

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.

Les arrières-maux sont dus à des contractions par suite des effets de la rétractibilité normale de la matrice et non à un processus inflammatoire. Elles sont physiologiques et disparaissent avec l'écoulement du lait. Elles ne sont pas dues à un processus inflammatoire.

Pour prévenir des tranchées trop intenses, il faut s'opposer à l'accumulation du sang dans la cavité utérine et favoriser le retrait de l'organe. Les frictions prolongées après la délivrance, pendant une demi-heure au moins, puis l'application d'un bon bandage de corps, sont donc utiles dans ce sens.

L'administration de faibles doses d'ergot agit de la même manière; si le médicament était donné à fortes doses, il produirait, au contraire, des contractions violentes et très douloureuses.

Lorsqu'il y a de fortes tranchées et que le volume de l'utérus permet de soupçonner la présence d'un caillot, il faut favoriser l'expulsion du corps étranger, soit au moyen de frictions, soit au moyen de seigle ergoté, soit à l'aide d'une injection intra-utérine de 2 litres d'eau sublimée à 1/10 ‰, à la température de 45°.

Si les tranchées sont violentes, rapprochées et ne peuvent pas être attribuées à la cause que nous venons d'indiquer, on les calme avec les opiacés (laudanum, morphine), ou le chloral, ou l'antipyrine.

Une ou deux injections sous-cutanées de 1 centigramme de morphine suffisent généralement. Le laudanum se donne par la bouche ou en lavement: deux ou trois petits lavements contenant chacun 10 gouttes de laudanum, à passer d'heure en heure. On peut aussi prescrire la potion suivante:

11) Pr. : Eau de mélisse } àà 80 grammes
 — de fl. d'oranger }
 Laudanum liq. Syd. } 30 gouttes.
 Sirop d'éther } àà 15 grammes
 — de menthe. }

2 ou 3 cuillerées, de quart d'heure en quart d'heure, puis toutes les 1/2 heures, toutes les heures, selon le résultat obtenu.

La chaleur sur le ventre soulage rapidement, mais ne peut être employée si l'on craint l'inertie et l'hémorragie. La chaleur est obtenue au moyen de laine ou de flanelles chauffées, d'une couche d'ouate, de cataplasmes, de compresses échauffantes.

12) Dans la classe ouvrière, les sacs qui ont contenu de la farine, les couvercles de terre chauffés jouissent d'une grande faveur.

Les cataplasmes sont employés seuls ou bien l'on fait une onction d'huile de jusquiame toutes les heures et l'on applique un cataplasme par dessus. Quelques-uns conseillent les frictions d'onguent mercuriel simple ou belladonné, toutes les heures ou toutes les 2 heures, avec ou sans cataplasme. Certains praticiens font verser quelques gouttes de laudanum soit sur le ventre, soit sur le cataplasme (cataplasme laudanisé). Nous croyons que c'est la chaleur humide seule qui agit, de sorte que le cataplasme simple est suffisant et moins compliqué. Mais il se refroidit vite et doit être renouvelé fréquemment. On évite cet inconvénient en ayant soin de le recouvrir complètement

11) Mais se debe emplear el opio por las entrecitas y se comprende la razon cuando se piensa en purgenesis. Mejor mas emplear otro sedativo.

12) Si se quisiera suspender la secrecion lactea tambien se usa la antipirina

d'un tissu imperméable, qui empêche la déperdition de chaleur et l'évaporation de l'eau; on se sert à cet effet d'un morceau de toile d'hôpital, de taffetas gommé, de caoutchouc, etc., suffisamment large pour dépasser de tous côtés les bords du cataplasme. Le bandage de corps soutient le tout. Au bout de 12 heures, le cataplasme est encore bien chaud. On évite ainsi de nombreux ennuis.

