fin, a été plutôt diminuée qu'augmentée. Ainsi, chez toutes, elle a duré en moyenne neuf mois et demi, chiffre inférieur de plus du tiers à celui de sa durée chez les femmes du même âge, mais non enceintes.

La grossesse n'a donc pas sur la phthisie le pouvoir suspensif qu'on lui a prêté. Mais est-il vrai, comme on le croit généralement, que l'accouchement et l'état puerpéral impriment au travail de la tuberculisation une impulsion insolite, et telle que la mort arriverait après un temps fort court? Les faits invoqués par M. Grisolle infirment encore cette proposition. Ainsi 12 femmes, dont la maladie, au moment de l'accouchement, était parvenue au deuxième, et chez la plupart au troisième degré, ont encore résisté en moyenne quatre mois aux accidents de consomption; et, chez toutes, les symptômes ont suivi la progression qu'on remarque ordinairement. Sur 10 autres, dont l'affection n'était guère qu'au premier degré ou au commencement du second à l'époque de la délivrance, on voit que chez 3 la lésion pulmonaire continua sa marche lentement progressive; chez 2 seulement survint une aggravation notable, tandis que chez 5, ou la moitié, une amélioration notable se manifesta dans l'état général et dans les phénomènes locaux, sans cependant permettre d'espérer une guérison ou suspension du mal pendant un temps un peu long.

La phthisie a-t-elle sur la marche de la grossesse une bien fâcheuse influence? Elle est beaucoup moins grave que celle de la pneumonie. Ainsi, sur 22 femmes, 3 seulement avortèrent au quatrième et au sixième mois, 3 accouchèrent prématurément vers le huitième: chez toutes les autres la grossesse arriva à son terme; cependant, sur près des deux tiers de ces dernières, la maladie du poumon avait débuté dès les premiers mois de la gestation, avait suivi toutes ses phases et produit une cachexie profonde.

L'accouchement fut chez toutes, à l'exception d'une dont le travail dura vingt heures, terminé après quatre ou cinq heures de souffrance, ce qui s'explique bien plus par la laxité et le défaut de résistance des parois molles du canal pelvien que par le petit volume de l'enfant. Si, en effet, celui-ci était le plus souvent faible et chétif, dans plus du quart des cas ses tissus étaient fermes, ses formes arrondies, et son embonpoint contrastait d'une manière remarquable avec l'étisie de la mère.

A l'exception des femmes qui, parvenues au dernier degré de la consomption, meurent peu de jours ou peu de semaines après la délivrance, on voit chez toutes les autres la sécrétion laiteuse s'établir, et chez la plupart assez abondamment pour qu'on n'ait pu les empêcher de nourrir.

Mais une ou deux semaines ou un mois au plus s'étaient à peine écoulés, que la sécrétion lactée avait considérablement diminué, et même était tarie. Quelque peu prolongé d'ailleurs qu'ait été cet allaitement, il a toujours eu pour résultat d'aggraver sensiblement la phthisie, et a eu pour les enfants les conséquences les plus funestes. Ils ont succombé après un temps assez court à un ramollissement de la muqueuse intestinale.

M. Dubreuilh, de Bordeaux, dans un mémoire très-intéressant sur le même sujet, est arrivé à peu près aux mêmes résultats.

En résumé, la grossesse ni l'accouchement ne modifient la marche de la phthisie. Celle-ci ne trouble pas très-sensiblement la marche de celle-là.

8° *Hystérie, épilepsie, chlorose.* — Quelques médecins ont pensé que la survenance d'une grossesse pouvait avoir sur l'hystérie ou l'épilepsie une influence heureuse, soit en suspendant les accès pendant tout le cours de la grossesse, soit même en débarrassant complétement la malade de ces affections. Malheureusement l'expérience n'a pas réalisé ces espérances, et si, dans quelques cas, les attaques convulsives ont paru diminuer de fréquence, ou même cesser tout à fait pendant la grossesse, dans d'autres circonstances leurs retours ont été beaucoup plus rapprochés qu'auparavant. M. Malgaigne a même cité un cas fort curieux dans lequel le premier accès d'épilepsie s'était manifesté pendant le cours d'une grossesse chez une malheureuse qui n'en avait jamais été affectée, et qui conserva toute sa vie cette horrible maladie.

