

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,

1. Certaines femmes éprouvent un frisson de courte durée, parfois un simple tremblement, une horripilation, soit immédiatement après la sortie de l'enfant, soit peu d'instants après la délivrance, rarement une heure ou deux plus tard.

C'est un phénomène nerveux, exempt de tout danger et qui coïncide fréquemment avec un resserrement considérable de l'utérus. Quelques praticiens le considèrent comme un présage de bonnes couches.

Il n'est jamais accompagné d'élévation de température; ce signe, joint à sa courte durée et à sa faible intensité, le différencie nettement du frisson des phlegmasies. Il paraît dépendre de la cessation brusque du grand déploiement de forces des derniers moments du travail ou de la déplétion subite de l'utérus, qui apporte tout à coup de grands changements dans la circulation.

On peut le comparer au petit frisson que bien des personnes éprouvent après l'évacuation de la vessie ou du rectum.

Pendant ce frisson, il faut rassurer l'accouchée, la couvrir momentanément davantage, lui faire prendre une tasse de thé chaud, quelques gouttes d'éther; si l'on prépare un grog, il arrive presque toujours quand on n'en a plus besoin.

2. Beaucoup de femmes éprouvent après l'accouchement un sentiment de fatigue, de lassitude, de bien-être, avec propension au repos et au sommeil. Il faut respecter ce besoin de calme et laisser dormir l'accouchée, tout en surveillant l'utérus.

D'autres femmes restent agitées, énervées et ne parviennent pas à dormir, même plusieurs heures après l'accouchement. Si cet état persiste, les calmants sont indiqués (fleur d'oranger, éther, chloral).

Dans tous les cas, les femmes sont excitables et ont les sens exaltés; le silence est nécessaire et le jour doit être modéré.

3. Un phénomène curieux et important à connaître est le ralentissement du pouls, bien étudié par le D<sup>r</sup> Blot.

De développé et fréquent qu'il était pendant le travail, il reprend bientôt ses caractères ordinaires; puis, chez certaines femmes, il se ralentit plus ou moins et tombe à 60, à 50, à 40 et même à 35 pulsations par minute. Ce ralentissement survient dans le cours de la première journée, rarement plus tard et peut durer de 1 à 12 jours. C'est un signe de couches excellentes.

La cause n'est pas encore bien connue: on l'a cherchée dans les modifications circulatoires post-puerpérales, dans l'hypertrophie du ventricule gauche, dans la situation prolongée de la femme en décubitus dorsal, dans l'excitation du pneumo-gastrique et les modifications générales d'innervation. Mais ce ne sont que des hypothèses, qui restent à démontrer.

4. Dans les heures qui suivent l'accouchement, on observe assez souvent une légère élévation de température (de 0,5 à 0,8); après

les accouchements laborieux, l'augmentation peut aller jusqu'à 38 et même 39. Au bout de douze à 24 heures, il y a au contraire abaissement.

Dans les jours suivants, il y a parfois encore une légère élévation, mais si le thermomètre dépasse 38, on doit être sur ses gardes.

Depuis l'emploi des antiseptiques et spécialement du sublimé, la température est d'habitude abaissée pendant les suites de couches. Il n'est pas rare que le thermomètre se maintienne entre 36° et 37°.

5. Le repos prolongé au lit amène de la constipation, diminue l'appétit, rend les digestions plus difficiles. Les accouchées doivent donc être tenues à une nourriture légère et pas trop abondante, surtout dans les premiers jours. Mais il ne faut pas tomber dans l'excès et laisser les femmes crier famine et s'affaiblir, comme on le faisait antérieurement. On doit se guider d'après les fonctions digestives.

Les urines sont souvent émises difficilement, parfois même il y a rétention complète. C'est le résultat du gonflement de la vulve et du méat urinaire ou du canal de l'urètre, suite de la compression exercée par la tête pendant le travail; la vessie peut aussi avoir été lésée.

Le seigle ergoté amène souvent une stricture du sphincter vésical et conséquemment de la rétention d'urine.

Parfois il y a, au contraire, paralysie du sphincter de la vessie et incontinence d'urine. On ne confondra pas cet accident léger et passager avec une fistule urinaire; l'examen des parties lèvera du reste tout doute.

La constipation prolongée peut amener de la fièvre, du tympanisme, une douleur dans un point limité du bas-ventre augmentée par la pression. De même, la rétention d'urine produit de l'excitation, des douleurs vives à l'hypogastre, du gonflement du ventre; elle maintient la matrice très élevée et cela peut induire en erreur sur son retrait.

Il faut reconnaître tous ces accidents et se hâter d'en faire disparaître la cause: lavements, purgatifs légers; cathétérisme de la vessie. Ce cathétérisme n'est pas toujours facile à cause du boursofflement du méat urinaire; c'est pourquoi il ne faut pas essayer de sonder sous les couvertures; il faut au contraire se mettre à l'aise, découvrir les parties et se faire bien éclairer.

Quelle sonde faut-il employer? — Pendant la grossesse et l'accouchement, on doit se servir d'une sonde élastique, c'est-à-dire de la sonde d'homme, molle, en caoutchouc, sans mandrin, parce que l'urètre est allongé et la vessie remontée parfois très haut et divisée en plusieurs loges. Après l'accouchement, on préférera au caoutchouc la petite sonde de femme, en verre, facile à désinfecter (par l'ébullition ou le sublimé). On s'entourera du reste aussi de toutes les précautions antiseptiques relativement aux parties génitales, au vase de nuit et à ses propres mains.