

## CINQUIÈME PARTIE

### DE L'ÉTAT PUERPÉRAL

---

#### CHAPITRE PREMIER

##### DES SOINS A DONNER A LA FEMME PENDANT L'ÉTAT PUERPÉRAL

Les soins à donner à la femme après l'accouchement, et l'intelligence des maladies qui peuvent survenir à cette période, s'expliquent aisément par l'étude des phénomènes qui suivent les couches, et les modifications que subit le système maternel pendant l'état puerpéral. Nul doute que l'accouchement normal ne soit une fonction physiologique non morbide, et que le rétablissement de la femme doive être exempt de toute complication. Mais il ne faut pas oublier que pas une seule femme ne se trouve dans des conditions absolument physiologiques. Tout ce qui environne la femme en couches, les effets de la civilisation, les écarts de régime, le défaut de propreté, la contagion et cent autres choses qu'il est impossible d'apprécier, ont une influence considérable sur les résultats de l'enfantement. Il en découle que le travail, même dans les conditions les plus favorables, expose à des dangers de toutes sortes.

Il n'est pas facile de déterminer avec certitude quelle est la mortalité attribuable à l'enfantement dans la pratique ordinaire, parce que les résultats donnés par les rapports du registre général, ou puisés à des sources particulières, sont sujets à une foule d'erreurs. L'estimation qui paraît se rapprocher le

Il est important  
d'étudier l'état puerpéral.

Mortalité.

plus de la vérité est celle du Dr Matthews Duncan<sup>1</sup>; il a calculé, d'après des statistiques d'origines diverses, qu'il ne mourait pas moins d'une femme sur 120, dans le mois qui suit l'accouchement, parmi celles qui ont été délivrées à terme ou à peu près. Cette proportion indique une mortalité beaucoup plus élevée que celle qui est admise généralement dans les circonstances favorables. Elle se rapproche cependant d'une estimation qui a été faite par Mc Clintock : une mort pour 126<sup>2</sup> en Angleterre et dans le pays de Galles, et une pour 146 dans la classe élevée et la classe moyenne, où les conditions doivent naturellement être considérées comme plus favorables. Ces calculs sont sujets à bien des erreurs, parce qu'ils renferment tous les cas de mort survenue dans les quatre semaines après l'accouchement, et les causes de quelques-unes d'entre elles sont tout à fait étrangères à l'état de puerpéralité.

Mais il n'y a pas que les morts à considérer. Tous les praticiens savent qu'une grande quantité de leurs clientes souffrent d'affections diverses qui peuvent être directement imputées aux effets de la maternité. Il est impossible d'arriver sur ce point à aucune conclusion statistique, mais cette influence est très sensible et très importante en ce qui concerne la santé des mères.

Allérations du sang  
après l'accouchement.

J'ai déjà parlé de l'état du sang pendant la grossesse; son action sur la puerpéralité est considérable. L'hyperinose, déjà très marquée, s'accroît encore fortement par suite des modifications qui surviennent immédiatement après la naissance de l'enfant; en effet, le large torrent sanguin qui se dirigeait sur l'utérus est subitement arrêté, et l'organisme doit se débarrasser d'une quantité de matériaux inutiles qui sont lancés dans la circulation par suite de la dégénérescence des fibres musculaires de l'utérus. Tous les canaux excréteurs par lesquels ils sont éliminés sont donc appelés à une grande activité. En outre, si l'on considère les conditions de la dégénérescence

1. *The mortality of Childbed* (*Edin. med. Journ.*, nov. 1869).

2. *Dublin Quaterly Journ.*, Aug. 1869.

elle-même, les larges vaisseaux ouverts à la face interne de l'utérus, la dénudation partielle de cette surface, les voies d'absorption nées des petites déchirures du col ou du vagin, on ne sera certes pas surpris de la fréquence des maladies septiques.

Considérons successivement les diverses modifications qui surviennent après l'accouchement, et nous pourrons ensuite étudier convenablement les soins rationnels à donner à la femme pendant l'état puerpéral.

On observe après la plupart des accouchements une secousse nerveuse ou un certain degré d'épuisement, phénomène quelquefois absent, quelquefois très prononcé. Il est proportionné à la sévérité du travail et à la susceptibilité de la femme, il est donc plus marqué chez celles qui ont souffert de fortes contractions, qui ont été soumises à des efforts musculaires considérables, ou qui ont été épuisées par une hémorrhagie excessive. Il se reconnaît à une sensation d'ébranlement et de fatigue, et il n'est pas rare qu'il y ait quelques frissons passagers, bientôt suivis d'un sommeil réparateur. La susceptibilité nerveuse est extrême pendant longtemps après la délivrance; elle indique à la femme la nécessité de se tenir autant que possible à l'abri de toute cause d'excitation.