Le mariage, la grossesse qui en résulte, ont souvent été conseillés comme le meilleur moyen de guérir la chlorose. Lorsque cette dernière maladie semble avoir été causée par un amour contrarié, on peut ainsi, il est vrai, en faire cesser la cause et rendre plus efficaces les médicaments dirigés contre elle. Une grossesse peut aussi régulariser pour l'avenir les fonctions utérines, faire cesser la dysménorrhée, et par conséquent avoir une influence heureuse lorsque la chlorose avait pour point de départ une menstruation irrégulière et difficile; mais dans toutes les autres circonstances la grossesse me paraît devoir être une cause d'aggravation des symptômes chlorotiques, et je crois très-prudent de ne permettre le mariage qu'après avoir modifié l'état général de la jeune fille.

§ V. — Affections chirurgicales.

1° La grossesse a souvent une action heureuse sur la marche des ulcères scrofuleux. Sous l'influence des modifications qu'elle imprime à tout l'organisme, on voit quelquefois s'effectuer la résolution des engorgements glandulaires, les maladies des os se modifier, les ulcères se déterger, se couvrir de bourgeons charnus, vermeils, consistants, et la cicatrisation s'accomplir.

Elle a semblé, dans beaucoup de cas, suspendre le travail de consolidation des fractures. Alanson cite un cas curieux : Une femme se fracture le tibia au second mois de la grossesse ; pendant les sept mois qui suivirent, la consolidation ne fit aucun progrès. Neuf semaines après l'accouchement, le cal avait assez de solidité pour qu'elle pût se promener. Ce qui démontre qu'aucun vice de constitution ne pouvait être invoqué pour retarder ainsi la guérison de cette facture, c'est que, trois mois avant la grossesse, elle avait été promptement guérie d'une fracture de cuisse. Mon ami le docteur Fournier cite trois cas analogues empruntés à la clinique de Dupuytren. Dans tous les trois la consolidation ne fit aucun progrès avant l'accouchement, et fut guérie très-promptement après... Si d'autres faits semblables existent encore dans la science, il faut convenir qu'il y en a aussi un bon nombre dans lesquels la grossesse ne peut retarder en rien la guérison.

2° Des *opérations graves* ont été pratiquées plusieurs fois pendant la grossesse sans avoir déterminé l'avortement, tandis que chez d'autres individus elles ont eu ce résultat. De ces faits contradictoires, je crois pouvoir conclure que, chez une femme enceinte, on ne doit pratiquer que les opérations urgentes, et renvoyer à un autre temps toutes celles qui, comme la fistule à l'anus par exemple, ne sont pas incompatibles avec la vie de la mère et de l'enfant.

3° *Tumeurs abdominales et pelviennes.* — La plupart des auteurs pensent que la coïncidence de tumeurs abdominales ne constitue, pendant la grossesse, qu'une gêne mécanique au développement de l'utérus, ou qu'un obstacle dont on aura à s'occuper au moment de l'accouchement (voyez *Dystocie*). Elles peuvent parfois, disent-ils, devenir une cause d'avortement ou d'accouchement prématuré, mais n'offrent pas le plus souvent d'autres dangers.

L'innocuité de cette complication, en dehors des chances qu'elle a de provoquer l'expulsion prématurée du produit de conception, ne peut être admise d'une manière absolue. Dans un très-bon travail, le docteur Ashwell a fait remarquer que la tumeur utérine, en se développant jusqu'au terme de la grossesse, exerçait sur la tumeur pathologique une compression violente; que celle-ci déterminait une inflammation qui tantôt se terminait par suppuration dans le centre de la masse morbide, tantôt par un accroissement considérable que prenait la tumeur aussitôt après l'accouchement. J'ai eu trois fois, pour ma part, l'occasion de vérifier la justesse de ces observations. La mort peut être assez promptement la conséquence de cette inflammation ou de cet accroissement rapide, et l'autopsie a plusieurs fois permis de constater l'intégrité parfaite de l'utérus et l'altération plus ou moins profonde qu'avait subie la tumeur pathologique.

