

GROSSESSE SEXTUPLE

Il n'y a guère d'authentique que le fait rapporté par Vassali en 1888 : il s'agit d'une secundipare enceinte de quatre mois, chez laquelle l'utérus présentait le volume d'un utérus à terme avec œdème des membres inférieurs. Vassali, aidé d'un confrère, put extraire successivement six fœtus (4 garçons et 2 filles) qui pesaient ensemble 1750 grammes; le plus gros pesait 505 grammes, le plus petit 240 grammes. Le placenta formait une masse unique, volumineuse, donnant insertion aux six cordons; il fut extrait artificiellement. Les suites de couches furent normales.

SEPTIÈME PARTIE

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE

GÉNÉRALITÉS

Nous avons étudié jusqu'à présent la *grossesse physiologique*, celle qui existe chez une femme bien portante et qui évolue d'une manière normale, régulière, sans accident notable ou tout au moins sans incidents assez accusés pour être pathologiques.

Il n'en est pas toujours ainsi; la grossesse peut être *compliquée* de deux manières différentes :

1° La femme enceinte présente une tare pathologique antérieure à la conception, ou est atteinte d'une affection morbide quelconque au cours de la grossesse. Pour prendre deux exemples : une femme tuberculeuse devient enceinte ou bien une femme enceinte est atteinte de fièvre typhoïde. Dans les deux cas il est intéressant de connaître quelle influence la maladie préexistante ou intercurrente va exercer sur la physionomie de la grossesse, et inversement comment la grossesse va retentir sur cet état morbide.

L'étude de ces faits est en réalité celle de la *pathologie (interne et externe) pendant la grossesse* : malgré les nombreux travaux parus dans ces dernières années sur ce sujet, cette étude est loin d'être achevée. Il faut en effet que l'observateur de ces faits soit en même temps un pathologiste sagace et un accoucheur instruit, pour distinguer ce qui appartient en propre à la maladie et ce qui appartient à la grossesse.

De plus, les progrès incessants de la bactériologie ont, sur beaucoup de points, apporté des données nouvelles sur le mode d'action des maladies infectieuses sur l'utérus gravide et sur son contenu. C'est grâce aussi à la bactériologie qu'on a commencé l'étude scientifique des infections à microbes déterminés (staphylocoques, *bacterium coli*) chez la femme enceinte; au fur et à mesure que les médecins connaissent mieux les différents symptômes produits par tel ou tel microbe pathogène, les accoucheurs peuvent mieux différencier comment les mêmes micro-organismes agissent sur la femme enceinte et quelle peut être leur action ou celle de leurs toxines sur le fœtus.

Nous commencerons par le chapitre de la *pathologie pendant la grossesse*, parce que ce sont souvent les maladies intercurrentes ou préexistantes à la grossesse qui créent les véritables complications de la grossesse, celles

qui sont inhérentes à cet état fonctionnel particulier. Ainsi la syphilis ne produit-elle pas souvent l'hydramnios et d'autres maladies de l'œuf ou du fœtus?

2° Il y a en outre des complications spéciales plus importantes à étudier et d'ailleurs mieux connues : elles constituent la *grossesse pathologique* (Pinard) ou mieux les *maladies propres à la femme enceinte*.

S'inspirant des recherches de A. Gautier sur les *leucomaines*, de celles de Bouchard sur les auto-intoxications, Pinard a émis l'opinion que chez la femme enceinte un certain nombre de *phénomènes morbides* sont causés par un défaut d'élimination par les émonctoires (reins, peau, intestin, etc.) des produits excrémentitiels contenus en excès dans le sang.

Les recherches expérimentales de Bouchard sur la *toxicité des urines* ont en effet montré que toutes les fois que l'élimination par la voie rénale est insuffisante, il peut se produire du côté de l'organisme des accidents (crises convulsives, hypothermie ou hyperthermie, etc.) causés par les produits toxiques retenus dans le sang. Or, chez la femme enceinte, les produits de désassimilation sont plus abondants, puisque l'organisme maternel doit suffire non seulement à ses propres besoins, mais en même temps à la nutrition et à l'accroissement du fœtus.

En outre, par suite des transformations anatomiques qu'ils subissent du fait de la grossesse, dans certains cas le rein élimine moins et le foie ne détruit plus d'une manière aussi parfaite les ptomaines du tube digestif. Ainsi, chez la femme enceinte, il y a en même temps *augmentation des produits de désassimilation et élimination moindre* : ces deux circonstances favorisent donc l'*auto-intoxication*.

Pinard pense que c'est d'après cette pathogénie qu'il faut expliquer les œdèmes, l'albuminurie, les crises convulsives (éclampsie) qu'on observe chez la femme gravide; il fait même rentrer dans ce groupe certains faits pathologiques, tels que les troubles digestifs (ptyalisme, vomissements incoercibles, etc.) qu'on observe au cours de la grossesse et dont on n'a point donné jusqu'à présent une explication suffisante. Il pense que l'état du foie joue un rôle important dans la pathogénie de ces accidents dont la véritable cause est souvent une insuffisance de la fonction hépatique; c'est pourquoi (voy. au chapitre des *Vomissements incoercibles*) Pinard rattache cette complication à une *hépto-toxémie gravidique*.

Cette division est bien en rapport avec les idées médicales actuelles et se trouve confirmée par les faits observés. C'est ainsi que lorsque le fœtus succombe, — la grossesse s'arrêtant ainsi, — on voit habituellement disparaître, ou tout au moins diminuer, les vomissements graves, l'albuminurie, etc.

Tout en reconnaissant que cette conception pathogénique a encore besoin d'être contrôlée et confirmée par la clinique et l'expérimentation, nous admettons donc pour les *maladies propres à la femme enceinte* la division suivante :

1° Phénomènes pathologiques liés à l'auto-intoxication gravidique qui résulte de l'insuffisance du foie ou du rein : *Troubles de l'appareil digestif* (ptyalisme, vomissements incoercibles, diarrhée), *Œdèmes*, *Albuminurie*, *Crises*

convulsives (éclampsie), *Manifestations cutanées* (Herpes gestationis, etc.) :

2° Maladies de l'appareil génital;

3° Maladies de l'œuf;

4° Maladies du fœtus qui peuvent compromettre plus ou moins sa vitalité ou même entraîner sa mort. Il est difficile de séparer les maladies de l'œuf et du fœtus de l'étude des maladies de la femme enceinte.

Cette pathologie spéciale à la femme enceinte sera plus détaillée; elle doit être bien connue de celui qui se livre à l'art obstétrical. C'est ainsi que nous décrirons avec soin l'albuminurie, l'éclampsie, la rétroversion de l'utérus gravide, l'hydramnios, etc.

Certaines maladies de la femme enceinte ou de l'œuf contenu dans l'utérus amènent la *mort du fœtus* ou son *expulsion prématurée* à une époque plus ou moins avancée de la grossesse : nous étudierons ces complications qui font partie de la pathologie de la femme enceinte.