Secousse nerveuse.

Immédiatement après l'accouchement, le pouls tombe, et nous en avons déjà fait ressortir l'importance, parce que c'est un indice du bon état de la femme. L'état du pouls a été soigneusement étudié par Blot<sup>1</sup>. Il a montré que ce ralentissement, en rapport, selon lui, avec une augmentation de la tension artérielle, par suite de l'arrêt subit de la circulation utérine, persiste, presque toujours, pendant longtemps après l'accouchement; et au point de vue de son importance clinique, pendant toute cette période, la femme peut être considérée comme dans de bonnes conditions. Quelquefois la lenteur du pouls est remarquable, on a compté 50 et même 40 pulsations seulement par minute. Toute exagération dans la rapidité, surtout si elle persiste, doit être notée avec soin et faire naître

Chute du pouls.

1. *Arch. gén. de méd.*, 1864.

des soupçons. Toutefois il faut se rappeler que chez les femmes qui viennent d'accoucher les circonstances les plus simples peuvent provoquer une subite élévation du pouls. Ces faits sont familiers à tous les accoucheurs, qui ont des occasions fréquentes de les observer après une excitation ou une fatigue passagère. Dans les hôpitaux d'accouchement, on a généralement observé que tout accident grave provoque une élévation du pouls chez toutes les autres femmes qui en ont connaissance.

Température pendant l'état puerpéral.

La température chez la femme en couches fournit des renseignements précieux. Elle subit une légère élévation pendant et peu de temps après le travail, mais elle tombe bientôt, parfois même plus bas que le niveau normal. Squire a trouvé que la chute survient dans les 24 heures, quelquefois dans les 12 heures, après la terminaison de l'accouchement<sup>1</sup>. Pendant quelques jours, il peut exister une légère élévation, causée probablement par l'oxydation rapide qui résulte de l'involution utérine. Au bout de quarante-huit heures environ, l'élévation est due à l'établissement de la lactation, et elle atteint un demi-degré ou un degré au-dessus du niveau normal; mais elle tombe aussitôt que la sécrétion du lait est librement établie. Crede<sup>2</sup> a démontré aussi qu'il peut survenir, à n'importe quel moment, des élévations de température rapides, mais passagères, sous l'influence de causes banales, par exemple la constipation, un écart de régime, ou l'excitation cérébrale. Mais chaque fois qu'il existe une élévation de température continue, surtout si elle dépasse 38° et qu'elle s'accompagne de rapidité du pouls, on doit craindre avec raison l'existence de quelque complication.

Sécrétions et excréments.

L'activité des sécrétions et des excréments diverses est augmentée après l'accouchement. La peau surtout fonctionne avec énergie, et la femme a souvent des sueurs profuses. La sécrétion urinaire est également très abondante; mais l'évacuation en est souvent difficile, soit à cause d'une paralysie temporaire du col de la vessie, résultat de la compression à laquelle elle a

1. *Puerperal Temperatures, Obstet. Trans.*, vol. IX.

2. *Mon. f. Geburt.*, déc. 1868.

été soumise, soit à cause du gonflement ou de l'occlusion de l'urèthre. Pour la même raison, le rectum est paresseux pendant quelque temps, et la constipation est fréquente. En général, l'appétit est modéré, mais la soif vive.

Sécrétion du lait.

Au bout de quarante-huit heures environ, la sécrétion du lait s'établit, au milieu de quelques symptômes d'irritation constitutionnelle. Les seins sont souvent gonflés, chauds et douloureux. Il peut se produire, mais pas toujours, quelques troubles généraux: augmentation du pouls, élévation de la température, frissons légers, sentiment vague d'oppression, mais tous ces phénomènes disparaissent rapidement aussitôt que le lait est monté et que les seins sont vidés par la succion. D'après Squire, le phénomène le plus constant est une légère élévation de la température à mesure que le lait est sécrété, avec une chute rapide aussitôt que la lactation est établie. Barker a noté une élévation, soit du pouls, soit de la température, seulement dans 4 cas sur 52 qu'il a soigneusement examinés. Il n'y a pas de doute qu'on ait exagéré énormément l'importance de ce qu'on appelle « la fièvre de lait »; son existence, en tant que phénomène normal de la puerpéralité, est plus que douteuse. Il est certain toutefois que, dans la petite minorité des cas, il y a des troubles appréciables vers le moment où le lait est formé. Quelques auteurs modernes, Winckel, Grünwaldt et d'Espine nient entièrement les rapports de ces troubles avec la lactation, et en font une septicémie légère et fugace. Graily Hewitt a remarqué qu'on les observe plus communément lorsque la femme a été soumise à un régime débilitant après l'accouchement, surtout si son organisme a été épuisé par une hémorragie ou toute autre cause. Cette observation expliquera sans doute la rareté des troubles fébriles pendant la lactation, lorsqu'on ne considère pas la diète comme nécessaire pour les femmes qui viennent d'accoucher. Il est certain que le phénomène auquel on donne le nom de fièvre de lait est tout à fait exceptionnel, et cet état fébrile, quand il existe, est passager. Il est d'observation également qu'il se montre surtout chez

