

TROISIÈME SECTION

DES SUITES DE COUCHES NORMALES

ÉTUDE CLINIQUE DES SUITES DE COUCHES NORMALES

Après l'accouchement, les organes maternels subissent une évolution en sens inverse de celle qu'ils ont accomplie, et qui doit les ramener à leur état normal.

Ce sont les phénomènes de ce travail de régression ou d'*involution* qui portent le nom de « suites de couches ».

Les voies génitales externes, vulve et vagin, dilatées et éraillées, se rétrécissent et se cicatrisent.

L'utérus, le plus modifié pendant la grossesse, subit aussi les modifications les plus importantes : elle portent sur le corps et le col.

Le corps qui, peu après l'accouchement, a augmenté brusquement de volume (1), diminue progressivement jusqu'au retour à son état primitif : c'est ce qu'on appelle « l'involution utérine ».

Le volume de l'utérus les (réservoirs étant vidés) s'apprécie à l'aide du bord cubital de la main qui en recherche le fond.

L'utérus qui, après la délivrance, était un peu au-dessus de l'ombilic, au bout de la première semaine est à peu près à quatre travers de doigt au-dessous.

Au bout de la première quinzaine, il est à six ou sept travers de doigt au-dessus de la symphyse.

Ce n'est guère qu'un mois ou un mois et demi après l'accouchement qu'il est revenu à son point de départ.

Le col se reconstitue après l'accouchement ; immédiate-

(1) Voir notre *Anatomie et Physiologie génitales et obstétricales*. Il ne faut pas confondre cette augmentation de volume avec celle qui est produite par la distension utérine due à une hémorragie.

ment après l'expulsion on peut sentir ses limites, mais il est mou et flasque et en large communication avec le segment inférieur.

Au bout de quelque temps, le col revient à sa disposition première, sauf certaines modifications : il est plus court, son orifice est devenu transversal, et présente une encoche cicatricielle.

Enfin la muqueuse utérine va se reformer.

Ce travail, surtout le travail utérin, s'accompagne d'écoulements composés de sang, de leucocytes, de débris épithé- liaux, connus sous le nom de *lochies*.

Pendant les trois premiers jours, les lochies sont san- glantes, puis elles deviennent sanguinolentes, enfin mu- queuses. Cet écoulement cesse d'être assez abondant à partir du dixième jour ; il n'y a en général alors qu'un simple suintement.

Les lochies ont une odeur fade particulière, *sui generis* ; mais nullement forte, nauséuse, à moins d'altération patho- logique.

Parfois l'écoulement se prolonge, est plus sanglant qu'il ne devrait être ; il y a alors défaut d'involution.

Les tranchées utérines ne sont pas un phénomène normal des suites de couches : celles-ci peuvent parfaitement se passer sans elles. Les tranchées à moins d'intensité spé- ciale, sont un simple incident ; elles indiquent qu'il y a dans l'utérus un contenu, caillot, produit de sécrétions ou débris, dont il veut se débarrasser en se contractant.

Les annexes utérines subissent aussi ce travail de retour à l'état premier.

Six ou huit semaines après l'accouchement si la femme n'allait pas, les règles reparaissent : c'est ce qu'on appelle le « retour de couches ».

Il n'est pas rare que les femmes, vers le 20, 25^e jour, perdent un peu de sang sans que cette perte ait rien de pathologique. Il ne faut pas la confondre avec le *retour de couches*.

Les parois abdominales distendues reviennent aussi sur elles-mêmes, mais le plus souvent incomplètement ; elles

restent affaiblies. La peau a perdu de sa tonicité, elle est ridée, les vergetures, la pigmentation persistent.

Les modifications de pigmentation cutanée qu'on observe aussi à la face sont rarement durables : elles finissent par disparaître.

La sécrétion urinaire est activée pendant les premiers temps des suites de couches ; le travail d'élimination, ralenti pendant la gestation, est maintenant accéléré.

Du côté du *système circulatoire* on constate assez régulièrement, pendant les trois premiers jours, un ralentissement des pulsations.

Les fonctions digestives reprennent vite : mais les intestins sont en général paresseux.

Les mamelles subissent des modifications toutes spéciales ; c'est maintenant, alors que les autres organes se reposent, qu'elles fonctionnent. Nous les étudierons à propos du lait et de l'allaitement.

Très souvent après l'accouchement la femme fatiguée a un *frisson* sans élévation de température qui ne doit pas inquiéter, et qui était même considéré comme de bon augure par les anciens accoucheurs.

La température n'est normalement pas plus élevée et doit à peine atteindre 38 degrés centigrades : quand cela se produit il y a une complication infectieuse.

CONDUITE A TENIR VIS-A-VIS DE L'ACCOUCHÉE PENDANT LES SUITES DE COUCHES

Toilette. — Deux fois, et au bout de la semaine une fois par jour, on fera une toilette vulvaire et vaginale soignée : celle-ci terminée, on mettra une compresse de ouate hydrophile sur la vulve.

Nous rappelons que les éponges ont été proscrites et remplacées par des tampons de ouate hydrophile ou par des compresses antiseptiques.