La compresse échauffante remplit le même office et n'a pas d'odeur désagréable: elle se compose d'une compresse pliée en double, de l'étendue de la région à recouvrir; elle est trempée dans de l'eau un peu chaude, puis exprimée; on la place alors sur l'hypogastre, on la recouvre d'un des tissus imperméables ci-dessus indiqués; par-dessus on met une couche d'ouate et enfin le bandage de corps. Au bout de 24 heures, la compresse est encore bien chaude et humide.

Enfin nous signalerons le badigeon au collodion riciné élastique, que nous employons d'habitude. C'est un moyen facile, rapide, très efficace. Il est aussi utile contre les arrières-maux que contre les douleurs inflammatoires de la métrite et de la péritonite.

Lochies.

On appelle lochies, ou vidanges, l'écoulement qui se fait par les organes génitaux pendant la période puerpérale. C'est d'abord du sang pur, puis du sang mêlé de sérosité, puis un liquide de plus en plus séreux et enfin un liquide blanc-jaunâtre. Les lochies sont donc successivement *sanguines, séro-sanguines, séreuses, muqueuses*.

Les lochies sanguines durent de 12 à 24 heures et coulent d'une manière constante ou intermittente; parfois un ou plusieurs caillots plus ou moins volumineux sont expulsés. La quantité est variable; pendant cette période, l'accouchée salit 6 à 10 compresses. Les femmes réglées fortement perdent d'habitude plus que les autres. Peu à peu, les lochies deviennent de plus en plus séreuses et conservent ce caractère jusqu'au 3^e et même jusqu'au 6^e jour. Souvent de petits caillots et des morceaux de caduque sont encore expulsés.

Pendant la montée du lait (3^e jour), les lochies sont moins abondantes. Il n'est pas rare après de les voir redevenir sanguines.

Les lochies muqueuses succèdent insensiblement aux lochies séreuses et se montrent ordinairement du 3^e au 6^e jour; sur 37 femmes dont les suites de couches étaient régulières, M. Tarnier a vu cette transformation 9 fois le 3^e jour, 4 fois le 4^e, 10 fois le 5^e, 6 fois le 6^e et 7 fois du 7^e au 10^e jour.

Les lochies muqueuses sont constituées par un liquide blanc-jaunâtre, plus ou moins épais. La ressemblance avec le lait ou le pus, a fait aussi donner à ces lochies les noms de *laitueuses, purulentes, puriformes*. Mais ces termes prêtent à erreur, car le

liquide n'est ni du lait ni du pus ; il n'a avec le lait qu'une grossière ressemblance de couleur et à l'état normal il ne contient pas de pus.

La durée totale de l'écoulement lochial est de 4 à 6 semaines, selon que la femme nourrit ou non. Au bout de 10 à 15 jours, l'écoulement est généralement déjà peu abondant, beaucoup de femmes ne perdent plus que par moment, il n'y a que quelques taches sur la journée, parfois même un ou deux jours se passent sans rien voir.

On a dit que du 4^e au 12^e jour, les lochies avaient une odeur spéciale, désagréable, plus ou moins forte, *sui generis*, parfaitement reconnaissable, au point que le praticien habitué entrant dans la chambre pouvait déclarer qu'une accouchée s'y trouvait. Cela était vrai jadis, quand on n'employait pas les moyens suffisants de propreté et de désinfection. Mais aujourd'hui, grâce à l'antisepsie, on ne perçoit plus cette odeur (*gravis odor puerperii*) et l'on pénètre dans une salle contenant plusieurs accouchées sans que l'odorat soit nullement offensé, surtout depuis l'emploi du sublimé corrosif.

Si les soins de propreté et de désinfection sont nuls ou insuffisants, l'odeur des lochies est plus ou moins marquée et peut même devenir tout à fait fétide. En dehors de ces cas, la fétidité des lochies peut dépendre de la putréfaction de caillots dans l'utérus ou le vagin, de débris membraneux ou placentaires restés dans la matrice ou même de lambeaux de caduque séjournant dans la cavité utérine. Les lochies fétides s'observent encore dans la septicémie, dans les inflammations de la matrice, des tissus pelviens, du péritoine. Quelquefois cependant on ne peut assigner de cause à cette fétidité ; peut-être, chez certaines femmes, les lochies sont fétides, comme les règles, par suite de l'excrétion d'acides gras volatils.