Quelques complications locales, telles que le cancer de l'utérus, les fibromes utérins, les kystes de l'ovaire, etc., devraient être comprises dans cette sixième partie (pathologie de la grossesse); il est cependant plus rationnel de n'en parler qu'à la dystocie, puisque c'est surtout au moment de l'accouchement que leur présence complique la grossesse. Il en est de même de certaines maladies du fœtus, telles que l'hydrocéphalie.

I

PATHOLOGIE CHEZ LA FEMME ENCEINTE

Il est impossible de passer ici en revue toute la pathologie : nous ne ferons donc que résumer les données actuelles sur les principales maladies qui peuvent se montrer au cours de la grossesse. Une vue d'ensemble sur l'influence des maladies générales est particulièrement importante, puisque nombre d'accidents qui compliquent la grossesse sont causés par ces maladies.

A. MALADIES GÉNÉRALES.

Leur influence sur la grossesse est habituellement considérable; la microbiologie a jeté un jour nouveau sur cette question si intéressante de pathologie générale, mais la lumière n'est pas encore faite complètement. Aussi sommes-nous obligés de relater, dans nombre de cas, des opinions anciennes.

Ainsi, dans les maladies générales aiguës fébriles, on attache une assez grande importance à la température; telle femme pourra mener à bien sa grossesse malgré une fièvre typhoïde assez grave, si la température ne dépasse pas 40 degrés; telle autre au contraire avortera et peut-être même succombera si la température dépasse 40°.5. Il est bien certain que la température n'est ici que l'expression du degré de l'infection typhique.

Les maladies générales, dans leurs rapports avec la grossesse, doivent être séparées en maladies — nous allons dire en intoxications — aiguës ou chroniques.

I. MALADIES AIGUÉS

Nous n'y comprenons pas, à dessein, certaines affections, telles que la fièvre typhoïde, la pneumonie, etc. ; malgré leur nature infectieuse et leur retentissement sur l'organisme entier, ce sont des affections localisées sur un appareil spécial et qui seront étudiées en même temps que les autres maladies de ces appareils.

FIÈVRES ÉRUPTIVES

Au premier rang des maladies aiguës se trouvent les *fièvres éruptives* : rougeole, scarlatine, variole.

Avant d'aborder l'étude des pyrexies, rappelons l'influence de l'hyperthermie maternelle sur le fœtus : nombre d'auteurs ont constaté que toutes les fois que la température s'élève chez la mère, il y a accélération des battements du cœur fœtal, et que dès que la température dépasse 40 degrés, il y a pour lui danger de plus en plus menaçant. Ces constatations, faites surtout par Kaminski chez les femmes atteintes de fièvre typhoïde, ont été confirmées expérimentalement par Max Runge : en mettant des lapines pleines dans des étuves chauffées à 60 ou 80 degrés centigrades, il a constaté que les petits mouraient lorsque la température vaginale atteignait 41°,5.

Ces expériences ont été en partie infirmées par celles de Doléris et Doré, qui ont montré que la mort survenait lorsque le surchauffage était brusque et élevé, mais qu'en élevant progressivement la température, la marche de la grossesse et la vitalité des petits n'étaient point troublées.

L'hyperthermie est d'autant plus redoutable pour le fœtus que la température de la mère est plus élevée.

Le Gendre¹ a observé dans une salle de maladies aiguës contagieuses un certain nombre de femmes enceintes ou accouchées. De ses observations il conclut que la scarlatine et l'érysipèle n'exercent pas en général une influence aussi nuisible qu'on pourrait le croire sur la marche de la grossesse ; que, si un avortement ou un accouchement prématuré se produisent, l'enfant peut naître indemne de l'affection maternelle ; que les suites de couches n'offrent point de phénomènes pathologiques si les précautions antiseptiques nécessaires ont été bien prises. C'est surtout l'hyperthermie qu'il faut éviter aux femmes enceintes atteintes d'érysipèle et de scarlatine ; les antithermiques médicamenteux ne donnent guère de résultats satisfaisants. C'est le bain tiède ou froid qui convient surtout pour modérer l'hyperthermie.

Rougeole. — Les faits de rougeole survenant pendant la grossesse ne sont pas très communs, en raison même du peu de fréquence de cette maladie chez la femme adulte.

D'après Grisolle, Cazeaux, la rougeole n'est que peu influencée par la gros-

¹ Soc. méd. des hôpitaux, 25 décembre 1892.

sesse ; d'autres auteurs, Schneider, Bohn, la considèrent au contraire comme grave pour la mère et pour le fœtus. Il est probable que ces divergences d'opinions résultent du caractère différent des faits observés. Bourgeois aurait remarqué que la rougeole n'a guère de gravité lorsqu'elle survient dans les premiers mois de la grossesse, mais qu'elle est d'un pronostic plus sérieux à mesure que la période de la grossesse à laquelle elle se déclare est plus avancée.

V. Gautier (de Genève) a observé 11 cas de rougeole au cours de la grossesse : dans 4 cas les femmes étaient loin du terme, elles ont avorté ou accouché prématurément ; deux ont guéri, une est morte ; on ne sait ce qu'est devenue la quatrième. Dans un cinquième cas, le terme de la grossesse n'est pas indiqué : l'enfant a vécu quatre jours.

Dans les six derniers cas, la femme était dans le dernier mois de la grossesse ; 4 fois la mère et l'enfant ont succombé, 2 fois la terminaison n'est pas indiquée. Les 6 enfants ont eu des taches de rougeole au moment de la naissance ou peu de jours après.

La rougeole chez la mère ne crée point cependant l'immunité pour l'avenir chez l'enfant.

D'après Tarnier et Budin, « toute femme enceinte n'ayant pas eu la rougeole doit éviter avec le plus grand soin toutes les occasions qui pourraient l'exposer à la contagion de cette maladie, et changer momentanément de demeure, si la maison qu'elle habite est contaminée ».

Scarlatine¹. — C'est une affection rare chez la femme enceinte : Trousseau a depuis longtemps signalé cette immunité spéciale de la femme grosse, qui est admise par presque tous les auteurs.

Pour quelques-uns cependant cette immunité n'est qu'apparente ; ainsi, d'après Hervieux, la scarlatine serait souvent méconnue, elle donnerait lieu à l'accouchement prématuré dont la véritable cause échapperait ; ou, si la scarlatine est constatée, on en fait une scarlatine *post partum*, alors qu'en réalité c'est pendant la grossesse qu'elle est survenue.

Braxton-Hicks donne une autre explication : frappé de la fréquence considérable des scarlatines chez la femme accouchée, surtout proportionnellement à sa rareté pendant la grossesse, il pense qu'il y a incubation prolongée et que la maladie scarlatineuse contractée pendant la grossesse ne se manifeste que pendant les jours qui suivent l'accouchement.