Vivement impressionné par les faits semblables qu'il a eu occasion d'observer, le docteur Ashwell se demande si le développement de l'utérus, si la pression qu'il exerce sur la tumeur voisine, ne sont pas les causes de l'altération pathologique de celle-ci, et si, par conséquent, la provocation de l'accouchement prématuré ne serait pas le plus sûr moyen de prévenir les dangers auxquels la femme est si souvent exposée dans ce cas, même après avoir résisté à toutes les difficultés de l'accouchement. Nous aurons plus tard, à propos de l'accouchement prématuré, à examiner la réponse affirmative qu'il fait à ces questions; mais nous avons cru devoir fixer l'attention sur une particularité peu connue de l'histoire des tumeurs compliquant la grossesse.

4° Les *tumeurs fibreuses intra-pariétales*, ou développées dans l'épaisseur des parois utérines, peuvent avoir une influence fâcheuse sur la marche de la grossesse, et devenir une cause d'avortement quand elles sont volumineuses, mais en général cette influence est nulle quand elles sont peu volumineuses. Dans ce dernier cas l'évolution physiologique de la grossesse peut singulièrement accélérer l'accroissement de la tumeur pathologique. On sait avec quelle lenteur s'accroissent ordinairement ces tumeurs intra-pariétales; eh bien, j'ai vu dans plusieurs cas ces masses fibreuses acquérir pendant les trois ou quatre premiers mois un volume que, dans l'état de vacuité, elles n'auraient pas acquis

en plusieurs années. Développées dans l'épaisseur des fibres utérines, elles participent à l'excès de vitalité dont celles-ci sont douées pendant la gestation et elles subissent comme elles une hypertrophie considérable.

Dans quelques cas j'ai vu cette hypertrophie de la tumeur morbide se maintenir et même s'accroître après l'accouchement; mais, dans quelques autres, l'accouchement a été suivi d'une diminution très-notable dans le volume de la tumeur, et à mesure que la matrice revenait à son état normal la tumeur interstitielle diminuait peu à peu et reprenait le volume qu'elle avait avant la conception. Dans un cas observé en 1852, ce travail de résorption s'est continué et la tumeur a fini par disparaître.

§ VI. — De l'hypertrophie de la glande thyroïde.

Il n'est pas rare que la glande thyroïde s'hypertrophie pendant la grossesse, en dehors de toute influence endémique. Habituellement cette hypertrophie est peu considérable, et ne produit aucune gêne. Quelques femmes se plaignent cependant de voir leur cou grossir et se déformer. Cette augmentation de volume du corps thyroïde diminue quelque peu après l'accouchement, mais il est rare qu'elle disparaisse complétement.

Dans un cas, j'ai vu le corps thyroïde hypertrophié s'enflammer et donner lieu à un abcès qui suppura longtemps. La guérison ne fut obtenue qu'après quelques mois.

L'hypertrophie de la glande thyroïde chez les femmes enceintes n'est généralement pas dangereuse; néanmoins elle peut, dans quelques cas fort rares, créer un véritable péril pour la vie de la malade.

M. N. Guillot a rapporté deux faits de ce genre. Dans le premier cas il s'agit d'une dame qui fut surprise de voir, pendant sa première grossesse, la région antérieure du cou se tuméfier graduellement. A une seconde grossesse la tumeur du cou augmenta et devint gênante, néanmoins l'accouchement fut heureux, et cette dame put allaiter son enfant pendant quatorze mois. Mais l'hypertrophie du corps thyroïde fit des progrès, la respiration devint pénible; enfin, les accidents furent tellement menaçants, qu'on fut obligé de faire la trachéotomie. La malade mourut.