L'odeur des lochies est surtout mauvaise, *cadavéreuse*, lorsqu'il y a de la gangrène (sphacèle de la vulve, du vagin, de l'utérus).

Dans tous ces cas de lochies fétides, des soins antiseptiques nombreux (lavages et injections diverses) sont de rigueur.

Parfois les lochies sanguines durent 10, 15 jours ; souvent le sang reparaît quand la femme se lève, fait des mouvements, des efforts, ou à la suite d'une émotion, d'un écart de régime, ou encore dans les cas de métrite, d'ulcération du col. Chez certaines femmes, la cause est inconnue, ou bien on invoque la débilité générale, la surexcitation.

Parfois, les lochies muqueuses sont intimement mêlées de sang et ressemblent à une *purée de marrons*, ou à du *marc de café*. Cette particularité se présente quand il y a des escarres du vagin ou de la vulve, une inflammation gangréneuse de la matrice, ou simplement des caillots qui se désagrègent et souillent les vidanges.

Il faut rechercher la cause de ces anomalies et l'éloigner autant que possible.

Beaucoup de femmes de la classe ouvrière s'imaginent qu'elles doivent perdre du sang pendant quatre ou six semaines et sont prises de frayeur quand leur état est bien normal, qu'elles ne voient plus qu'un écoulement blanc. Ce préjugé vient de ce que ces femmes se relèvent généralement très tôt, vaquent aux soins de leur ménage, travaillent, sortent, se fatiguent, de sorte qu'elles sont habituées à des écoulements sanguins interminables, qui n'entraînent pas toujours d'accidents graves, mais prédisposent aux affections des organes pelviens et débilitent l'organisme.

En dehors du traitement de la cause, ces lochies sanguines trop abondantes et prolongées exigent le repos au lit ou sur une chaise longue et l'administration de l'ergotine en potion ou en injection sous-cutanée. Les injections vaginales ou utérines à 45°, renouvelées 3 ou 4 fois par jour, sont très utiles. On tamponne au besoin. On a aussi recommandé les bains chauds généraux ou de siège, et nous les avons employés avec succès. La chaleur appliquée sur la *région sacro-lombaire* est également efficace (cataplasmes chauds, sac de caoutchouc rempli d'eau chaude, petit coussin rempli de sable ou de son chaud, etc.).

Assez souvent (60 % d'après M. Remy) un écoulement sanguin réapparaît 15 à 20 jours après l'accouchement, alors que tout est normal. C'est ce qu'on a appelé le *petit retour des couches*. Il est prudent de prescrire le repos au moins ; si la perte s'accroît, on a recours aux moyens que nous venons d'indiquer.

Tout état fébrile a pour conséquence de diminuer les lochies et même de les supprimer. C'est ce qu'on observe dans la fièvre puerpérale ; dans ce cas, ce n'est pas la suppression elle-même qui est grave, mais la maladie qui l'a amenée. Le vulgaire et même quelques praticiens ne voient que la disparition et mettent tout en œuvre pour rappeler l'écoulement ; ils sont persuadés qu'aussitôt les lochies prévenues, tout danger aura disparu. C'est prendre l'effet pour la cause. Les lochies redeviennent normales, dès que l'état général est bon.

Fréquemment les lochies s'arrêtent plusieurs heures sans cause apparente, ou à la suite d'une émotion, d'un écart de régime. S'il n'y a pas de fièvre ni de symptômes de septicémie, on peut être rassuré, l'écoulement ne tardera pas à reparaître. Les injections vaginales ou utérines d'eau chaude antiseptique constituent encore le meilleur moyen à employer. Chez certaines femmes, du reste, les lochies ne durent jamais plus de 15 jours à 3 semaines.