C'est là une hypothèse fort ingénieuse admise par Barnes et Olshausen, qui a donné une statistique intéressante de plusieurs cas de scarlatine. Tandis qu'il n'a pu rassembler que sept observations de scarlatine au cours de la grossesse, il en a trouvé 119 cas après l'accouchement ; la scarlatine est survenue : 8 fois aussitôt après l'accouchement, 62 fois le premier et le deuxième jour, 27 fois le troisième jour et 22 fois après le troisième jour. Il est certain que les faits observés par Paget, de scarlatine survenant après une opération chirurgicale, donnent un certain fondement à cette théorie ; mais il ne faut pas oublier qu'il est très difficile de distinguer cliniquement

¹ La rougeole et la scarlatine dans la grossesse et les suites de couches, par M. de Tornery, Paris, 1891.

une scarlatine vraie de ces éruptions scarlatiniformes qui se montrent dans les septicémies puerpérales, d'autant que la scarlatine qui survient peu après l'accouchement est habituellement d'un pronostic très grave.

Lorsque la scarlatine survient pendant la grossesse, elle peut l'interrompre en tuant le fœtus ou en déterminant l'accouchement prématuré.

Le Gendre a observé en même temps 8 femmes enceintes atteintes de scarlatine : 6 étaient enceintes de 4 à 6 mois et ont guéri sans que la grossesse soit interrompue. Une est accouchée prématurément à 7 mois d'un enfant vivant qui a continué à vivre; une autre a fait un avortement de 5 mois; ces deux femmes ont eu des suites de couches physiologiques. Par contre, Ribemont-Dessaignes a vu la scarlatine provoquer prématurément l'accouchement et tuer la femme. L'enfant resta indemne et vécut.

Gogswell¹ a observé une femme enceinte de 6 mois et atteinte de scarlatine avec néphrite aiguë : la femme guérit et accoucha à 8 mois 1/2 d'un enfant vivant. Ballantyne a publié² un cas dans lequel un enfant né à 7 mois d'une mère scarlatineuse présenta tous les signes de la scarlatine (angine, température, desquamation, etc.), il guérit ainsi que sa mère.

D'après Pinard, « les observations manquent pour élucider la question de l'immunité scarlatineuse chez les enfants nés de femmes ayant eu la scarlatine pendant la grossesse ».

Variole. — L'influence de la variole sur la grossesse est très variable nulle ou presque nulle dans certains cas, elle peut se traduire parfois par un chiffre d'avortements considérable. C'est ainsi que dans une épidémie qui sévit à Milan en 1870-1871, presque toutes les femmes ont avorté. Pour apprécier l'influence de la variole sur la grossesse, il faut distinguer les différentes formes de la maladie :

1° *Varioloïde.* — Elle est généralement bénigne, mais donne lieu cependant quelquefois à l'avortement (4 fois sur 57, d'après Meyer).

2° *Variole discrète.* — L'avortement ou l'accouchement prématuré s'observent dans la moitié des cas; la femme guérit presque toujours.

3° *Variole confluente.* — L'interruption de la grossesse est ici la règle et l'expulsion du produit de conception semble d'autant plus inévitable que la grossesse est plus avancée; il en est de même de la variole hémorragique.

L'expulsion du fœtus a lieu à une époque variable (Barthélemy) : tantôt à la période d'invasion, tantôt et surtout à la période d'éruption, tantôt dans le cours ou à la fin de la suppuration.

Les causes qui amènent cette expulsion sont multiples. L'hyperthermie semble ne jouer qu'un rôle secondaire; la métrorragie est plutôt un signe qu'une cause de l'avortement. D'après Barthélemy, la variole agirait en modifiant les conditions de nutrition du fœtus, en causant la maladie et quelquefois la mort de ce dernier, par suite de l'intoxication variolique et de l'hyperthermie.

La grossesse n'a que peu d'influence sur la marche et sur la forme de la

¹ Journ. of the Amer. med. Association, 24 déc. 1892.

² Edinburg med. Journal, juillet 1895.

maladie; quelquefois elle pourrait transformer une variole presque bénigne en variole hémorragique promptement mortelle (Raymond); mais ce n'est point la règle.

Pendant l'année 1892, H. Richardière a observé¹ 15 femmes enceintes atteintes de variole, à l'hôpital d'Aubervilliers. Sur ces 15 malades, 7 ont guéri sans que la grossesse ait été interrompue dans son cours régulier; parmi ces femmes 4 étaient au sixième mois de la grossesse, 2 étaient enceintes de quatre mois, 1 était enceinte de deux mois. — Au point de vue de la gravité de la variole dont furent atteintes ces femmes, 2 eurent une varioloïde bénigne, évoluant dans des conditions favorables; 5 une variole avec fièvre de suppuration. Parmi ces dernières, trois varioles furent caractérisées par une éruption abondante sur la peau du visage et sur les muqueuses; chez toutes ces femmes, la muqueuse de la vulve a été le siège d'une éruption de pustules particulièrement abondante. Une seule femme a présenté comme complication viscérale une péricardite avec bruit de frottement.

Trois fois la variole a causé l'avortement au moment de la fièvre de suppuration : dans deux cas, il s'agissait de varioles confluentes qui se sont terminées par la mort de ces femmes, dont l'une était enceinte de six semaines, l'autre de six mois. Chez ces deux malades, l'expulsion du fœtus a eu lieu seulement quelques heures avant la mort de la mère. La troisième malade, qui guérit, était enceinte de deux mois : elle avorta huit jours après le début de l'éruption.

Deux femmes, enceintes et à terme, ont accouché pendant la variole et ont guéri toutes deux : la première accoucha avant l'éruption, le lendemain même de l'apparition des premiers symptômes généraux. L'enfant de cette femme fut atteint de variole onze jours après sa naissance et guérit. Une autre malade accoucha sept jours après le début de l'éruption; l'enfant était mort.

Enfin une malade enceinte de quatre mois présenta une variole hémorragique : elle succomba peu d'heures après son entrée à l'hôpital. L'utérus renfermait un fœtus mort non expulsé. — Cette variole primitivement hémorragique a été la seule observée par Richardière sur 200 cas de variole soignés par lui dans le même service.

Lorsque le fœtus n'est pas expulsé, il peut continuer à vivre et naître vivant à terme sans présenter aucune trace de la maladie : il serait alors particulièrement réfractaire à la variole.

Dans quelques cas exceptionnels, le fœtus est atteint *in utero* par la variole en même temps que la mère ou un certain temps après elle. « La variole congénitale, dit Pinard, parfaitement identique à celle de l'adulte, est en général discrète. On trouve sur le corps du fœtus une centaine de pustules à peine qui suivent une évolution particulière. Elles ressemblent à celles des muqueuses (Méjean), sont blanchâtres et aplaties, se résolvant ou s'ulcérant rapidement. La plaie suppure peu, ne donne pas de croûtes à cause de la

¹ H. Richardière. La variole pendant la grossesse à l'hôpital d'Aubervilliers pendant l'année 1892. *Union médicale*, 21 et 25 fév. 1895.

lubrification des parties et se cicatrise sans laisser de traces ou des traces peu profondes. Si la variole se développe à la fois chez la mère et l'enfant, les pustules apparaissent en même temps; cependant Chaigneau a observé que quelquefois l'éruption était plus tardive chez l'enfant. La variole qui se développe chez le fœtus dans le sein maternel serait presque inévitablement mortelle, d'après Chaigneau. »

Le traitement de la variole pendant la grossesse, conseillé par H. Richardièrre, consiste à faire prendre chaque jour un bain de sublimé d'un quart d'heure, deux bains lorsque les malades ont une éruption abondante.

