

LIVRE III

MALADIES DES FEMMES APRÈS L'ACCOUCHEMENT

Il est impossible d'établir dans ces maladies aucune classification régulière, à cause de leur mode irrégulier de production et du grand nombre de tissus qu'elles intéressent.

Afin de bien définir les limites de l'état morbide, je décrirai d'abord les phénomènes ordinaires de la convalescence avec les oscillations diverses qu'ils peuvent présenter en dehors de toute maladie, et j'ajouterai quelques conseils applicables aux femmes qui viennent d'accoucher.

Nous avons ensuite décrit : 1° les maladies qui portent sur le système utérin et celles qui en dérivent directement; 2° certaines affections fébriles; 3° les maladies du sein, et enfin 4° certaines maladies du système vasculaire.

SECTION PREMIÈRE

HYGIÈNE DES NOUVELLES ACCOUCHÉES

CHAPITRE PREMIER

DE LA CONVALESCENCE APRÈS L'ACCOUCHEMENT

Nous supposerons d'abord que la malade avant son accouchement était forte et d'une bonne santé; que les phénomènes et la durée du travail ont été naturels, c'est-à-dire moins de vingt-quatre heures; que suivant les règles habituelles la première et la deuxième période du travail ont duré chacune d'une à deux ou trois heures et qu'il n'est survenu aucune complication, telle que convulsions, hémorrhagies, etc.

Si l'on examine l'état de la malade quelques heures après l'accouchement, on trouve un changement notable dans l'état local et dans l'état général, lequel ne peut être attribué seulement à la fatigue. Le système nerveux est plus ou moins affecté; les sécrétions sont modifiées, et il s'en

produit de nouvelles. Le système utérin lui-même est complètement modifié, la circulation est troublée, etc.

Examinons rapidement ces diverses modifications.

ARTICLE PREMIER

SYSTÈME NERVEUX

L'altération soudaine des yeux, la sensibilité accrue ou diminuée du cerveau, le trouble des fonctions respiratoires et du système vasculaire, la modification des sécrétions, l'épuisement général, etc., etc... tout sert de preuve pour démontrer l'intensité des troubles du système nerveux. Quand l'accouchement a été facile, cet ébranlement n'est pas considérable et la malade se rétablit promptement. Mais il n'en est pas de même quand l'altération a été plus profonde. Je ne puis être de l'avis des médecins qui attribuent cet état particulier de la malade aux fatigues qu'elle a eu à supporter. Hamilton, d'Edinburgh, est du même avis et considère l'ébranlement nerveux comme un effet du travail. Si l'on met la malade à l'abri de toute cause d'excitation ou d'émotion, l'ébranlement général dure peu de temps et la malade dort quelques heures. Suivant la rapidité avec laquelle ces accidents divers disparaissent, on préjugera du rétablissement et de la santé consécutive des malades.

ARTICLE II

SYSTÈME CIRCULATOIRE ET RESPIRATOIRE

Les troubles qu'ont à supporter les appareils circulatoire et respiratoire prouvent tout au moins un ébranlement nerveux et une fatigue musculaire. Par suite de recherches minutieuses, j'en suis arrivé aux résultats suivants: Pendant la deuxième période d'un accouchement, le pouls, très-variable suivant les individus, devient beaucoup plus fréquent. Immédiatement après l'accouchement, le pouls tombe en partie; il descend d'autant plus que la fréquence était plus grande. Au bout de quelques heures, il se fait une réaction fébrile, qui tombe et disparaît en même temps que la sécrétion du lait se produit. Comme exemple de ces faits, supposons que le pouls soit à cent vingt pulsations: au moment du collapsus, il tombera peut-être à soixante. Une réaction nouvelle a lieu et le pouls s'élève jusqu'à cent ou cent dix pulsations.

Je ne donne pas ce fait comme étant en rien la règle, mais comme un exemple des faits que j'ai souvent observés. Je n'ai jamais d'ailleurs pu me rendre compte de l'état du pouls pendant la montée du lait comparé à l'état antérieur. Nous verrons même plus tard ce que l'étude de ces états divers a d'importance, quand nous étudierons les oscillations diverses qui se font autour de l'état normal: qu'il nous suffise de dire pour le mo-

ment que j'ai rarement vu manquer ces phénomènes sans qu'il n'y ait une cause sérieuse.