La *source des lochies* se trouve dans tout le canal vulvo-utérin ; l'écoulement provient des vaisseaux utéro-placentaires déchirés ; du dégorgeement des parois utérines ; du travail de cicatrisation et d'élimination qui détache et entraîne la couche restée adhérente des

caduques utérine et sérotine; des érosions et des déchirures du col, du vagin, de la vulve. On y voit souvent des morceaux de caduque, qu'on pourrait prendre pour des débris des membranes de l'œuf.

Les lochies sont d'abord alcalines et contiennent de l'albumine; vers le 8^e jour, elles deviennent acides et on y trouve de la mucine, de la graisse saponifiée, des chlorures et des phosphates de chaux et de fer.

Dans les premiers jours, le microscope montre des globules rouges et des globules blancs du sang; ceux-ci deviennent de plus en plus nombreux; il fait découvrir aussi des cellules épithéliales du vagin et du col, des corpuscules de tissu conjonctif embryonnaire (cellules fusiformes, étoilées, rondes, débris qui se détachent de la caduque, des granulations moléculaires nombreuses, des granulations graisseuses.

Après quelques jours, les globules rouges disparaissent; les autres éléments persistent, mais se montrent de plus en plus altérés dans leurs formes histologiques.

Les lochies renferment aussi parfois le *trichomonas vaginalis* de *Donné*. On y trouve ordinairement différents microbes, qui ont été bien étudiés par *M. Doléris*: la bactérie commune (*bacterium termo*), le vibrion à un seul grain (mono-cellulaire), le vibrion en couple (ou pyogénique de *Pasteur*); chez les femmes bien portantes, on voit encore parfois le micrococcus en chaînette ou en chapelet.

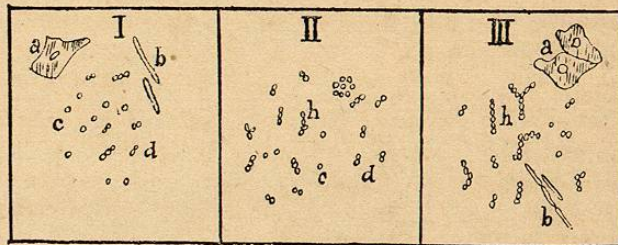


Fig. 131. — Microbes des lochies normales ou pathologiques. Grossissement de 680 diamètres (dessin de *Bar*, interne à la Maternité de Paris), d'après *Tarnier*.

- a. Cellule épithéliale du vagin.
- b. Bactérie commune.
- c. Vibrion à un seul point ou grain (mono-cellulaire).
- d. Vibrions en point double ou en deux grains, micrococcus en point double. — Vibrion pyogénique de *Pasteur*.
- h. Vibrion en chapelet ou en chaînette.

I. Microbes recueillis dans les lochies d'une femme accouchée et bien portante. La plupart sont mono-cellulaires et n'existaient que dans le liquide qui baignait la vulve.

II. Microbes recueillis dans les lochies d'une femme accouchée quatre jours auparavant et ayant de la fièvre. Les vibrions sont nombreux et formés, pour la plupart, de deux grains: quelques-uns d'entre eux sont en chaînette ou en chapelet.

III. Microbes recueillis dans les lochies d'une femme atteinte de septicémie puerpérale vingt-quatre heures avant la mort. On y voit quelques vibrions à deux grains, un grand nombre de vibrions en chapelet ou en chaînette (vibrions de la fièvre puerpérale, suivant *Pasteur*).

Chez les femmes malades, ce dernier microbe, considéré par *M. Pasteur* comme caractéristique de la fièvre puerpérale, est constant et surtout très abondant; il en est de même du vibrion en couple, qui

n'est dangereux que s'il se multiplie. Ainsi les lochies des femmes bien portantes contiennent des microbes de diverses formes, même parfois des microbes considérés comme dangereux (en point double et en chaînette); ceux-ci sont nombreux, virulents, dans les lochies des femmes malades; ils sont rares, atténués ou inoffensifs, quand tout va bien, mais ils peuvent pulluler et reprendre leur nocivité si les conditions changent; de là la nécessité des soins de propreté et d'antisepsie dont on doit entourer toutes les femmes pendant l'accouchement.