Érysipèle. — C'est le plus habituellement à la face que survient l'érysipèle : il s'observe surtout dans les derniers temps de la grossesse.

Il faut toutefois distinguer entre ces inflammations érysipélateuses de la peau, qui reviennent à intervalles réguliers, comme une sorte d'érysipèle menstruel, et le véritable érysipèle qui s'accompagne de phénomènes généraux plus ou moins intenses.

L'érysipèle à répétition ne présente guère de gravité : ainsi Charpentier rapporte l'observation d'une femme qui, depuis le quatrième mois de la grossesse, présenta jusqu'à terme une série d'érysipèles de la face, qui se reproduisirent de mois en mois et étaient remarquables par le peu d'intensité des phénomènes fébriles, quoique l'éruption fût très accentuée. La femme accoucha à terme d'un enfant vivant.

Bien différent est le pronostic du véritable érysipèle de la face. Ce dernier s'accompagne, dans la presque totalité des cas, d'accouchement prématuré qui suit assez rapidement le début de l'affection (25 fois sur 24 cas, d'après Wardwell).

Les femmes atteintes d'érysipèle sont exposées à des accidents puerpéraux plus ou moins graves; aussi faut-il les traiter sérieusement et redoubler les soins antiseptiques, sans cependant s'exagérer la gravité de cette complication.

Ainsi, sur 19 femmes atteintes d'érysipèle observées par Le Gendre, 9 étaient enceintes de 2 mois 1/2 à 7 mois : leur grossesse a continué sans encombre, 5 ont accouché à terme sans aucun accident; chez les unes en pleine évolution de l'érysipèle de la face, la température n'a point augmenté, et il ne s'est manifesté ni accidents locaux ni accidents généraux. Les autres étaient à peu près ou complètement guéries, mais leur lit était entre deux lits occupés par des femmes atteintes d'érysipèle. Il n'y a pas eu chez elles le moindre symptôme d'infection utérine. Une femme est accouchée prématurément d'un enfant de 6 mois 1/2 qui n'a pas tardé à mourir plutôt par faiblesse congénitale que par infection. Une femme ayant un érysipèle ambulatoire du tronc a expulsé à 5 mois 1/2 un fœtus macéré, mais elle était dans des conditions complexes, étant atteinte d'un cancer du sein récidivé. Malgré ces conditions défavorables, elle n'a pas eu de suites de couches pathologiques. La seule femme érysipélateuse qui ait eu un commencement d'infection utérine est celle qui, probablement dans le but de faire périr son enfant, s'en était allée accoucher aux lieux d'aisances. L'antisepsie avait été ici nécessairement mal pratiquée.

Il est impossible, à l'heure actuelle, malgré les recherches de Kaltenbach, de Ruge, de dire si le fœtus peut, pendant la vie intra-utérine, être atteint de la maladie maternelle.

Cependant Hunter Powell¹ a rapporté l'observation d'une femme atteinte d'érysipèle de la face 48 heures avant l'accouchement; l'enfant présentait une éruption érysipélateuse sur le front, le nez et la lèvre supérieure. La mère et l'enfant guérirent tous deux et l'allaitement eut lieu sans incident.

En revanche, lorsqu'il est né, le voisinage de sa mère est pour lui un danger d'autant plus grand qu'il peut s'infecter non seulement par la voie respiratoire, mais encore par sa plaie ombilicale.

II. MALADIES CHRONIQUES

Intoxication saturnine. — Constantin Paul a signalé le premier l'influence néfaste du saturnisme sur le fœtus : il a montré que cette influence était d'autant plus nette que l'intoxication était plus accusée et qu'elle existait chez le père et la mère.

Les observations qui démontrent l'influence maternelle peuvent être réparties en plusieurs séries : tantôt elles ont trait à des femmes atteintes d'accidents saturnins plus ou moins sérieux et dont les grossesses n'ont pas eu une issue favorable (avortement, accouchement prématuré, enfants mort-nés, etc.); tantôt il s'agit de femmes ayant eu des accouchements normaux avant de s'exposer à l'influence du plomb, et qui depuis ont eu des fausses couches ou des enfants mort-nés; il est enfin des femmes qui, suivant qu'elles cessent leur dangereux travail ou qu'elles le reprennent, voient leurs grossesses suivre alternativement un cours normal ou être interrompues.

Balland² a cherché par l'expérimentation et par l'observation clinique à déterminer quelle était l'influence du saturnisme de la mère sur la marche de la grossesse, sur le produit de la conception et sur l'allaitement. Il a intoxiqué par injections hypodermiques et par ingestion dix cobayes pleines qui ont donné : 5 avortements, 1 mort, 2 mises à bas normales, 2 morts par infection. Les petits nés vivants étaient nés chétifs, ayant un poids au-dessous de la moyenne. Les observations cliniques ont montré la fréquence des avortements, des accouchements prématurés et des enfants mort-nés. Balland a intoxiqué une chienne allaitant à partir du jour de la mise à bas : les petits ont été malades et chez deux d'entre eux sacrifiés, on a retrouvé du plomb dans les muscles et les viscères. Il a également trouvé 1/2 milligramme de plomb dans 115 grammes de lait d'une femme saturnine allaitant. Aussi l'allaitement au sein doit-il être proscrit chez les saturnines, à moins que l'intoxication soit légère et qu'on ait pu s'assurer qu'une grande partie du plomb a été éliminée.

L'influence paternelle n'est pas moins manifeste : telle femme, incapable de mener une grossesse à bien tant qu'elle est fécondée par un mari satur-

¹ *Cleveland Medical Gazette*, juin 1895.

² *Thèse*, Paris, 1896.

min, aura des enfants bien développés si son mari a quitté depuis un certain temps le métier qui l'intoxiquait.

C'est par imprégnation des tissus par le plomb que succombe le fœtus : Legrand a pu, dans un cas, retrouver des traces de ce métal dans les reins d'un fœtus tué par l'intoxication de sa mère.

Pour parer aux conséquences de cette intoxication, les parents doivent donc changer de profession.

Intoxication par le tabac. — Plusieurs auteurs, Kostoïl, Brochard, Decaisne, Delaunay, Quinquaud, etc., affirment que les femmes qui travaillent le tabac sont plus exposées que d'autres à l'avortement et à l'accouchement prématuré, et que leurs enfants, lorsqu'ils naissent vivants, sont chétifs, très difficiles à élever, et meurent en plus grand nombre que les autres enfants.