[Les figures 244 et 245, dit M. Marey (1), sont des exemples de ralentissement du pouls après l'accouchement. D'après la forme du tracé, ce



Fig. 244. — Pouls ralenti après l'accouchement.

ralentissement, signalé par Hipp. Blot (2), nous semble, aussi bien que celui de l'ictère, produit par une élévation de la tension artérielle. Une pareille rareté des battements du cœur s'accompagnerait de rebondissements mul-



Fig. 245. — Pouls ralenti après l'accouchement.

tiples et très-prononcés de la pulsation, si la tension artérielle n'était pas très-élevée. Il ne faut donc pas attribuer cette rareté du pouls à une influence primitivement portée sur le cœur, mais à une modification de la circulation périphérique. Nous avons émis l'hypothèse que l'élévation de la tension artérielle après l'accouchement peut tenir à l'oblitération des vaisseaux utérins qui, pendant la grossesse, fournissaient une large voie pour le passage du sang des artères dans les veines. Mais ce n'est là qu'une supposition sur laquelle nous ne nous appesantirons pas.]

A la suite d'un accouchement naturel, quand l'ébranlement nerveux a été modéré, la fréquence de la respiration est en rapport avec celle du pouls. Pendant l'accélération du pouls, le nombre des inspirations est beaucoup plus grand (le pouls étant devenu plus fréquent dans la seconde période); elles deviennent plus rares avec la période de collapsus.

ARTICLE III

UTÉRUS, COL UTÉRIN, VAGIN, TÉGUMENTS ABDOMINAUX

I. *Utérus*. — Immédiatement après l'accouchement, l'utérus se contracte plus ou moins énergiquement. Les diamètres en arrivent à ceux que présente la tête d'un enfant. Cette contraction est utile à plusieurs points

(1) Marey, *Physiologie médicale de la circulation du sang*. Paris, 1863, p. 546.

(2) Blot, *Du ralentissement du pouls dans l'état puerpéral* (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 28 juillet 1863, t. XXVIII, p. 125).

de vue: elle empêche les hémorrhagies, elle débarrasse la cavité utérine et diminue le calibre des artères et des veines utérines. Après une courte période de contractilité, l'organe tombe dans le relâchement pour entrer ensuite de nouveau en contraction. Ces contractions répétées et l'absorption qui s'exerce sur toutes les parties réduit peu à peu le volume de l'utérus, et, vers le huitième ou le dixième jour, l'organe est devenu assez petit pour descendre dans le bassin.

Jusqu'à l'organe peut-être examiné à travers les parois abdominales relâchées, et l'on se rend ainsi compte de ses diverses conditions. Mais, une fois l'organe réduit, on ne sent plus au niveau du détroit supérieur que le fond de la matrice, et après une semaine l'organe disparaît entièrement. Quelques auteurs, tels que Murat et Ramsbotham, attribuent cette rapide diminution de volume aux contractions utérines seules; d'autres avec Hamilton pensent que l'absorption agit en même temps avec rapidité, et les recherches récentes de Hamilton confirment cette opinion. Heschl décrit minutieusement cette marche des organes, et ses recherches confirment celles de Retzius (de Stockholm).

[Sur 38 femmes (20 multipares, 18 primipares) que nous avons pu observer au point de vue qui nous occupe, l'utérus, au moment du travail, s'élevait en général au-dessus du pubis de 20 à 22 centimètres, et avait, dans le sens transversal, de 16 à 18 centimètres. 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. J'ai 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 ou 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.

Chez les primipares, la disparition de l'organe derrière la symphyse pubienne a lieu un peu plus rapidement que chez les multipares. Mais la différence n'est pas tout à fait aussi considérable que celle qu'indique Cazeaux. Chez les multipares que j'ai observées, c'était le treizième jour environ que l'utérus n'était plus senti dans l'aire du détroit supérieur; c'était le dixième en général chez les primipares. Je dois ajouter que, pour ces dernières, les parois abdominales ne présentent que rarement des conditions aussi favorables à l'exploration que chez les premières.