Dans le second fait rapporté par M. Guillot, l'hypertrophie du corps thyroïde se montra aussi à une première grossesse, augmenta dans la grossesse suivante, et, dix-neuf mois après le deuxième accouchement, formait une tumeur de 20 centimètres de circonférence environ. La respiration était gênée, lente et sifflante pendant l'inspiration et l'expiration; la voix était saccadée et pénible. La suffocation s'exaspérait par accès, et la malade succomba à la suite de l'un d'eux. A l'autopsie, on trouva la trachée aplatie et les nerfs pneumogastriques comprimés.

En 1861, j'ai observé moi-même un fait analogue à l'hôpital des Cliniques. Une primipare, goîtreuse depuis longtemps, vit la tumeur du cou faire de rapides progrès pendant sa grossesse. Au sixième mois, la respiration devint très-difficile, et de véritables accès de suffocation l'amenèrent à l'hôpital. Les accidents étaient si menaçants à la fin du huitième, qu'on fut obligé de provoquer l'accouchement prématuré. Quelques heures après l'accouchement, la malade mourut dans un accès de suffocation. Mon ami le docteur Tillaux, alors prosecteur de la Faculté, voulut bien se charger de la dissection de la tumeur, et constata que la glande thyroïde hypertrophiée comprimait la trachée.

§ VII. — Ulcération du col utérin.

Les affections cancéreuses du col de la matrice ne semblent que très-rarement entraver la marche de la grossesse, et les obstacles qu'elles apportent trop souvent à l'accouchement prouvent assez qu'elles sont rarement cause de fausses couches. D'un autre côté, je n'ai pas remarqué que, pendant la gestation, l'accroissement ou la dégénération de ces tumeurs fût sensiblement accélérée. Aussi n'en parlerai-je pas plus longuement ici, me réservant d'y revenir à propos de l'accouchement laborieux.

Je me propose de dire seulement quelques mots des ulcérations du col étudiées pendant la grossesse.

Il n'y a pas très-longtemps que les chirurgiens se sont familiarisés avec l'application du spéculum chez les femmes enceintes. Justement effrayés de l'influence fâcheuse que pouvait avoir l'introduction répétée de cet instrument, ils n'avaient pu se faire une idée exacte de l'état du col aux diverses époques de la gestation. Disons toutefois que ces craintes étaient un peu exagérées, et qu'introduit avec prudence, le spéculum ne produit jamais d'accidents sérieux. C'est, dans tous les cas, le spéculum à deux valves ou à quatre valves qui me paraît préférable.

Quel que soit l'instrument dont on se sert, il est assez difficile, quand on n'a pas une très-grande habitude, et surtout quand on n'a pas eu la précaution de s'assurer, par le toucher, de la situation du col, d'engager celui-ci dans l'extrémité de l'instrument. Cette difficulté tient, comme on le sait, à ce que le col est toujours porté plus ou moins vers la face antérieure du sacrum.

Cette difficulté vaincue, il suffit d'écarter un peu les valves de l'instrument pour voir le museau de tanche.

Comme le toucher aurait dû le faire pressentir, les modifications offertes à l'œil par la portion sous-vaginale du col sont très-différentes chez la primipare et la multipare; ajoutons encore que l'aspect est loin d'être le même au commencement et à la fin de la grossesse.

Examiné dans le dernier tiers de la grossesse, le col est en général d'un rouge foncé, violacé, lie de vin; chez la primipare, il est assez lisse dans toute son étendue. L'orifice externe est en général plus ou moins arrondi; quoique plus large que dans l'état de vacuité, il permet difficilement à l'œil de pénétrer dans sa cavité, même en écartant assez notablement les valves de l'instrument. Le pourtour de l'orifice externe et la portion libre du col offrent rarement des traces d'ulcérations; mais il est assez ordinaire, sur les bords de cet orifice, de voir une série de granulations d'un rouge-cerise, de véritables bourgeons charnus, dont le volume varie depuis celui d'un très-gros pois jusqu'à celui d'une tête d'épingle. Ces espèces de végétations saignent au moindre contact de la ouate dont on se sert pour les éponger.