Sécrétion lactée.

Pendant la grossesse, les mamelles subissent différentes modifications que nous avons indiquées; déjà elles laissent suinter, par la pression du mamelon, quelques gouttelettes de liquide blanchâtre, séreux.

La sécrétion s'accroît au fur et à mesure que le terme approche; cependant elle ne dépasse pas souvent quelques gouttes. Après l'accouchement, la quantité n'est guère plus considérable pendant les deux premiers jours et l'on ne parvient guère à tirer du mamelon qu'un peu de liquide séreux ou jaunâtre, désigné sous le nom de *colostrum*.

Généralement, 48 heures après l'accouchement, les seins se gonflent, deviennent plus durs et la sécrétion s'établit abondamment; le liquide devient plus blanc, crémeux, épais; c'est le lait.

Au début de la sécrétion, il y a encore du *colostrum* intimement mêlé au lait ou sous forme de stries jaunâtres. Ce n'est qu'au bout de 15 jours ou même de 3 semaines que toute trace de *colostrum* a disparu.

Cette sécrétion lactée est tantôt presque nulle, tantôt extrêmement abondante; dans ces derniers cas, les seins peuvent être fortement tuméfiés, durs, douloureux, surtout si on n'a pas eu soin de commencer à y mettre l'enfant peu de temps après l'accouchement.

La montée du lait a lieu en général le 3^e jour, de la 40^e à la 60^e heure après la sortie de l'enfant; rarement elle se fait plus tôt, quelquefois plus tard; elle est exceptionnelle après le 7^e jour.

Le gonflement est parfois considérable et s'étend aux tissus voisins, aux ganglions de l'aisselle; les mouvements du bras deviennent alors difficiles et douloureux. Sur les seins durs et gonflés, on voit les veines très développées; on sent les lobules glandulaires qui se prolongent dans diverses directions; le mamelon est parfois enfoncé et difficile à être saisi par la bouche de l'enfant; on est obligé de tirer en partie le lait avec une ventouse de caoutchouc ou autrement, avant que l'enfant puisse teter.

On croyait jadis que la montée du lait était accompagnée de symptômes généraux qui constituaient la *fièvre de lait*: léger frisson

ou sentiment de froid suivi de chaleur et de transpiration ; douleurs de tête ; diminution ou perte d'appétit ; face rouge, langue chargée, blanchâtre, diminution des lochies ; pouls rapide, plein (80 à 100 par minute) ; température élevée (38 à 39°).

Les observations cliniques contemporaines ont démontré d'une manière certaine que la fièvre de lait n'existe pas dans la grande majorité des cas. Ce que l'on décrivait sous ce nom était vraisemblablement sous la dépendance d'un degré léger de septicémie, de la plaie utérine, d'une lésion du col, du vagin ou de la vulve, de gerçures, d'excoriations du mamelon, ou enfin d'une autre cause morbide indéterminée (constipation, émotion, etc.).

Depuis l'introduction de la propreté et de l'antisepsie dans la pratique obstétricale, la fièvre de lait a presque complètement disparu, même des Maternités, où les conditions sont cependant peu favorables : dans notre service, 94 femmes sur 100 n'atteignent pas 38 degrés pendant la montée du lait ni à aucun autre moment des couches. Cette preuve est péremptoire.

Par exception, cependant, la fièvre de lait peut exister, mais c'est une anomalie.

Toutes les fonctions physiologiques s'exécutent normalement sans réaction, la digestion, par exemple. Si l'estomac contient trop d'aliments ou a ses fonctions troublées par quelque cause que ce soit, la digestion devient pénible, laborieuse, peut s'accompagner de fièvre (fièvre de la digestion) : la tête est lourde, la figure est enluminée, le pouls est plein, rapide, etc.