Il se présente certains faits cependant qui ne rentrent pas dans le tableau que je viens de tracer du retrait utérin: la matrice, en effet, sans cause aucune, reste volumineuse beaucoup plus longtemps, et quelquefois, comme je le dirai, assez pour constituer une véritable maladie. Je n'ai jamais vu les choses arriver à ce point; mais j'ai vu des utérus dont le retrait derrière les pubis n'avait lieu qu'au bout de dix-huit, vingt, et une fois même vingt-deux jours, sans qu'aucun accident soit venu troubler la santé générale de ces femmes (elles étaient seulement sujettes à des écoulements leucorrhéiques).

Je n'ai jamais vu un seul cas dans lequel l'utérus n'était plus accessible à la palpation dès le quatrième jour.

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, nous permettra 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 moins 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 (1).]

Il peut être intéressant d'avoir un aperçu rapide des modifications diverses qu'ont eu à subir les tissus, d'après les recherches les plus récentes. Suivant Heschl (2), les fibres utérines subissent une transformation tout à fait grasseuse, laquelle commence entre le quatrième et le huitième jour. A mesure que cette transformation grasseuse fait des progrès, l'utérus devient friable: les tissus environnants disparaissent par absorption; les fibres perdent elles-mêmes la coloration rouge et deviennent jaunâtres. A peu près vers la quatrième semaine, l'utérus ayant repris son volume normal, on voit se former un nouveau tissu dans le corps même de l'organe et dans les couches extérieures il se forme des noyaux, puis des cellules, et enfin ces cellules elles-mêmes se transforment en véritables fibres musculaires. A mesure qu'elles se développent, le tissu ancien est résorbé et la nouvelle transformation est achevée à la fin du deuxième mois. Au moment où ce travail intérieur se passe dans le col, il se produit souvent des hémorrhagies qui donnent aux tissus une apparence ecchymotique que l'on peut prendre ensuite pour les effets de l'accouchement. Les veines et les capillaires subissent d'ailleurs une transformation semblable à celle des fibres musculaires.

[[M. Ch. Robin pense que ces éléments diminuent simplement de volume et il rejette absolument l'opinion de Heschl, d'après laquelle les fibres-cellules se résorbent pour être toutes remplacées par des fibres de nouvelle formation (3).]

Kölliker admet que la diminution de volume de l'organe est due principalement à l'atrophie des éléments contractiles, et que trois semaines après la grossesse, ces éléments, dans lesquels se sont déposées des granulations grasseuses, ont repris la longueur qu'ils présentent dans l'utérus vierge. Peut-être cependant, dit cet auteur, certaines fibres-cellules sont-elles complètement résorbées (4).]

L'état de la cavité utérine présente aussi un grand intérêt. Deux ou trois jours après l'accouchement, la membrane muqueuse paraît lâche, froncée, en partie ramollie et recouverte par les débris de la membrane caduque. La portion à laquelle était fixé le placenta est un peu plus saillante, la surface en est inégale et semblable à un ulcère granuleux. Les dimensions sont notablement réduites. Cette surface interne de l'utérus est d'un brun cendré, ce qui, avec la couleur de l'écoulement, pourrait faire croire à un état morbide des parties. En pareil cas on a cru à de la gangrène. Si on fend les parois utérines, on reconnaît qu'elles

(1) Wieland, *Étude sur l'évolution de l'utérus*, thèse. Paris, 1858.

(2) Heschl, *Remarque sur l'état de l'utérus après l'accouchement*, trad. par R. M'Donnel (de Dublin).

(3) Robin, *Dict. de médecine*, art. UTÉRUS, 13^e édit., Paris, 1873.

(4) Kölliker, *Éléments d'histologie humaine*, 1871.

sont moins denses qu'à l'état normal et que les fibres sont plus distinctes les unes des autres. Les sinus sont beaucoup plus prononcés et au niveau de l'insertion placentaire on trouve des amas de caillots.