Chez la femme qui a déjà fait un certain nombre d'enfants, le col est en général beaucoup plus volumineux, et l'on a quelque difficulté à l'embrasser

complétement avec le spéculum. Les lèvres du museau de tanche semblent divisées en plusieurs fragments, et cette segmentation de l'anneau externe, qui résulte des déchirures survenues dans les accouchements antérieurs, rend cet anneau très-irrégulier. Grâce à ces nombreuses solutions de continuité, l'orifice est beaucoup plus large, et se laisse dilater avec la plus grande facilité pour peu qu'on écarte les valves : aussi l'œil peut-il facilement explorer toute la cavité du col.

Les parois de cette cavité sont très-inégales, et offrent une série, souvent non interrompue, de saillies fongueuses, séparées par des enfoncements plus ou moins profonds. Quelques-unes de ces saillies sont transparentes et très-probablement formées par des follicules hypertrophiés; quelques autres sont comme de véritables végétations mollasses. Tantôt celles-ci sont recouvertes par l'épithélium intact, de sorte qu'on peut les toucher sans les faire saigner; tantôt, et ce cas n'est pas rare, elles semblent privées de ce tégument externe, et saignent au moindre contact.

C'est plus particulièrement dans les sillons qui les séparent qu'on aperçoit souvent des ulcérations linéaires et plus ou moins profondes. Ces ulcérations gagnent quelquefois en étendue de manière à envahir une surface assez considérable : elles sont alors facilement appréciables, mais le plus souvent elles sont cachées dans le fond des anfractuosités, et, pour les voir, il faut, après avoir bien abstergé, déplisser, pour ainsi dire, le col en ouvrant beaucoup le spéculum.

Suivant MM. Gosselin, Danyau et Costilhes, ces ulcérations linéaires seraient beaucoup plus rares que je ne l'ai pensé, et ne se rencontreraient guère que dans la moitié des cas, tandis que je les ai rencontrées dans les 7/8es. Il est vrai, comme je m'en suis très-nettement expliqué, que je n'entendais parler que des multipares arrivées aux derniers mois, tandis que, dans son relevé, M. Gosselin comprend toutes les époques de la grossesse, et M. Danyau ne paraît pas avoir séparé les primipares des multipares.

Faut-il croire, avec M. Huguier, que nous nous sommes tous trompés? Au fond des plicatures et des sillons qu'on remarque à la surface interne du col, dit cet honorable confrère, séjourne assez souvent et adhère parfois très-intimement du muco-pus d'une consistance très-variable. Cette matière simule parfaitement le fond d'une ulcère; mais effacez ces plis, essuyez bien avec un pinceau, et ces prétendues ulcérations disparaissent... Nous avons peine à croire à une erreur pareille, mais l'assertion de M. Hugier n'en mérite pas moins une sérieuse attention. C'est à revoir.

A moins qu'un singulier hasard n'ait longtemps favorisé mes recherches, il est probable que l'état que je viens de décrire est l'état normal, et doit être considéré non comme un état pathologique, mais simplement comme une conséquence des progrès de la gestation. De même que la coloration lie de vin, la tuméfaction, le ramollissement et l'état presque fongueux des parois du col sont propres à la grossesse et n'en modifient en rien la marche; de même je considère les ulcérations comme la conséquence d'un travail physiologique exagéré, et

je crois qu'elles n'ont pas plus d'importance que les modifications physiologiques.

Je suis surtout convaincu de leur innocuité, et crois beaucoup plus nuisible qu'utile tout traitement employé contre ces ulcérations, *même fongueuses*. Je dis même fongueuses, car, contrairement à l'opinion de M. Coffin, qui donne une très-grande valeur pronostique au caractère fongueux de l'ulcération, je crois que les ulcérations sont fongueuses, non parce qu'elles ont par leur nature une tendance à le devenir, mais parce que le tissu sur lequel elles reposent présente toujours à une certaine époque la coloration et la consistance du tissu fongueux.