La première affirmation est contestée : Thévenot, Ygonin (de Lyon), Piasecki (du Havre) nient cette influence mauvaise du tabac sur la grossesse et pensent que les ouvrières qui manipulent le tabac ne sont pas plus exposées que d'autres à l'avortement. Il faut toutefois tenir compte du genre de travail auquel se livrent les femmes employées dans les manufactures de tabac. D'après une observation de De Pradel (Soc. de méd. de Paris, 12 juillet 1891), le tabac aurait déterminé l'avortement.

Robinson a expérimenté sur une chienne pleine les effets de l'extrait fluide du *tumbéki*, tabac persan qui contient beaucoup de nicotine : il a constaté des phénomènes d'intoxication divers, mais pas de contraction utérine. La chienne n'a pas succombé et n'a pas avorté.

La polymortalité des enfants, qui est établie par les statistiques, provient-elle de l'hygiène mauvaise des mères ou d'un empoisonnement du lait par la nicotine ? Il est impossible de se prononcer sur cette question.

Il ne semble pas que l'usage et même l'abus du tabac chez le père aient une action nocive sur le produit de conception.

Fièvre intermittente. — La femme enceinte semble ne présenter ni prédisposition ni immunité spéciale pour l'impaludisme. Cependant, lorsqu'une femme a eu antérieurement à sa grossesse des accès de fièvre intermittente, la grossesse réveille ces accès (Barnes, Pinard, Bonfils).

La grossesse ne donne pas lieu à des accès de nature particulière; elle transforme parfois des accès simples en accès pernicioeux ou en formes larvées.

Le paludisme exerce au contraire une action mauvaise sur la grossesse; sans doute « les observations de J. Schramm, de Roux, de Mendel, montrent qu'une femme enceinte peut avoir des accès de fièvre intermittente assez prolongés et mal soignés sans qu'elle-même ou l'enfant paraissent en souffrir; toutefois c'est là l'exception, et le plus souvent la fièvre intermittente fait sentir son action, qui varie d'ailleurs suivant la gravité de l'infection, l'âge de la grossesse, la thérapeutique instituée, etc. » (Pinard).

Chez les femmes atteintes de paludisme, la grossesse ne parvient à son terme que dans un peu plus du tiers des cas (52 fois sur 105 cas d'après la statistique de Bonfils; dans les autres cas on note l'avortement (12 fois) ou l'accouchement prématuré (61 fois).

La fièvre intermittente doit être traitée comme en dehors de la grossesse : c'est à tort que certains auteurs avaient accusé le sulfate de quinine d'être un médicament abortif. Les recherches de Chiara, Wood, Pasquali, Tarnier, Pinard ont montré que le sulfate de quinine pouvait être impunément donné à des femmes enceintes.

Épilepsie. — La grossesse ne crée point l'épilepsie, ainsi que l'ont cru d'anciens auteurs, qui confondaient les accès d'éclampsie avec des crises d'épilepsie; ce n'est même qu'exceptionnellement que l'épilepsie débute pendant la grossesse.

L'influence de la grossesse sur l'épilepsie est très variable : tantôt les accès augmentent de fréquence et d'intensité, tantôt ils diminuent; assez souvent ils ne sont pas modifiés par la grossesse.

Pinard serait disposé à admettre l'influence favorable de la grossesse : sur 11 femmes épileptiques enceintes qu'il a observées, 4 avaient vu leurs accès suspendus pendant la grossesse, 5 les avaient eus considérablement atténués, et chez les deux autres les accès s'étaient montrés tels qu'ils étaient avant la fécondation. Ribemont-Dessaignes a, par contre, observé une femme épileptique dont les accès devinrent, pendant la grossesse, infiniment plus fréquents.

Pagny, élève de Porak, a relaté (Soc. obst. et gynéc., mars 1894) l'observation d'une femme secondipare chez laquelle il se produisit au huitième mois de la grossesse un état de mal épileptique qui détermina l'accouchement prématuré.

L'accouchement ne favorise pas les accès d'épilepsie, et il est rare d'en observer pendant les jours qui suivent l'accouchement.

Le traitement de l'épilepsie pendant la grossesse ne présente rien de particulier : on peut donner à la femme enceinte les médicaments dont elle fait usage habituellement.

Il est important de savoir qu'une femme enceinte est sujette aux accès d'épilepsie; car si elle est prise d'une de ces attaques près du terme ou au cours du travail, on évite de confondre cet accès avec une attaque d'éclampsie.

Hystérie. — L'hystérie est diversement influencée par la grossesse : tantôt elle est aggravée, tantôt au contraire elle est atténuée. D'après Landouzy, les crises d'hystérie cesseraient presque complètement pendant la grossesse; elles peuvent réapparaître au moment du travail. Il est toujours utile de savoir que la femme que l'on accouche a déjà présenté des crises hystériques, afin de ne pas les confondre avec des crises d'éclampsie.

Certaines hystériques facilement hypnotisables pendant la grossesse ne le sont plus au moment du travail (Budín, Féré).

La grossesse ne présente rien de particulier chez la femme hystérique, qui peut continuer à se soigner comme à l'ordinaire.

Chorée. — La chorée s'observe au cours de la grossesse : si Barnes n'a pu en réunir que 56 cas, cela tient surtout à ce que nombre de cas n'en sont pas publiés.

La chorée survient de préférence chez les femmes nerveuses, rhumati-

santes, et surtout chez celles qui, dans leur enfance, ont déjà été atteintes par la maladie; la chlorose y prédispose, et souvent c'est à la suite d'une émotion morale vive, d'une frayeur qu'apparaissent les mouvements choréiques.

La chorée gravidique est plus fréquente chez les primipares que chez les multipares; elle apparaît surtout dans les premiers mois de la grossesse, du deuxième au sixième mois, en particulier pendant le troisième et le quatrième mois (Mac Tam).

Il est tout à fait exceptionnel que la chorée se montre pour la première fois lors d'une deuxième ou troisième grossesse, à moins que dans l'intervalle ne soit survenue une cause de chorée, comme une attaque de rhumatisme.

Les symptômes observés sont plus ou moins intenses: tantôt la chorée est à peine marquée; d'autres fois les mouvements sont très accusés, nécessitent le repos complet au lit et empêchent la malade de dormir.

La chorée, dans les cas moyens, persiste habituellement jusqu'au moment de l'accouchement; elle devient plus intense lors du travail, chaque contraction exagérant le désordre des mouvements.

Après l'accouchement, la guérison survient assez rapidement; cependant dans quelques cas les symptômes de chorée persistent encore 5 ou 6 mois après l'accouchement. Enfin il est possible de voir les mouvements choréiques se reproduire à une grossesse ultérieure.

Dans des cas exceptionnels la chorée gravidique a pu entraîner la mort, soit en raison de l'intensité des symptômes, soit par suite d'une complication cardiaque.

