

quand les mâchoires étaient contractées. Nous croyons que la portion active du lait doit être seule administrée: les graisses et le caillot étant difficiles à digérer et très souvent vomis; une eau minérale légèrement diurétique sucrée avec de la lactose fera plus efficacement le lavage du sang.

Puis on fera fonctionner l'intestin très violemment à l'aide d'un purgatif drastique et de lavements purgatifs. Porak préfère laver l'intestin et obtenir son antiseptie par de grandes irrigations rectales d'eau salée, et laver le sang par des injections intra-cellulaires d'une quantité considérable de sérum salé. Nous pensons que l'on ne doit mettre dans le sang que la quantité d'eau qu'il peut supporter, sans que la tension vasculaire soit élevée, et nous savons que le sérum salé, mis en abondance sous la peau, l'élève singulièrement; de plus, il possède une action irritante sur le rein et son emploi est en contradiction absolue avec les théories nouvelles de la déchloruration. On emploie encore les bains chauds et le veratrum viride, 10 gouttes toutes les heures.

C'est ici que se posent deux questions très importantes: la saignée et le traitement obstétrical.

La saignée est encore défendue par un très grand nombre d'auteurs. On a même prétendu faire le lavage du sang en remplaçant une quantité de sang donné par la même quantité d'eau salée. Ce lavage est purement illusoire, car tous les tissus sont gorgés de toxines, la quantité que l'on pourra soustraire à l'économie par une saignée même importante sera minime, et presque immédiatement après le niveau toxique sera rétabli. La saignée ne peut donc être défendue que par son action sur l'hypertension; à ce point de vue nous l'admettons et nous avons l'habitude de la pratiquer quand celle-ci est considérable (18 à 20). Nous la pratiquons aussi quand la malade présente un aspect asphyxique, que sa face est bleue, congestionnée, parsemée de petites veines apparentes.

Traitement obstétrical. — Les accès éclamptiques peuvent, nous l'avons vu, tuer l'enfant, ou le laisser vivant, et la grossesse peut continuer. Les statistiques sont des plus variables, et, suivant que l'on s'appuie sur l'une ou sur l'autre, la conduite à conseiller varie. Pendant la grossesse, nous avons conseillé de pratiquer l'accouchement prématuré chaque fois que l'albuminurie et les signes d'intoxication ne cèdent pas très rapidement au traitement. Le même conseil doit-il être donné au moment où apparaissent les signes précurseurs de l'attaque? Pinard et Tarnier sont d'avis qu'à ce moment l'excitation utérine nécessaire pour ouvrir la cavité ne peut être qu'un adjuvant à redouter pour l'apparition de la crise quand elle est encore évitable.

Quand les accès sont apparus, nombreux sont les auteurs qui, avant tout traitement, conseillent de vider l'utérus immédiatement et, par conséquent, de dilater l'orifice, si fermé qu'il soit, par un moyen quelconque: ballon, dilatation manuelle, dilatateur, etc. Dans le but d'éviter le traumatisme de la dilatation forcée de l'orifice, Dührssen conseille l'accouchement par le cul-de-sac postérieur incisé ou, quand il existe un col dilatable et presque effacé, d'extraire le fœtus par les voies naturelles à la suite d'incisions du col.

Les accoucheurs français sont d'avis qu'en règle générale, chez une femme éclamptique au cours de la grossesse, il ne faut recourir ni à l'accouchement provoqué, ni à l'accouchement forcé.

Quand la femme est en travail, il faut terminer l'accouchement le plus rapidement possible et ici peut-être est-on autorisé à hâter artificiellement la dilatation. On sait que très fréquemment chez ces femmes le travail marche avec une rapidité extrême (se méfier de l'accouchement qui est passé quelquefois inaperçu, pendant la période agonique). On redoublera de soins antiseptiques et on saura combien les déchirures des parties molles sont faciles, fréquentes et étendues.