Si je ne me trompe donc, et si réellement les particularités que je viens de décrire appartiennent réellement à la grossesse, et ne sont qu'une exagération des modifications imprimées à la structure et à la vascularisation des parois utérines, cet état doit disparaître avec la cause qui l'a produit. Comme les vomissements, les varices, les hémorrhoïdes et tous les troubles sympathiques de la grossesse, il doit cesser avec elle. Eh bien, c'est précisément ce qui arrive, et l'on peut poser en principe qu'il n'en reste plus de traces deux mois après l'accouchement. Les ulcérations non spécifiques qu'on rencontre quelquefois chez les femmes récemment accouchées n'offrent pas le même aspect, et trouvent, à mon avis, leur origine dans la non-cicatrisation des déchirures qui ont lieu au moment du travail.

En résumé donc, l'aspect fongueux que présente le col, les ulcérations plus ou moins profondes qui compliquent cet état, me paraissent être à la fin de la grossesse la conséquence exagérée de la congestion passive ou active dont l'organe est le siége. Je crois que, sauf quelques rares exceptions caractérisées par la spécificité ou une tendance excessive à l'envahissement, tendance que je n'ai jamais observée, il faut s'abstenir de tout traitement local.

Mais en est-il de même à une époque moins avancée, et les ulcérations qui peuvent exister sur le col pendant les premiers mois offrent-elles la même innocuité ?

MM. Boys de Loury, Costilhes, Coffin et Bennett, qui ont fixé plus particulièrement leur attention sur les ulcérations de la première moitié de la gestation, ont été tellement frappés de leur influence sur la production de l'avortement et des maladies puerpérales, qu'ils en ont fait une des causes les plus ordinaires des fausses couches. M. Bennett, entre autres, va jusqu'à les considérer comme la *clef de voûte* (ce sont ses expressions) de toutes les maladies de la femme enceinte, et la cause la plus générale des grossesses laborieuses, des vomissements rebelles (voyez page 465 et suiv.), des môles, des avortements et des hémorrhagies.

Malgré leur petit nombre, les observations que j'ai pu faire sont tellement en désaccord avec les résultats obtenus par ces messieurs, que j'étais tenté de les accuser d'un peu d'exagération. Mais, après avoir entendu MM. Huguier, Gosselin, Danyau, Cloquet, etc., proclamer l'innocuité de ces ulcérations, je n'hésite pas à dire qu'ils se sont trompés dans l'interprétation des faits observés par

eux. Ajoutons enfin qu'après avoir lu leurs observations, il est permis de se demander si la syphilis, dans beaucoup de cas, n'a pas été la cause principale des accidents, et, dans quelques autres, si l'introduction répétée du spéculum, les cautérisations plus ou moins nombreuses qui ont été pratiquées, n'ont pas eu la plus grande part dans l'étiologie de l'avortement.

Je ferai peut-être une exception pour l'espèce particulière d'ulcération décrite par mon ami M. Richet. Toutes les variétés d'ulcérations, dit ce savant chirurgien, qu'on observe chez les femmes en vacuité peuvent se rencontrer pendant la grossesse ; mais il m'a paru que chez quelques sujets elles avaient une tendance à revêtir le caractère fongueux, à creuser les lèvres du col, à devenir saignantes et à provoquer des accidents graves, l'avortement, par exemple. Chez toutes mes malades, ces ulcérations à bords nettement découpés, à fond rouge et saignant, étaient recouvertes de fongosités rougeâtres qui se prolongeaient entre les lèvres du col restées entr'ouvertes. Sur six, quatre malades ont avorté ; deux sont sorties de l'hôpital pouvant être regardées comme guéries : sur les quatre qui ont avorté, une seule avait été cautérisée, les trois autres n'avaient subi aucun traitement.