L'orifice et le col de l'utérus sont couverts d'ecchymoses et, parfois, on aperçoit de petites déchirures sur les lèvres de cet orifice. Le col reste entr'ouvert pendant plusieurs jours, puis il revient peu à peu sur lui-même. Suivant Heschl, le point d'insertion placentaire subit, comme le reste, la transformation en substance grasseuse et, ensuite, en tissu nouveau. Suivant Cruveilhier, Fergusson et autres, la membrane muqueuse tombe après l'accouchement, et les fibres musculaires restent à nu. Heschl a décrit ces transformations, mais il avoue que les faits ne sont pas très-clairs à ses yeux. Quelques jours après l'accouchement, la surface interne de l'utérus est couverte d'une substance rougeâtre, flasque, semblable à de la bouillie et formée par un épithélium cylindrique et par une substance celluleuse, dans laquelle on voit paraître les vaisseaux à la troisième semaine et, plus tard, les glandes. Il est à remarquer que cette exfoliation de la membrane muqueuse après l'accouchement est le seul fait de chute physiologique d'une membrane muqueuse et, d'après les quelques observations que j'ai été à même de faire, je suis disposé à partager l'avis de Duncan (1), que cette exfoliation n'a lieu qu'au niveau de l'insertion du placenta. Duncan a examiné avec le plus grand soin plusieurs utérus, et aucun n'était dépouillé de la membrane muqueuse. Dans un cas où la mort était survenue le quatrième jour après l'accouchement, il put constater que toute la surface interne de l'organe était tapissée par une membrane muqueuse. Il y avait déchirure au niveau de l'insertion placentaire dans une étendue de 3 à 4 pouces; aux orifices des veines, il y avait un grand nombre de caillots; partout ailleurs la membrane muqueuse était distincte et elle était couverte par les lochies. En grattant la première couche, on enlevait facilement les lochies et l'épithélium, et l'on voyait distinctement au-dessous la membrane muqueuse avec sa structure fibreuse.

[La nature du tissu qui double le col de l'utérus après l'accouchement n'a jamais soulevé la moindre objection; il n'en est pas de même pour la cavité du corps.

Cruveilhier (2) dit qu'après avoir eu de la peine à admettre les opinions de Coste sur la nature de la caduque utérine, il s'est pourtant rendu à l'évidence, après l'examen d'un certain nombre de pièces; mais il croit qu'après la parturition la muqueuse, détachée complètement, laisse à nu les fibres utérines, et elle tombe, dit-il, « comme la peau qui revêt le bois du cerf, à chaque renouvellement de ce bois ». L'opinion de Cruveilhier a eu des adeptes, non-seulement en France, mais encore à l'étranger :

(1) Duncan, *On the internal surfaces of the human uterus after delivery* (Brit. and for. med. chir. Review, octobre 1853, p. 506).

(2) Cruveilhier, *Traité d'anatomie pathologique*. Paris, 1856, t. III, p. 939.

Fergusson l'accepte de tous points. C'est sur ce fait de l'absence de tunique muqueuse après l'accouchement que sont fondées les idées qu'ont émises, sur la nature de certaines formes de fièvre puerpérale, les auteurs qui voient dans une lésion de l'utérus l'origine de cette grave affection.

Dans certains cas spéciaux, on a confondu avec de fausses membranes la muqueuse utérine, dont l'intoxication générale avait profondément modifié la vitalité, d'autant plus facilement que les éléments de la nouvelle membrane sont encore incomplètement développés, et que leur nutrition a été troublée par le fait même de la parturition. Dans d'autres circonstances, cette muqueuse, par les mêmes causes, s'est transformée en une sorte de putrilage que les mêmes pathologistes regardent comme le phénomène primordial de la fièvre puerpérale. Il est hors de doute cependant que, dans des faits d'un autre ordre, l'inflammation donne naissance à des productions nouvelles, et pervertit les fonctions normales de l'utérus au point de déterminer des accidents analogues à ceux que produirait la fièvre puerpérale; mais alors, comme l'a dit M. Tarnier (1), les affections développées sous cette influence ne diffèrent pas, dans leur expression symptomatologique, de ce qu'elles sont en dehors de l'état puerpéral, qui aggrave étrangement le pronostic.