Si la femme est amenée agonique avec son enfant vivant, on a conseillé l'opération césarienne immédiate: dans tous les cas, on ne sera autorisé à la pratiquer qu'en mettant en œuvre toutes les règles usuelles, l'aspect agonique des éclamptiques n'étant pas toujours une véritable agonie.

Telle est la conduite à tenir quand l'enfant est vivant. Quand il est mort, toutes ces questions ne sont plus à discuter; si le travail apparaît, on hâtera l'accouchement par une craniotomie dès que l'orifice sera suffisant, et il sera bon de terminer par une délivrance artificielle comme du reste dans les autres cas.

Quand l'utérus est vidé, le pronostic n'est pas extrêmement amélioré et le fait de l'accouchement et de la délivrance ne supprime pas les effets toxiques. En effet, le coma peut continuer de même que les attaques, et celles-ci apparaissent même quelquefois plusieurs heures et même plusieurs jours après la délivrance.

En résumé, on ne sera autorisé à pratiquer l'ouverture de l'utérus que quand la malade sera mourante et que son état ne pourra plus être aggravé par le traumatisme considérable de la dilatation forcée.

L'hémorragie cérébrale peut également survenir dans le cours des toxémies, sans être causée par une attaque convulsive. Elle est alors la conséquence de l'altération des vaisseaux, elle-même suite de l'altération du sang.

Accélération du pouls. — L'accélération du pouls démontre que la toxémie influence l'innervation du cœur. Ce signe peut survenir en dehors des accidents toxiques dans lesquels nous les avons déjà vus. Il présente à lui seul, pendant la grossesse, une importance considérable, et commande, dans tous les cas, le régime lacté absolu et le régime anti-toxique. Il survient particulièrement chez les nerveuses d'hérédité ou de tempérament, et en dehors de toute lésion cardiaque. Quand il complique les vomissements, il prend une gravité particulière et son apparition commande l'intervention thérapeutique immédiate.

Névrites toxémiques. — Pinard le premier a rapporté une observation de névrite gravidique bien avant l'avènement des théories toxémiques (1889). Toutes les névrites se rencontrent pendant la grossesse, mais elles ne sont pas toutes sous la dépendance de l'intoxication gravidique. Leur pathogénie est semblable à celle des névrites toxiques et en particulier de la névrite alcoolique. Puyo décrit une polynévrite généralisée ou localisée aux membres supérieurs et inférieurs et des mononévrites. Elles sont toujours précédées des symptômes ordinaires des intoxications et en particulier des vomissements, de la céphalée et surtout des vomissements incoercibles constatés dans la moitié des cas. (V. NÉVRITES, POLYNÉVRITES.)

La névrite débute par des troubles sensitifs, puis surviennent les troubles moteurs et il se constitue une paraplégie flasque. Aux membres supérieurs on

peut n'observer qu'une parésie, les muscles antéro-externes de la jambe, du mollet, des extenseurs et des fléchisseurs des doigts, les élévateurs et rotateurs du bras s'atrophient. Le facial, le pneumo-gastrique et le phrénique peuvent se prendre. Enfin les troubles sensitifs peuvent être très variés et les malades peuvent ressentir des douleurs atroces. Peu de troubles trophiques, mais des troubles intellectuels et de la paralysie des sphincters. La paralysie peut être bornée aux membres inférieurs ou seulement aux membres supérieurs, et dans ce cas les nerfs médian et cubital sont plus souvent malades.

La guérison survient après l'accouchement dans un temps variable, depuis une semaine jusqu'à huit mois et plus. Le pronostic n'est pas forcément bénin, puisqu'on a observé quelques cas de mort.

Les *mono-névrites gravidiques* sont plus fréquentes, mais passent très souvent inaperçues. La plupart des troubles de la vue sans albuminurie en sont un exemple. On observe l'amaurose ou l'amblyopie. Après l'accouchement, la cécité peut persister quand il y a une atrophie optique complète.

