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

a, 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 1864.)

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 complétement au moment où les seins deviennent le siége 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'enfonce 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 complétement 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).

A 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 grisâtre, 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 siége 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'enfonce 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 boursouflée 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. *Caduque* 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

passe 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