G. W. B.

les femmes délicates et malades, particulièrement chez celles qui ne nourrissent pas ou ne peuvent pas le faire. Cependant il n'y a aucune raison suffisante pour le rapporter à la septicémie, même lorsqu'il est très prononcé. Le soulagement qui survient dès que les seins sont vidés prouve certainement qu'il est lié à la lactation, et le malaise qui accompagne toujours le gonflement et la turgescence des mamelles en donnent une explication suffisante.

Rétraction de l'utérus après la délivrance.

Immédiatement après l'accouchement, l'utérus se rétracte fortement, et on peut le sentir à la partie inférieure de l'abdomen sous la forme d'un globe dur et résistant, à peu près du volume d'une balle de cricket. Au bout de quelque temps, il se relâche quelque peu, et cette rétraction et ce relâchement alternatifs se produisent, par intervalles, pendant un temps considérable après l'expulsion du placenta. Plus la rétraction est complète et permanente, plus il y a de sécurité et de bien-être pour la femme; car, lorsque l'organe reste en relâchement partiel, les caillots peuvent être retenus dans sa cavité, et, en même temps, l'air trouve un accès plus facile pour y pénétrer. Leur décomposition est par conséquent favorisée, et les chances d'absorption septique sont plus grandes; si cet accident ne se produit pas, les fibres musculaires sont excitées à se contracter, en produisant de vives douleurs.

Diminution de volume de l'utérus.

Après les premiers jours, le volume de l'utérus diminue avec une grande rapidité. Vers le sixième jour, il ne fait plus qu'une saillie de quatre à cinq centimètres au-dessus du détroit supérieur, le onzième jour, on ne le sent plus par le palper abdominal. Toutefois il a encore un gonflement appréciable par le toucher vaginal, et, si l'on a occasion de faire un examen interne, on peut sentir, pendant plusieurs semaines après l'accouchement, la paroi du segment inférieur de l'utérus, avec le col mou et perméable. Ce fait a quelquefois une valeur pratique dans les cas où il est nécessaire de diagnostiquer un accouchement récent; dans ces circonstances, ainsi que l'a signalé Simpson, la sonde utérine nous permettra de reconnaître que la cavité de la ma-

trice est considérablement allongée. L'utérus et le col ne sont revenus à leur état normal que six semaines ou deux mois après l'accouchement. Ces observations sont confirmées par les recherches sur le poids de l'organe aux différentes périodes qui suivent la délivrance. Ainsi Heschl<sup>1</sup> a démontré que l'utérus, immédiatement après l'accouchement, pèse environ de 650 à 700 grammes; au bout d'une semaine, il pèse de 550 à 600 grammes; à la fin de la seconde semaine, de 300 à 320 grammes seulement. A la fin de la troisième semaine, il pèse de 150 à 200 grammes, et ce n'est qu'à la fin du second mois qu'il est revenu à son poids normal. Il paraît donc que la diminution la plus rapide a lieu pendant la deuxième semaine après l'accouchement.

Poids de l'organe après l'accouchement.

Cette diminution de volume s'opère par une transformation des fibres musculaires énormément hypertrophiées en molécules graisseuses qui sont absorbées par le système vasculaire de la femme; celui-ci se charge donc d'une quantité considérable de matériaux usés. Heschl a démontré que la masse tout entière des muscles utérins hypertrophiés est enlevée et remplacée par des fibres de formation nouvelle qui commencent à se développer vers la quatrième semaine après l'accouchement, toutes les modifications étant terminées vers la fin du second mois. En général, le processus d'involution s'opère sans interruption, mais il peut être entravé par diverses causes, par exemple un effort prématuré, une maladie intercurrente, et, très probablement, si la femme n'allait pas. Dans ce cas, l'utérus reste souvent volumineux, développé, en état d'involution incomplète, prédisposé par conséquent à des affections ultérieures.

Transformation graisseuse des fibres musculaires.