La surdité, les troubles de l'odorat et du goût sont des phénomènes de même ordre. Le diagnostic de ces névrites toxémiques devra être fait d'avec les névrites toxiques infectieuses, dyscrasiques, et leur traitement sera celui de toutes les intoxications gravidiques. Mais la provocation de l'accouchement pourra être conseillée dans les cas graves et en particulier dans la névrite optique.

Psychopathies. Manie puerpérale. — Ces complications peuvent apparaître pendant la grossesse et les suites de couches par différentes causes. La toxémie gravidique en est certainement une, mais a besoin de trouver un terrain préparé par l'hérédité et le tempérament propre de la malade.

On peut remarquer différentes sortes de vésanies. Les formes les plus simples comme les envies bizarres, peuvent se rencontrer, mais aussi les plus graves comme la véritable folie (V. FOLIE PUERPÉRALE).

Les multipares sont plus atteintes que les primipares, et, chez les primipares, le surmenage du travail paraît avoir une certaine influence, puisque chez elles les accidents apparaissent plutôt après l'accouchement.

Pendant la grossesse, on peut voir survenir des envies singulières, des impulsions ou obsessions délirantes, la manie, etc., et très fréquemment la mélancolie, quelquefois de la kleptomanie. Ces folies peuvent être à rechutes pendant les différentes grossesses et aussi leur survivre indéfiniment. Les femmes déjà aliénées voient généralement leur état empirer pendant la grossesse. Pendant le travail, les accidents peuvent éclater au moment de l'accouchement, quelquefois d'une façon transitoire avec des hallucinations et tendances à l'infanticide. C'est une indication pour terminer rapidement l'accouchement.

Pendant les suites de couches, leur fréquence paraît être en rapport avec la longueur du travail ou les complications consécutives; ils arrivent quelquefois tardivement pendant l'allaitement, mais alors ne sont plus en rapport avec les accidents que nous étudions, sauf quand ils sont consécutifs à des accès éclamptiques, ce qui est fréquent.

Le pronostic sera très variable suivant les signes concomitants, la forme et le terrain. Le traitement dans les formes nettement en rapport avec l'intoxi-

cation sera le même que dans ses autres manifestations, et il faudra dans les cas graves ne pas hésiter à supprimer la grossesse.

V. — MANIFESTATIONS HÉPATIQUES. ICTÈRES.

Il est impossible d'étudier en détail ce vaste sujet qui demanderait des volumes. L'ictère, en effet, pendant la grossesse, peut être causé par toutes les complications hépatiques que l'on trouve en dehors d'elle, depuis l'ictère simple jusqu'à l'ictère grave. On a même observé des épidémies d'ictère.

En général, il est certain qu'une malade qui a présenté dans les années qui ont précédé sa grossesse un ictère même bénin, se trouve posséder un antécédent qui favorise l'insuffisance hépatique. Lorsque la femme est grosse, l'ictère peut apparaître dans des conditions bien différentes : ou il est sporadique, et il est alors toujours la conséquence d'une altération fonctionnelle de la cellule hépatique, et dans ce cas pourra revêtir toutes les formes de gravité possibles, mais c'est toujours un symptôme sérieux qui montre que la cellule a été touchée profondément, et le pronostic en sera singulièrement aggravé; on le rencontre secondairement aux signes bénins de l'insuffisance hépatique. Mais aussi il peut compliquer les états graves comme les vomissements incoercibles et les accès éclamptiques.

Il est donc impossible de décrire séparément toutes les formes des ictères pendant la grossesse; nous avons du reste déjà fait ces descriptions, et cette nouvelle complication n'est qu'un syndrome plus ou moins grave d'états déjà connus. (V. ICTÈRES.)

Cependant il existe d'étroites relations entre la colique hépatique accompagnée d'ictère et l'insuffisance du foie et, dans ce cas, son pronostic et son traitement rentreront dans l'étude de cette dernière.

La lithiase biliaire, souvent méconnue ou absente chez la jeune fille, éclate très fréquemment à l'occasion d'une grossesse ou pendant les suites de couches.