Parmi ceux-là même qui ne croient pas qu'au moment de l'accouchement il existe déjà à la surface interne de l'utérus une muqueuse de nouvelle formation, il en est qui, ne pouvant se refuser à admettre l'existence d'un revêtement intérieur distinct des fibres musculaires, l'attribuent à la caduque vraie, dont une partie serait restée adhérente au tissu musculaire (ce fait, pour M. Ch. Robin, serait vrai pour la partie placentaire); d'autres y voient une couche de lymphes coagulées, qui sera en partie résorbée, en partie exfoliée, et rendue avec les lochies. La production de cette fausse membrane nécessiterait, suivant eux, un travail inflammatoire qui, dans aucun cas, ne peut être compatible avec le travail physiologique qui s'opère dans l'utérus à cette époque, et que du reste ne trahit aucun des symptômes observés après l'accouchement lorsque les choses se passent régulièrement. Quelquefois de petits lambeaux de caduque sont restés plus adhérents dans certains points et sont éliminés un peu plus tardivement (ce sont ces portions qui, après l'immersion de l'utérus dans l'eau, flottent sous forme de fragments un peu plus larges que les petites houppes filamenteuses que j'ai signalées).

Coste, en établissant d'une manière définitive la nature muqueuse de la couche interne de l'utérus après l'accouchement, a fait connaître exactement le travail de réparation dont elle est le siège.

« Au quatrième mois de la grossesse, dit-il, la muqueuse utérine ou caduque commence à perdre les caractères de vitalité énergique qu'elle

(1) Tarnier, *De la fièvre puerpérale observée à l'hospice de la Maternité*. Paris, 1858.

avait eus jusqu'alors et les caractères extérieurs (état criblé, vascularisation); elle devient de plus en plus moins adhérente aux parois utérines; elle s'amincit, s'atrophie; elle devient caduque. En même temps, commence à apparaître entre elle et la paroi musculaire une membrane très-mince d'abord, molle, feutrée, homogène, de formation nouvelle. Cette couche est la première trace de la muqueuse qui succédera à la caduque après l'accouchement; elle s'épaissit peu à peu après la délivrance, elle tapisse la face interne de l'utérus, dont par conséquent les fibres musculaires ne restent pas à nu. » (Coste, cité par Ch. Robin.)

On retrouve dans cette muqueuse les mêmes éléments anatomiques que dans la muqueuse ancienne; ceux-ci sont imparfaits, mais ils se développeront ultérieurement. La surface utéro-placentaire seule a conservé la plus grande épaisseur de son ancienne tunique muqueuse; derrière elle, il n'y a pas encore de tissu nouveau. Celle-ci, en effet, pendant tout le temps de la grossesse, au lieu de voir, comme la caduque vraie ou réfléchie, ses éléments vasculaires disparaître, a reçu des vaisseaux plus nombreux et plus volumineux. Aussi n'est-il pas étonnant qu'après l'accouchement, cette membrane, congestionnée et ramenée sur elle-même par la contraction des fibres musculaires, forme dans l'utérus des saillies inégales et mollasses qu'on a pu prendre pour des cotylédons d'un placenta maternel qui n'existe pas. Plus tard cette muqueuse s'exfoliera petit à petit dès que commencera le travail qui reproduira les éléments du tissu nouveau.

Suivant M. Colin (1), ce n'est que du vingtième au trentième jour que la muqueuse commence à reprendre ses qualités, et au soixante-dixième jour après la délivrance, elle est complètement reconstituée. — Heschl croit qu'après l'accouchement le tissu est formé surtout d'épithéliums cylindrique et pavimenteux et de jeunes cellules, au milieu desquels les vaisseaux ne deviennent apparents qu'au bout de trois semaines et les glandes plus tard encore.