Parmi ceux qui, comme moi, auront examiné un certain nombre de femmes à la fin de la grossesse, les ulcérations observées par M. Richet dans les premiers mois, et qu'il a bien voulu me montrer, ressemblent beaucoup à celles qu'on rencontre parfois dans la dernière période. Je ne vois de différence que dans l'étendue un peu plus considérable de l'ulcération. Leur étendue me porte à penser que l'origine de ces ulcérations remonte à une époque bien antérieure à la grossesse, et leur bords nettement découpés me font soupçonner leur spécificité (cinq de ces femmes sur six avaient actuellement ou avaient eu la syphilis). Or, il est facile de comprendre que, dans de pareilles conditions, le ramollissement, la congestion, l'état fongueux, que la grossesse ne produit ordinairement qu'à une époque avancée, pourront ici se produire prématurément, et donner aux tissus ulcérés la teinte livide, l'aspect fongueux décrits par M. Richet. On comprend ainsi qu'une pareille affection du col, liée le plus souvent à une maladie générale, sous l'influence de laquelle elle tend sans cesse à s'accroître, finisse par entraîner la fausse couche. Aussi me paraît-il important de distinguer les ulcérations qui, préexistant à la grossesse, ont persisté et même se sont accrues après la conception, et celles qui se sont développées depuis la formation du germe : les premières, par l'irritation dont elles peuvent devenir le siége sous l'influence de la fatigue, et surtout du coït trop souvent répété, peuvent bien provoquer la contractilité utérine et déterminer l'avortement ; les secondes, au contraire, me semblent ne pouvoir avoir que rarement une pareille influence.

Je suis donc de l'avis de M. Richet. Lorsqu'une ulcération offrira, dans la première moitié de la grossesse, les caractères qu'il a décrits, et qui, pour moi, témoignent de leur ancienneté, il faudra craindre la fausse couche, et faire en sorte de la prévenir. Mais en dehors du traitement spécifique, dans les cas où il est indiqué, me sera-t-il permis de demander à ceux qui veulent absolument traiter ces ulcérations, quel est le meilleur traitement local ? quel est le caustique

préférable? Le crayon de nitrate d'argent n'est-il pas accusé de produire l'avortement par les partisans du caustique Filhos, du nitrate acide de mercure ou du cautère actuel, et à chacun de ces derniers moyens n'a-t-on pas reproché un certain nombre de fausses couches? La thèse de M. Coffin fournit sur ce point des détails curieux. Elle prouve évidemment que si la cautérisation, quel qu'en soit l'agent, compte quelques succès douteux, ceux-ci sont largement compensés par les avortements dont elle a été suivie. Des faits de Bennett et de Boys de Loury découle le même enseignement. Aussi M. Coffin qui attache tant d'importance à ces ulcérations, arrive-t-il à cette triste *conclusion thérapeutique :* Jusqu'ici aucun traitement n'a réussi, et la question est à l'étude. Ce qui était vrai en 1851 l'est encore aujourd'hui ; car, tout dernièrement, nous entendions M. Chassaignac proclamer l'insuffisance de tous les traitements, et M. Richet déclarer qu'il est encore dans l'indécision sur celui qu'il faut préférer.

L'insuffisance du traitement local, l'influence fâcheuse qu'il peut avoir sur la marche de la grossesse, me semblent, dans l'état actuel de la science, devoir le faire rejeter toutes les fois que l'altération n'aura par une tendance marquée à envahir une très-grande étendue du col.

CHAPITRE II

DES MALADIES DE LA FEMME ENCEINTE

Ceux qui ont étudié les affections si diverses de la matrice savent combien les maladies de cet organe réveillent de nombreuses sympathies. L'établissement des actes physiologiques qui lui sont dévolus, leur accomplissement périodique, exercent aussi sur les fonctions du tube digestif et sur celles du système nerveux une influence depuis longtemps appréciée de tous les praticiens. Il est inutile de rapporter tous les phénomènes morbides qui précèdent, accompagnent et suivent si souvent la première menstruation. Ils sont surtout prononcés lorsque celle-ci éprouve quelques retards ou quelques difficultés. Chez certains individus, ils se renouvellent encore pendant longtemps à chaque époque menstruelle. Il semble alors que l'organe ne peut entrer en action sans troubler profondément l'organisme ; et ce n'est, pour ainsi dire, que lorsque l'habitude a émoussé la sensibilité de la matrice, que le retour des règles cesse de déterminer les troubles généraux dont précédemment il était accompagné.