De même, on peut comprendre que chez certaines femmes où la sécrétion lactée s'établit péniblement, chez les primipares surtout, où la fonction est toute nouvelle, il se produise un certain état fébrile lorsque les seins sont fortement tendus.

Quand elle existe, cette fièvre de lait est éphémère, ne va pas au-delà de 12 à 24 heures et coïncide avec une sécrétion plus ou moins abondante de lait. Ces caractères suffisent, en général, pour la reconnaître. Quand le moindre doute existe sur la nature de la fièvre, il faut examiner tous les organes, les organes génitaux et abdominaux en particulier, et chercher s'il n'y a pas une lésion quelque part. La conduite à tenir dans les cas douteux, sera indiquée en parlant de la septicémie.

Il faut se garder, lorsqu'il y a des symptômes fébriles, de déclarer immédiatement qu'ils dépendent de la fièvre de lait. Cette négligence pourrait permettre à la septicémie de s'établir, donnerait aux microbes le temps de pulluler et l'intervention active arriverait peut-être trop tard. Des troubles légers, combattus dès l'abord, disparaissent bientôt ; sinon ils s'accroissent, s'aggravent, deviennent irrémédiables. Le praticien prudent doit toujours avoir l'œil ouvert

et se rappeler qu'il est plus facile de prévenir que de guérir.

La sécrétion lactée s'établit spontanément, même sans succion du mamelon ; quand le fœtus meurt pendant la grossesse, elle arrive d'habitude dans les jours suivants, comme si l'accouchement avait eu lieu. C'est que l'excitation et la congestion des organes pelviens n'ont plus de raison d'être et se portent vers les glandes mammaires.

Cependant cette sécrétion est plus active, lorsque l'enfant est vivant et est mis au sein.

La sécrétion du lait se fait comme toutes les autres, comme celle de la salive, du suc gastrique, de l'urine, etc. Le plasma sanguin suinte à travers la membrane des acini et subit des modifications spéciales pendant son passage dans les cellules sécrétantes.

Lorsque la femme ne nourrit pas, le lait s'écoule en partie par les mamelons, et est résorbé pour le reste dans les conduits galactophores. Le lait venu du sang rentre dans le sang, sans difficulté et sans danger, car il ne contient aucun principe toxique. C'est donc à tort que le public et certains praticiens attribuent à cette résorption une série d'accidents dus au « lait répandu ».

L'erreur vient d'une fausse interprétation des faits : dans la fièvre puerpérale, la sécrétion du lait manque, ou est insignifiante, ou cesse après peu de jours. Jadis, les médecins, prenant encore ici l'effet pour la cause, exactement comme pour les lochies, pensaient que les phénomènes morbides dépendaient de la rétention du lait dans le sang, ou de sa résorption ; l'organisme était empoisonné par ce lait répandu ; de là : fièvre, troubles nombreux, inflammations diverses, abcès multiples.

Quand la sécrétion ne se fait pas et qu'il n'y a pas de fièvre, aucun danger n'est à redouter.

Mais il peut arriver une inflammation du sein (mammité), par suite de plusieurs causes que nous examinerons ultérieurement : c'est là un trouble local, qui n'a pas de rapport avec les accidents généraux dont nous venons de parler.

Quand l'enfant n'est pas mis au sein, la sécrétion diminue rapidement ; après deux ou trois jours de gonflement plus ou moins considérable et douloureux, les mamelles s'affaissent peu à peu et le lait cesse de couler. Cependant, pendant plusieurs mois, un peu de liquide est sécrété, conservé dans les canaux galactophores, puis, enfin, résorbé. C'est également ce qu'on observe au moment du sevrage.

Autres phénomènes puerpéraux.

Les quatre phénomènes que nous venons d'étudier : la régression de l'utérus, les arrières-maux, les lochies et la sécrétion lactée, sont les plus importants et les plus constants. Quelques autres méritent encore d'être signalés,