La toilette vulvaire sera renouvelée après chaque satisfaction d'un besoin naturel.

L'on fera aussi la toilette des seins, renouvelée après

chaque tétée : lavages à l'eau boriquée tiède, onctions avec de la vaseline boriquée (voir Allaitement).

Fonctions d'évacuation. — L'évacuation intestinale est paresseuse : il faut y veiller particulièrement, s'enquérir si les femmes vont à la selle ; le meilleur moyen de régulariser cette fonction est l'usage de lavements glycélinés.

Les malades ne devront pas se lever : on leur passera le bassin.

Il n'est pas rare qu'après l'accouchement, et pendant les quelques jours qui suivent, l'urine s'évacue mal : il y a rétention complète ou incomplète d'urine. Ceci se voit surtout lorsque l'accouchement a été long ; il y a de la parésie vésicale et souvent alors un peu de cystite.

Il faut donc rechercher cette rétention, demander aux femmes si elles ont uriné. Si la miction est paresseuse, on peut la provoquer ou l'activer en faisant tomber sur la région vésicale de l'eau chaude qui excite la contractilité vésicale ; on ne doit pas attendre que la vessie soit tout à fait pleine, mais, dans le cas de rétention complète, sonder la femme toutes les quatre heures environ et faire suivre l'évacuation d'un lavage vésical avec de l'eau boriquée tiède. Ce lavage se fait avec une seringue ; on n'injecte à la fois que 40 à 50 grammes de liquide ; on donne un coup de piston brusque, puis on retire la canule et on laisse évacuer le liquide introduit ; la quantité totale de liquide à introduire varie suivant le cas : 200 grammes en moyenne.

Alimentation. — Dès le premier jour l'accouchée pourra prendre des aliments liquides, des potages, du lait : le lait est un excellent aliment à recommander. On permettra comme boisson ordinaire de l'eau rougie, et volontiers on conseillera de prendre à chaque repas un petit verre de bordeaux pur.

Passé les premières vingt-quatre heures, l'on pourra rapidement revenir à l'alimentation ordinaire.

Il y a, du reste, des indications particulières assez variables dictées par l'état de l'accouchée et dont l'appréciation est laissée à la sagacité de chacun.

Température de la chambre. — Cette température sera en moyenne de 17 à 18 degrés; il importe de renouveler l'air. Si la chambre de la malade communique avec une chambre voisine, il est préférable d'ouvrir les fenêtres de cette dernière; mais il faut veiller à ce que la femme ne prenne pas froid, ne soit pas exposée à un courant d'air; pour cela on couvrira la malade de couvertures, jusqu'au cou, et autour du lit on mettra un grand paravent.

Séjour dans le décubitus dorsal. — La femme ne peut et ne doit reprendre son attitude verticale, que lorsque son appareil génital interne, utérus et annexes ligamenteuses, plancher pelvien, a repris son état normal: autrement c'est s'exposer à interrompre le travail de régression utérine, et à voir l'utérus prendre des positions vicieuses; la plupart des métrites et déviations utérines n'ont pas d'autres causes (1). Aussi une femme ne doit-elle reprendre sa vie habituelle, après un accouchement normal, que **5 ou 6 semaines** plus tard, mais elle ne restera pas tout le temps au lit.

Pendant la première semaine, décubitus dorsal au lit; à la fin, on peut la porter sur un lit voisin.

Pendant la deuxième et la troisième semaine, séjour au lit, mais avec permission d'abord de soulever un peu le tronc par des oreillers, puis, à la fin, de se mettre sur son séant pour les repas ou pour donner le sein.

A la quatrième semaine, on pourra permettre à la femme de s'étendre sur une chaise longue, en peignoir, d'abord une heure, puis deux heures et ainsi de suite graduellement en se réglant sur l'état des forces de l'accouchée.

Au bout d'un mois, elle commencera à circuler un peu dans la chambre. Au bout de cinq semaines, premières sorties en voiture, puis à pied, mais de courte durée.

Il est impossible toutefois de donner des règles *absolues*; le grand point de repère c'est l'état de régression de l'utérus. Quand l'utérus redevient organe pelvien, on peut

(1) Ce repos indispensable constitue, de plus, une sauvegarde contre l'accident terrible d'embolies.

permettre à la femme de se lever. Si l'involution tardait à se faire, on pourrait la favoriser par du massage utérin prudemment et doucement fait et par des injections vaginales, à 45 degrés, frappant le col.

On ne permettra les voyages, sauf nécessité urgente, et les exercices fatigants, que trois mois après l'accouchement.

Les rapports conjugaux ne doivent être autorisés qu'après l'apparition du retour de couches, c'est-à-dire six semaines environ après l'accouchement. Comme les recommandations médicales sont toujours, sur ce point, peu écoutées, on fera bien dans la pratique de reculer encore un peu la limite. Les rapprochements, en congestionnant les organes génitaux, retardent ou arrêtent l'involution (1).

(1) Dans la pratique courante, soit par nécessité, soit par routine ou par résistance des malades, il est souvent difficile de faire exécuter ces prescriptions.