Si les maladies de l'organe, si la simple congestion menstruelle peuvent susciter tant de troubles, il est facile de prévoir que la grossesse, qui modifie à la fois la forme, le volume, la structure même de l'utérus, ne pourra parcourir ses diverses périodes sans influencer profondément toutes les fonctions.

Du reste, les effets de la grossesse varient beaucoup pour le degré et la nature

des symptômes, selon la constitution de la femme. Dans quelques circonstances, il se produit un changement très-salutaire dans tout l'organisme, de sorte que la femme jouit d'une meilleure santé qu'à toute autre époque. Mais, dans le plus grand nombre des cas, il survient des symptômes fatigants ou au moins très-désagréables, qui sont l'expression de l'influence que l'utérus exerce sur les grandes fonctions. Ces troubles, assez peu marqués chez quelques femmes pour ne constituer que des malaises, sont assez prononcés chez quelques autres pour compromettre gravement leur santé, et même inspirer de sérieuses inquiétudes pour leur existence.

L'époque où ces accidents se manifestent est excessivement variable ; car si quelques personnes commencent à souffrir dès le début de la gestation, et voient ces incommodités disparaître vers le troisième, le quatrième ou le cinquième mois, d'autres ne sont maladives que dans la dernière moitié de la gestation.

Le mode d'action de la grossesse dans la production des malaises ou des maladies qui souvent l'accompagnent, n'est pas le même à toutes les périodes de la gestation, et, sous ce rapport, il est, au point de vue thérapeutique, une distinction importante, distinction pressentie vaguement par Burns, mais exprimée nettement par M. Beau, et qui, je crois, jette une vive lumière sur la pathologie de la femme enceinte.

Parmi ces troubles fonctionnels, le plus grand nombre peuvent se produire dans les premiers comme dans les derniers mois. Dans le commencement, on les croit le résultat des sympathies nombreuses qui existent entre l'utérus et l'appareil digestif ; plus tard, on invoque en outre, pour les expliquer, la gêne toute mécanique que la tumeur utérine doit exercer sur les organes voisins. Eh bien, cette dernière action est au moins très-secondaire, si elle n'est complétement nulle ; et voilà, suivant M. Beau, quelle est la marche ordinaire des choses : « La matrice, modifiée par le produit de la conception, exerce, dès le début de la grossesse, une influence sympathique sur les fonctions digestives, et donne lieu aux symptômes dyspeptiques que nous décrirons plus loin ; l'altération des fonctions digestives produit nécessairement, pour peu qu'elle se prolonge, un défaut de nutrition ; et celle-ci étant insuffisante chez une femme qui doit fournir, quoi qu'il arrive, les matériaux nécessaires au développement de l'enfant, il en résulte bientôt une diminution plus ou moins notable des globules du sang, une augmentation considérable de la sérosité, en un mot, les caractères anatomiques de la chlorose ou de la polyémie. »

Or, chez la femme enceinte comme chez la jeune fille chlorotique, cet appauvrissement du sang détermine bientôt de nouveaux symptômes morbides, et ainsi s'expliquent, à une époque avancée de la grossesse, la réapparition des troubles digestifs, les vertiges, les céphalées, les congestions vers la face, les battements de cœur, la gêne de la respiration que l'on observe si souvent. On voit donc que, purement sympathiques dans le début, les troubles fonctionnels de la grossesse sont plus tard liés intimement avec la chlorose, qu'ils ont eux-mêmes contribué à produire (voyez *Lésions de la circulation*). Nous aurons l'occasion de revenir plus loin sur cette dernière particularité étiologique, mais nous ne pouvons nous