Williams a attiré l'attention sur les modifications qui surviennent dans les vaisseaux utérins; quelques-unes d'entre elles sont permanentes et peuvent, si ces recherches sont confirmées par de nouvelles observations, nous permettre de distinguer un utérus nullipare de celui qui a été développé par

Modifications dans les vaisseaux de l'utérus.

1. *Researches on the conduct of the human uterus after delivery.*

la grossesse : question importante au point de vue médico-légal. Après une grossesse, il a trouvé le calibre de tous les vaisseaux augmenté. Les tuniques des artères sont épaissies et hypertrophiées, et ce phénomène est encore persistant dans l'utérus de femmes âgées qui n'ont pas eu d'enfants depuis fort longtemps. Les sinus veineux, surtout au siège de l'inser-

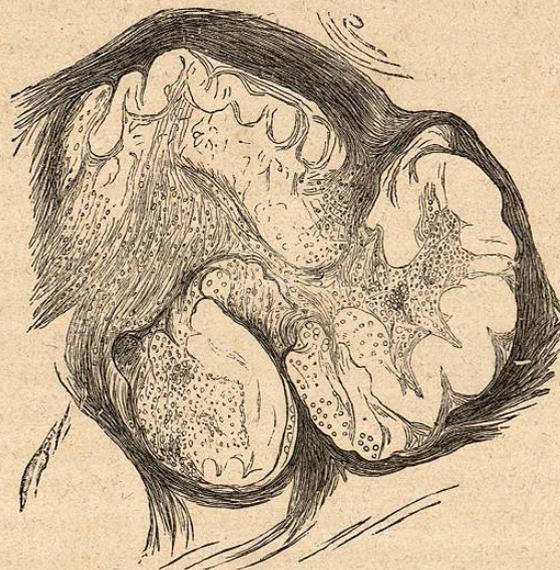


Fig. 171. — Coupe d'un sinus utérin au siège du placenta, neuf semaines après l'accouchement (d'après Williams).

tion placentaire, ont aussi leurs parois très épaisses et involutées, avec un petit caillot central (fig. 171). Cet épaississement atteint ses plus grandes dimensions dans le troisième mois qui suit l'accouchement, mais on en retrouve encore des traces au bout de dix ou douze semaines au moins.

Modifications dans la muqueuse utérine.

Les modifications qui surviennent dans la membrane muqueuse utérine après l'accouchement ont une importance capitale au point de vue de l'étude de la puerpéralité; nous les avons déjà discutées en décrivant la caduque (page 100). La cavité est tapissée d'une couche gris rougeâtre de sang et de fibrine. Les orifices béants des sinus utérins sont encore vi-

sibles, surtout au siège de l'insertion du placenta, et on peut apercevoir des thrombus faisant saillie de leur intérieur. L'insertion placentaire est très distinctement apparente, sous forme d'une tache irrégulièrement ovale, où la muqueuse est plus épaisse qu'ailleurs.

Le vagin se rétracte bientôt, et au bout d'un mois il a repris ses dimensions normales; toutefois, chez les femmes mères, il reste toujours plus lâche et moins rugueux que chez les nullipares. La vulve, d'abord très large et très distendue, reprend aussi sa forme première. Les parois abdominales restent flasques et lâches pendant un temps considérable, et les rayures blanches qui ont été produites par la distension de la peau persistent généralement sous forme de marques permanentes. Chez quelques femmes, surtout lorsqu'on a négligé l'application d'un bandage convenable, l'abdomen reste flasque et pendant.

Pendant trois semaines environ après l'accouchement, il s'écoule de la cavité utérine un flux, connu sous le nom de *lochies*. Au début, c'est presque du sang pur, mélangé de quelques caillots. Si la rétraction de l'utérus n'a pas été suffisamment obtenue après l'expulsion du placenta, il s'échappe avec les lochies, pendant un ou deux jours, des caillots d'un volume souvent considérable. Trois ou quatre jours après, le caractère sanglant des lochies est modifié : elles ressemblent à de l'eau rousse et sont appelées *lochia rubra* ou *cruenta*. D'après les recherches de Wertheimer<sup>1</sup>, elles se composent alors principalement de globules sanguins, mélangés à des plaques épithéliales, de corpuscules muqueux, et des débris de la caduque. L'aspect de l'écoulement se modifie peu à peu, au bout de sept ou huit jours il a perdu sa coloration rougeâtre : c'est un liquide pâle et vert, d'une odeur particulièrement nauséabonde et désagréable, et on l'appelle vulgairement « les eaux vertes ». Il ne contient plus qu'une quantité minime de globules sanguins, qui diminue de jour en jour, mais un nombre

Rétraction du vagin, etc.

Écoulement des lochies.

1. Virchow's *Arch.*, 1861.