L'hygiène des femmes enceintes, ou la nécessité dans laquelle elles sont souvent de garder l'immobilité, favorise, de même que l'hérédité, l'apparition de ces accidents, de même la compression des voies biliaires qui augmente à mesure que l'utérus se développe. Enfin elle est très fréquemment héréditaire.

Pendant la grossesse, son diagnostic sera généralement facile; on la distinguera de la gastralgie, de la colique néphrétique, de l'appendicite, d'un début du travail, et pendant les suites de couches d'une péritonite. Mais elle revêtira très fréquemment la forme de simple douleur d'estomac, avec quelques vomissements et souvent de la diarrhée. La grande colique hépatique avec ictère se verra rarement.

Son pronostic sera presque toujours peu grave, à moins qu'une infection des voies biliaires d'origine intestinale ou puerpérale ne se surajoute, mais alors on verra apparaître de la fièvre et des accidents infectieux. (V. COLIQUE HÉPATIQUE ET GROSSESSE.)

Il faudra prévenir ces accidents par le traitement habituel, et l'attaque aiguë sera calmée par la morphine et les anti-spasmodiques.

Traitement général des toxémies gravidiques. Hygiène de la femme enceinte au point de vue toxémique. — On trouvera dans le corps de cet article les traitements appropriés à chacune des

manifestations. Nous allons dresser ici un tableau rapide des indications générales que commande ce diagnostic fait à quelque moment que ce soit de la grossesse. Nous avons déjà dit que toute femme ayant une hérédité ou des antécédents hépatiques quelconques, ou qui avait déjà présenté pendant une grossesse antérieure quelque accident, devait être soumise à une hygiène particulière. Cette hygiène comportera un régime alimentaire et des précautions dans la vie ordinaire. Le régime sera celui des dyspeptiques et des personnes dont le foie est légèrement touché; on le désigne par les mots blanc, lacto, végétarien. Si malgré ce régime il survenait quelque ennui, on supprimera toute viande, toute graisse, et on les remplacera par du lait. Enfin si quelque complication sérieuse se montrait, on commanderait immédiatement le régime lacté absolu avec du lait pur coupé d'eau ou du lait écrémé. On trouvera toute cette partie du régime étudié en détail au paragraphe des vomissements.

On n'hésitera pas à mettre au régime lacté absolu d'emblée, dès les premiers jours connus de la grossesse, toute femme qui aura auparavant, lors d'une précédente gestation, présenté des vomissements graves, des ictères ou des accès éclamptiques.

En dehors de ce régime alimentaire, la femme enceinte devra se protéger soigneusement contre les intempéries des saisons, et surtout le froid humide. Les femmes du monde feront bien de se couvrir plus soigneusement que d'habitude, et toutes en général fuiront les endroits humides, les habitations sur le bord de l'eau, le refroidissement en sortant du bain, etc.

Pour les examens d'urine on se reportera à ce que nous avons dit en étudiant la néphrite toxémique.

Enfin l'intestin sera suivi avec le plus grand soin; la constipation étant habituellement une infirmité de la femme enceinte. On ne craindra pas les laxatifs, ni les purgatifs, contrairement à ce que l'on croit encore souvent. On fera le plus soigneusement possible l'antisepsie de l'intestin, puisque, nous l'avons vu, la toxémie gravidique a presque toujours cet organe comme point de départ.

La quantité d'urine sera également surveillée très attentivement [V. GROSSESSE (HYGIÈNE)].

Comme conclusion générale, nous pouvons dire que la plupart des maux qui compliquent la grossesse sont d'origine toxémique, que cette toxémie est causée par l'insuffisance du foie doublée très fréquemment de l'insuffisance du rein, et que tout accident, même le plus bénin en apparence, doit être pris en considération.

La femme enceinte doit se soigner et être soignée.

BOUFFE DE SAINT-BLAISE.