II. *Col utérin.* — Si l'on touche une femme qui vient d'accoucher, le doigt arrive facilement jusqu'à l'orifice interne, qui est entr'ouvert et admet sans difficulté l'extrémité de l'index; il présente tout au plus un diamètre de 2 centimètres, même chez les multipares. M. Négrier (2) a un peu exagéré ses dimensions, en accordant, chez la femme primipare, un diamètre de 3 centimètres à l'orifice supérieur, qui, selon lui, serait plus dilaté encore chez la femme multipare: c'est à ce moment qu'on peut aisément constater que ce qu'on appelle communément *orifice supérieur* n'est pas un simple resserrement annulaire, mais qu'il mérite mieux le nom d'*isthme de l'utérus*, que lui a donné Calza.

(1) Collin, thèse de Paris, 1817.

(2) Négrier, *Recherches et considérations sur la constitution et les fonctions du col de l'utérus*, 1846.

M. Félix Guyon (1), après de nombreux examens anatomiques, a noté cette disposition sur les utérus en vacuité. Chez la femme nouvellement accouchée, l'orifice est bordé par un bourrelet qui a 8 ou 10 millimètres de hauteur; il est lisse et épais, un peu plus chez la femme multipare que chez la femme primipare. L'orifice est encore alors très-dilatable, et, sous des efforts modérés, il doit encore céder devant les caillots que l'utérus expulse après la délivrance, et il suffit, lorsque les circonstances l'exigent, d'introduire successivement un, puis deux et trois doigts, pour augmenter les dimensions de l'orifice, au point d'y introduire la main tout entière; j'ai pu constater ce fait en pratiquant moi-même plusieurs délivrances artificielles. Au-dessous de l'isthme cervico-utérin, le col a repris de la longueur, moins toutefois qu'il n'en a à l'état normal; il mesure environ 15 à 18 millimètres, la portion sous-vaginale en a de 8 à 10, et il s'en faut de beaucoup qu'il ait retrouvé aucun de ses caractères normaux. Il pend, mou et flasque, autour des bords de l'orifice supérieur, et tombe dans le vagin. Je le comparerai assez volontiers, pour sa manière d'être, à la luette, lorsque celle-ci est inactive; au toucher, c'est avec peine qu'on distingue le tissu du col et celui du vagin. Les parois offrent une épaisseur plus grande à mesure qu'on se rapproche de la partie supérieure; à l'extrémité inférieure, elles sont minces chez les primipares; chez les multipares, ces parois offrent une épaisseur plus grande et à peu près égale dans toute l'étendue du col. Je n'ai que rarement pu, aussitôt après l'accouchement, ou même une ou deux heures après, constater les solutions de continuité que détermine sur cette portion de l'utérus le passage de l'enfant, je n'ai jamais observé que le toucher révélât dans le col une sensibilité plus considérable qu'à l'état ordinaire; dans aucun cas, les attouchements répétés n'y ont provoqué la moindre contraction, le col de l'utérus seul se modifiait sous l'influence des titillations sur le col. Les parois sont appliquées l'une contre l'autre; il faut les écarter pour pénétrer dans la cavité cervicale, qui est lisse, molle, tapissée le plus souvent par des caillots que le doigt détache facilement.

Vingt-quatre heures plus tard le diamètre antéro-postérieur de l'orifice supérieur semble avoir un peu diminué; j'attribue cette diminution à la saillie plus considérable que font les colonnes de vie à leur partie supérieure; la portion intravaginale du col m'a toujours paru avoir perdu de sa longueur. Les parois sont plus épaisses, mais elles sont encore molles et pendantes; le doigt, introduit dans la cavité cervicale, montre que l'épaisseur plus grande est due au froncement de la muqueuse. Négrier signale ces *gros plis* et croit que « c'est la rétraction de l'orifice supérieur qui, en rapprochant les parois du col, les a ainsi froncées. » Cependant, il faut le dire, ces plis sont peu marqués, et il faut une certaine habitude

(1) Félix Guyon, *Études sur les cavités de l'utérus dans l'état de vacuité*, thèse inaugurale. Paris, 1858.