La grossesse peut être interrompue du fait de la chorée concomitante; si elle débute brusquement au deuxième ou troisième mois, l'expulsion prématurée du fœtus peut s'ensuivre. La grossesse va jusqu'à terme, dans la moitié des cas environ.

Le fœtus naît vivant dans un certain nombre de cas; mais le pronostic doit être pour lui réservé en raison de l'accouchement prématuré possible et des troubles de la nutrition générale.

Il faut traiter sérieusement la chorée gravidique: on emploie, suivant les indications, la médication calmante (bromure de potassium, hydrate de chloral, morphine, etc.), les toniques, les préparations ferrugineuses et arsenicales. Dans un cas grave, recueilli par l'un de nous à la maternité de Lariboisière, Pinard, d'accord avec Joffroy, employa avec succès le chloral à hautes doses et l'enveloppement avec le drap mouillé.

Dans les cas graves, qui mettent les jours de la femme en danger, il ne faut pas hésiter à provoquer l'avortement ou l'accouchement prématuré.

Paralysies. — On peut observer au cours de la grossesse des paralysies diverses qui reconnaissent différentes causes: elles sont liées soit à l'albuminurie, soit à une affection cardiaque, soit simplement à l'hystérie.

Une des formes fréquentes de paralysie est l'hémiplégie, qui est le plus souvent liée à l'albuminurie ou à une hémorragie cérébrale.

La paraplégie s'observe rarement au cours de la grossesse: elle est le plus habituellement temporaire.

Won Renz range parmi les paralysies de la grossesse non seulement les paralysies qui cessent en même temps que la grossesse ou peu de temps après, mais aussi celles qui surviennent pendant la grossesse et persistent après. Il a observé quatre cas de paralysies puerpérales d'origine nettement spéciale. Signalons deux faits de *polynévrite puerpérale générale* survenue au cours de la grossesse: dans un cas, dû à Joffroy, Desnos et Pinard, la névrite survint au cours du quatrième mois: elle envahit les quatre membres; l'accouchement provoqué diminua les accidents; dans le second cas, Whitfield constata les mêmes accidents dans les derniers mois de la grossesse. Il est encore difficile de déterminer la nature de ces névrites qui sont probablement d'origine infectieuse.

Troubles mentaux pendant la grossesse¹. — Ils sont très variés et comprennent les changements plus ou moins accusés du caractère jusqu'aux véritables manifestations délirantes.

Il faut distinguer les troubles mentaux observés pendant la grossesse de ceux qu'on voit chez les accouchées et les nourrices et des délires d'origine toxique qu'on observe particulièrement à la suite de l'éclampsie.

Les cas de folie véritable chez les femmes enceintes sont rares puisqu'ils ne constituent guère que 15 pour 100 des folies puerpérales.

Les idées délirantes peuvent se montrer dès le début de la grossesse, voire même au moment de la conception; assez souvent ce n'est qu'à partir du septième mois qu'apparaissent les accidents.

Quant aux causes qui produisent ces troubles mentaux, la plus importante est l'hérédité; il est admis par tous les aliénistes (Marcé, Ball) que presque toutes les femmes qui présentent ces manifestations délirantes ont des ascendants ou des collatéraux ayant présenté des troubles mentaux; chez une femme ainsi prédisposée il suffit de la moindre cause occasionnelle (émotion vive, frayeur) pour que les accidents éclatent; on peut incriminer aussi l'anémie gravidique ou au contraire les congestions encéphaliques qu'on observe au cours de la grossesse.

Les troubles mentaux sont des plus variables: assez souvent on constate la forme dépressive. Les femmes présentent des idées mélancoliques; elles sont découragées, ont des hallucinations avec idées de suicide et même d'infanticide (A. Voisin).

Plus rarement les femmes sont agitées, loquaces, ayant une excitation physique et intellectuelle très accusée. — Dubrisay a signalé la forme extatique. — La folie paralytique est rare.

Dans certains cas, le délire est partiel: les femmes qui en sont atteintes raisonnent bien, mais ont des impulsions; elles cherchent à voler ou bien encore ont des envies irrésistibles de tuer leurs premiers enfants.

Le pronostic de la folie des femmes enceintes est moins grave que celle qui survient en dehors de la grossesse: il l'est d'autant moins que le début de la maladie est plus rapproché de la conception. Lepage a vu cependant un

¹ Voir PINARD, art. Grossesse du *Dict. encyclopéd.*

cas dans lequel les troubles mentaux ont débuté dès le troisième mois de la grossesse — avec des phénomènes fébriles et de l'hyperthermie qui aurait pu faire penser à des troubles délirants au début d'une fièvre typhoïde : cette femme accoucha à terme et devint une aliénée chronique. Sur 19 cas Marcé a noté :

Guérisons après l'accouchement.	7
Guérisons pendant la grossesse.	2
Aggravation après l'accouchement.	4
Passages à l'état chronique.	9

L'hérédité est la principale cause des troubles mentaux qui surviennent pendant la grossesse qui n'est que la cause prédisposante.

Le traitement de ces troubles mentaux ne présente rien de particulier : comme en dehors de la gravidité, il faut recourir à l'isolement, à l'hydrothérapie, aux toniques et aux calmants.

L'influence de la grossesse sur la folie préexistante est très variable : tantôt nulle, tantôt favorable, elle est le plus souvent nuisible. — Il semble que la grossesse ne réveille pas toujours les manifestations délirantes chez les femmes qui en ont présenté antérieurement. Quant à l'influence de la folie sur la grossesse, elle semble nulle ou à peu près. Cependant, dans 5 cas sur 11, Marcé a constaté que les enfants étaient mort-nés ou succombaient peu d'heures après la naissance : il y a lieu de se demander si, dans de pareils cas, la syphilis ne jouait pas un rôle dans la production des accidents maternels.

SYPHILIS

La syphilis est fort importante à connaître dans ses rapports avec la grossesse ; c'est une cause fréquente des maladies de l'œuf et en particulier d'altérations du placenta entraînant la mort du fœtus.

Nous devons étudier séparément l'influence de la syphilis maternelle et de la syphilis paternelle, le plus souvent la première résulte de la seconde. Il va de soi que lorsque le père et la mère sont tous deux syphilitiques, l'influence nocive de la syphilis sur le fœtus est encore plus accusée.

Il faut étudier séparément : A. *Influence de la grossesse sur la syphilis* ; B. *Influence de la syphilis sur la grossesse*.

Syphilis maternelle. — A. *Influence de la grossesse sur la syphilis.* — La syphilis de la femme enceinte est plus grave dans ses manifestations locales et générales.

Celles que l'on observe le plus souvent sont l'accident primitif et les lésions secondaires ; les accidents tertiaires, en raison même de l'âge auquel les femmes deviennent enceintes, sont rares.

Le chancre est plus volumineux que chez les femmes non gravides ; il est hypertrophié, présente une vascularisation plus intense, mais n'est pas très induré par suite des phénomènes de ramollissement que présentent tous les tissus normaux et pathologiques. Lepage a observé plusieurs chancres de la lèvre supérieure qui étaient remarquables par leur volume et par l'engorgement ganglionnaire concomitant. Le chancre dure plus longtemps qu'en

dehors de la grossesse : il persiste pendant dix à douze semaines environ.

