions de l'organe, qu'on sent durcir sous la main. Elles ressemblent à celles du travail, durent quelques secondes, une ou deux minutes, sont suivies d'un petit écoulement de sang, parfois de l'expulsion d'un caillot. Elles sont d'abord assez rapprochées, de quart d'heure en quart d'heure, puis s'éloignent de plus en plus.

La douleur se porte dans certains cas vers l'anus, vers la région sacrée, surtout quand il y a un caillot dans la cavité utérine.

Les arrières-maux disparaissent ordinairement pendant la sécrétion lactée, mais peuvent revenir après, spécialement au moment où l'enfant est mis au sein. La succion du mamelon stimule l'utérus et amène des contractions douloureuses. Il en est de même des frictions du globe utérin, de la titillation du col, de la réplétion de la vessie ou du rectum, des mouvements de l'accouchée.

Les tranchées persistent quelquefois 7 ou 8 jours. Elles existent à peine chez les primipares et sont d'autant plus prononcées que l'accouchement a été plus rapide; de là le dicton : ce qu'on n'a pas avant, on l'a après.

Elles sont plus vives, quand l'utérus contient un caillot, un débris de membrane ou de placenta et alors l'intensité augmente jusqu'à l'expulsion du corps étranger. Elles se montrent aussi plus fortes, lorsque la matrice a été très distendue.

Elles contribuent puissamment au retrait de l'utérus.

Les arrières-maux se distinguent facilement des douleurs inflammatoires. En effet :

- 1^o Les coliques normales se montrent après la délivrance, sont franchement intermittentes, diminuent bientôt de force et de fréquence, n'ont qu'une durée passagère, se reproduisent avec régularité, coïncident avec une contraction utérine.
- 2^o La pression de la main n'est guère douloureuse et même calme parfois la douleur.
- 3^o L'utérus a ses caractères normaux, son volume diminue progressivement.
- 4^o Il n'y a pas de fièvre; l'état général ne laisse rien à désirer.

1^o Les douleurs de la métrite se présentent ordinairement un ou plusieurs jours après l'accouchement, sont plus ou moins continues et ont de la tendance à s'accroître.

- 2^o La matrice est sensible à la pression et celle-ci exaspère régulièrement la douleur.
- 3^o L'utérus est gros, élevé, sensible, augmente parfois de volume et de consistance.
- 4^o La métrite est toujours accompagnée d'accélération du pouls et d'élévation de température. L'état général laisse à désirer.

(11) Des arrières-maux par suite de la rétractibilité normale de la matrice et un phénomène physiologique pour les premières semaines qui se produisent en la multiparae que l'on ne peut pas dire de l'état normal.