GROSSESSE (MORT SUBITE DE LA FEMME ENCEINTE). — On peut observer la mort subite de la femme enceinte, soit au cours d'une affection générale (maladie du cœur par exemple), soit par suite d'une complication telle qu'une embolie. Dans des cas plus rares, la mort subite peut survenir à la suite d'un accident (chute de plusieurs étages, traumatisme par coups de fusil par exemple).

Cette mort subite présente un intérêt particulier lorsqu'elle se produit dans les deux derniers mois de la grossesse, alors que l'enfant est suffisamment viable;

presque toujours l'enfant continue à vivre *in utero* pendant quelques temps après la mort de la mère. Lorsque le médecin est appelé dans ces conditions, dix minutes ou un quart d'heure après que la mère a cessé de vivre, il doit rapidement s'assurer de l'état des battements du cœur fœtal; s'il les entend, l'intervention qui donne le plus de chance de survie au fœtus est l'opération césarienne, pratiquée séance tenante, avec les instruments qu'on a sous la main (bistouris, ciseaux, couteaux, etc.). Bien entendu, à moins de se trouver dans une Maternité où l'on a à l'avance des boîtes d'instruments stérilisés, il ne faut pas perdre du temps à faire bouillir ou flamber ces instruments, les minimales chances qu'on a d'extraire un fœtus vivant sont d'autant plus grandes qu'on prend plus rapidement la décision d'intervenir.

Si, dans les Maternités, on a pu ainsi sauver quelques enfants chez des femmes mortes subitement, le fait est beaucoup plus rare dans la pratique de la ville, pour des raisons multiples. Il est exceptionnel qu'un médecin se trouve à proximité immédiate de la femme qui cesse de vivre brusquement. Si, par hasard, le médecin peut voir la femme quelques instants après sa mort, il perd généralement un temps précieux à essayer de la ranimer, de plus il lui faut parler avec une famille affolée pour qui la vie du fœtus n'est trop souvent à ce moment qu'une quantité négligeable.

Il y a du reste en pareil cas une telle responsabilité à assumer qu'on a conseillé, au lieu de pratiquer la seule intervention rationnelle (l'opération césarienne), d'extraire le fœtus par les voies naturelles en faisant de la dilatation forcée. En intervenant ainsi on sauvegarde peut-être la réputation du médecin, mais on diminue fortement les chances d'extraire un fœtus vivant. (V. CÉSARIENNE.)

G. LEPAGE.

GROSSESSE (MÉDECINE LÉGALE). — a) *Diagnostic clinique.* — La question du diagnostic médico-légal de la grossesse peut être posée dans diverses circonstances. Certaines femmes, affirmant leur état de grossesse, en font état pour imposer, à un séducteur réel ou imaginaire, la responsabilité d'une paternité; — ou pour atténuer leur responsabilité personnelle lorsqu'elles ont commis un délit; — ou dans le but d'empêcher la nullité d'un mariage, d'avoir droit à une succession, de favoriser une substitution d'enfant, etc....

Dans d'autres circonstances, certaines femmes dissimulent et nient leur état de grossesse soit pour contracter mariage, soit pour toute autre raison. Le médecin, qui sera commis pour les examiner, n'a qu'à rechercher les signes objectifs de la grossesse [V. GROSSESSE (DIAGNOSTIC)]. Hors de ces signes objectifs il n'y a pour lui que causes d'erreurs, car la femme qu'il doit examiner cherche presque toujours à le tromper, ou plus exceptionnellement se trompe elle-même. Il n'affirmera donc dans son rapport que les faits scientifiquement constatés par lui, en tenant compte dans ses conclusions de leur valeur séméiologique scientifique.

b) *État psychique pendant la grossesse.* — Sans aucun doute, il est des femmes, — ce sont le plus souvent des prédisposées —, chez lesquelles l'état de grossesse détermine des troubles psychiques plus ou moins accentués, des impulsions plus ou moins irrésistibles.

c) *Age de la grossesse.* — Question des plus difficiles à résoudre, même en admettant la connaissance exacte de la dernière apparition des règles, fait