Les *syphilides cutanées ou muqueuses*, sont également volumineuses ; d'après Fournier, ce sont les syphilides papulo-érosives qu'on observe le plus habituellement à la vulve : « elles se développent chez les femmes enceintes avec une exubérance singulière, prennent rapidement la forme bourgeonnante, végétante, hypertrophique, et arrivent souvent à constituer de véritables tumeurs qui envahissent et déforment toute la vulve. De plus, elles sont toujours plus rebelles que d'habitude et se résorbent plus lentement, plus difficilement. Les syphilides ulcéreuses sont assez fréquentes chez les femmes grosses : livides, violacées, creuses, et rendues plus creuses encore par la turgescence vasculaire des parties, elles persistent en général plus ou moins longtemps et tendent souvent à progresser.

Lepage a observé d'une manière très manifeste, en 1888, cette influence mauvaise de la grossesse sur les manifestations syphilitiques chez une jeune fille enceinte, atteinte de syphilis vaccinale. D'autres sujets non gravides, contaminés en même temps qu'elle, présentaient des lésions beaucoup moins accusées.

Les symptômes généraux de la syphilis sont aggravés du fait de la grossesse : ils consistent en troubles divers de la nutrition, névralgies, céphalalgie, insomnies et phénomènes d'anémie très accusés.

Influence de la syphilis sur la grossesse. — Elle est indiscutable, mais très variée dans ses effets suivant l'âge et la virulence de la syphilis, suivant qu'il y a eu ou non un traitement régulièrement suivi, suivant que ce traitement a été plus ou moins rigoureux.

Il faut donc distinguer plusieurs cas :

A. *La femme était syphilitique avant la conception.* — Il est commun dans ce cas de voir plusieurs avortements se succéder si le traitement approprié n'en interrompt pas la série ; au fur et à mesure que la syphilis s'atténue, les fœtus arrivent à une période plus avancée de la grossesse et succombent de plus en plus tardivement. Ils peuvent même naître vivants et ne mourir que dans les jours qui suivent l'accouchement ; enfin ils peuvent survivre et ne présenter que des accidents plus ou moins tardifs.

Ainsi, chez une femme syphilitique, on peut observer les différentes terminaisons suivantes de la grossesse :

1° Avortements (souvent à répétition) ou plutôt mort du fœtus avant le terme de la viabilité.

2° Accouchements prématurés, ou plutôt expulsion d'un enfant mort dans les six premiers mois de la grossesse.

3° Accouchements à terme. L'enfant peut présenter dès sa naissance des manifestations syphilitiques secondaires : s'il est traité énergiquement, il peut survivre ; dans un certain nombre de cas, il succombe.

L'enfant peut ne pas présenter de signes extérieurs de syphilis héréditaire ; mais il succombe un certain temps après l'accouchement, et la mort est généralement due à la syphilis viscérale.

Dans un certain nombre de cas, l'enfant naît vivant à terme, et ne présente aucune manifestation de syphilis. Ces cas sont tout à fait exception-

nels dans la syphilis maternelle non traitée; ils ne s'observent guère que dans des syphilis très bénignes, de date très ancienne. Ils sont au contraire la règle dans les cas de syphilis traitée méthodiquement.

Une statistique de Fournier fait bien ressortir l'effrayante mortalité fœtale résultant de la syphilis maternelle; sur 208 grossesses provenant de 100 femmes syphilitiques :

148 enfants sont morts;
60 — ont vécu.

Au bout de combien de temps la syphilis maternelle non traitée perd-elle son influence désastreuse sur le produit de conception? Rien n'est plus variable : ce qui résulte de l'observation, c'est que cette influence diminue au fur et à mesure que la syphilis est de date plus ancienne.

B. La femme devient syphilitique en même temps qu'elle devient enceinte. — La mort du produit de conception et son expulsion prématurée sont assez fréquentes; ces accidents sont presque de règle, si la syphilis n'est pas traitée.

Le traitement, toujours nécessaire, peut empêcher le fœtus de naître syphilitique ou plutôt de présenter des manifestations spécifiques. Toutefois il ne faut pas oublier que dans ces cas, si la syphilis est grave, le traitement ne préserve pas toujours le fœtus.

C. La syphilis est contractée au cours de la grossesse. — Il va de soi que plus l'époque à laquelle la femme contracte la syphilis est rapprochée du début de la grossesse, plus le fœtus a de chances d'être infecté et de succomber ou de naître avec des manifestations syphilitiques.

Si, au contraire, la femme n'est contaminée que dans les 2 ou 3 derniers mois de la grossesse, le fœtus paraît habituellement sain à la naissance et ne présente que tardivement des manifestations spécifiques; dans la grande majorité des cas, même, l'enfant reste indemne, tandis que les fœtus qui seront conçus ultérieurement seront atteints par le virus syphilitique.

La syphilis maternelle retentit donc d'une manière éclatante sur l'état du fœtus et sur la marche de la grossesse; nous verrons, à propos de la pathologie du fœtus et du placenta, les lésions causées par la syphilis.

La statistique de Le Pileur est particulièrement instructive, puisqu'en réunissant 150 femmes syphilitiques, dont les unes ont eu des enfants avant et après la syphilis, dont les autres ont été contaminées avant toute conception, on obtient la statistique suivante :

	FŒTUS NÉS		PROPORTION POUR 100	
	AVANT LA SYPHILIS.	APRÈS LA SYPHILIS.	AVANT LA SYPHILIS.	APRÈS LA SYPHILIS.
Fœtus mort-nés	8	120	5,8 0/0	78,0 0/0
Morts après la naissance	99	25	47,5 0/0	56,5 0/0
Survivants	102	8	48,8 0/0	5,2 0/0

Cette proportion effrayante montre l'importance et la nécessité du traitement spécifique chez toute femme syphilitique, que la syphilis soit antérieure ou postérieure à la conception. Lorsque la syphilis est traitée, la mortalité fœtale devient presque nulle; aussi ne discuterons-nous pas l'opinion de quelques auteurs qui attribuent la mortalité fœtale aussi élevée au traitement suivi, et soutiennent que ce n'est pas la syphilis qu'il faut incriminer, mais bien le mercure.

Syphilis paternelle. — S'il est légitime d'admettre *a priori* (et la clinique ne confirme que trop cette hypothèse) que la syphilis de la mère peut atteindre le fœtus, la transmission par la voie paternelle peut, parfois, paraître moins aisée à comprendre.

Cette transmission se fait en effet dans des conditions différentes.

A. Tantôt le père, porteur d'accidents primitifs ou secondaires, infecte et féconde la femme tout à la fois. Il est alors difficile, dans les accidents fœtaux, de faire la part de l'influence paternelle et celle de l'influence maternelle.

B. Tantôt, et les faits de ce genre sont nombreux, le père a contracté la syphilis plusieurs années avant le mariage; un traitement a été suivi tant bien que mal; depuis plusieurs mois et même depuis plusieurs années, aucune manifestation syphilitique ne s'est montrée, nulle lésion susceptible de contaminer la femme n'existe au moment du coit fécondant. Un tel homme peut-il engendrer un enfant syphilitique? Sans aucun doute, et ces faits ont une grande importance au point de vue pratique parce qu'ils sont très fréquents.

Dans nombre de cas, la syphilis paternelle ne manifeste pas son action, même à longue échéance, ou bien elle le fait seulement à une période de la vie de l'enfant qui n'intéresse plus guère l'accoucheur.

Mais d'autres fois l'influence de la syphilis paternelle est indiscutable, ainsi que le prouvent les faits suivants. Une femme a plusieurs grossesses normales et accouche à terme d'enfants vivants bien portants; elle se remarie ou devient enceinte des œuvres d'un autre homme. Elle ne peut plus mener à bien aucune grossesse; les unes se terminent par l'expulsion de fœtus morts dès les premiers mois de la grossesse; dans les autres, le fœtus succombe vers le septième ou huitième mois; ou bien le fœtus naît vivant, mais présente des manifestations de syphilis viscérale qui l'emportent au bout de quelques jours. On interroge le père : il a eu la syphilis; on le soumet ainsi que la femme au traitement mixte (mercure et iodure de potassium associés) et les grossesses redeviennent normales ou mieux les fœtus se développent normalement. Ce sont là des faits observés par tous.

Aussi, au point de vue pratique, toutes les fois que chez une femme on observe des avortements à répétition ou des grossesses qui se terminent par la naissance d'enfants morts et macérés, après avoir éliminé les autres causes possibles de ces accidents, il ne faut pas se contenter d'interroger la mère, mais interroger et examiner le père; le plus habituellement, avec un peu d'habileté et de savoir-faire, on obtient les aveux du mari, qui sont d'ailleurs souvent confirmés par l'existence de cicatrices anciennes.

TUBERCULOSE ET GROSSESSE

Influence de la grossesse sur la tuberculose. — Les avis ont beaucoup varié au sujet de l'influence de la grossesse sur la tuberculose. Les médecins du siècle dernier et du commencement de ce siècle admettaient, pour la plupart, que la grossesse s'opposait au développement de la phtisie ou en arrêtait même l'évolution quand elle existait; Cullen ajoutait : « La grossesse retarde souvent les progrès de la phtisie. Ce n'est communément qu'après l'accouchement que les symptômes reviennent avec violence et produisent la mort en peu de temps. »

Pour d'autres auteurs (Gardien, Capuron, Pidoux, etc.), la phtisie resterait souvent stationnaire, s'améliorerait même pendant les premiers mois de la gestation; mais, à partir du quatrième ou cinquième mois, les phénomènes pathologiques s'accroîtraient notablement.

Louis, le premier, fit ressortir l'influence mauvaise de la grossesse sur la tuberculose; son opinion fut défendue par Stoltz qui enseignait que chez une femme prédisposée à la phtisie pulmonaire, la grossesse pouvait changer cette prédisposition en maladie confirmée et que, quand l'affection existait, elle en activait l'évolution et en hâtait le dénouement. — Ces mêmes idées furent admises par Robert (de Strasbourg), Grisolle, Dubreuil, Hervieux, etc.; « actuellement, dit A. Herrgott fils¹, la plupart des auteurs considèrent la grossesse comme un puissant agent accélérateur de la marche de la tuberculose ».

Pinard se range à l'opinion très judicieuse de Hérad et Cornil : « Dans la grande majorité des cas, dit-il, la grossesse, loin d'enrayer la phtisie pulmonaire, en accélère au contraire la marche. Mais il faut reconnaître aussi que quelquefois la maladie n'est influencée ni en bien ni en mal et que même, dans un petit nombre de cas, les symptômes paraissent manifestement arrêtés. »

Pour bien apprécier l'influence de la grossesse sur la tuberculose, il faut distinguer différents cas : une femme tuberculeuse devient enceinte; sa grossesse est bonne; ses fonctions digestives, loin d'être diminuées ou perverties, sont exagérées par la grossesse; sa nutrition est meilleure et son état général s'en ressent. Chez cette femme la tuberculose pulmonaire pourra rester silencieuse pendant presque toute la grossesse pour évoluer ensuite pendant les semaines qui suivront l'accouchement, alors que l'appétit diminuera, que la femme sera débilitée par les fatigues de l'accouchement, par le séjour au lit, etc. — Cette aggravation de la tuberculose se produira pendant la grossesse si la femme ne s'alimente pas, si elle est obligée de garder le lit ou la chambre du fait de sa grossesse ou de son affection pulmonaire.

Un fait non moins certain, c'est que chez une femme prédisposée à la bacillose par son tempérament, par ses antécédents héréditaires, etc., la grossesse et surtout les grossesses répétées et rapprochées facilitent singu-

¹ *Annales de gynéc.*, juillet 1891.

lièrement l'apparition et l'évolution de la tuberculose pulmonaire. L'allaitement, sans parler des dangers qu'il présente pour l'enfant, est en pareil cas particulièrement funeste.

La grossesse ne semble guère influencer sur la localisation des manifestations tuberculeuses : outre la tuberculose pulmonaire, on peut rencontrer la tuberculose méningée et celle des organes génitaux qui se développeraient volontiers sous l'influence de la gestation.

Influence de la tuberculose sur la grossesse. — Il n'est point rare chez les femmes tuberculeuses de voir se produire l'avortement ou l'accouchement prématuré, ainsi que l'établissent les statistiques de Bourgeois, d'Ortega. La vie du fœtus est donc menacée de différentes manières : « Ou il vient au monde prématurément, fœtus ou mort-né, sa mère ne lui fournissant qu'incomplètement les matériaux de sa nutrition; ou il naît au septième mois, enfant petit ou souffreteux, qui meurt au bout de quelques jours par impuissance de vivre; ou enfin il vient à terme pour succomber quelques mois plus tard, le plus souvent à des convulsions qui sont celles de la méningite tuberculeuse. On ne voit guère l'enfant fournir une carrière plus longue que si la mère était peu tuberculeuse encore ou le père exceptionnellement robuste. »

Cette influence se fait sentir d'une manière plus ou moins marquée suivant que la tuberculose est antérieure à la grossesse ou qu'elle se développe au cours de celle-ci, suivant l'étendue des lésions et la virulence du bacille.

La transmission directe de la tuberculose de la mère au fœtus existe, tout en étant exceptionnelle; elle a été admise par Baumgarten (1880), puis par Landouzy qui la désigna sous le nom d'hérédité de la graine pour l'opposer à l'autre hérédité, la plus fréquente, l'hérédité de terrain.

Cette transmission directe¹ est démontrée : A. par des faits cliniques; B. par des faits expérimentaux.

A. *Faits cliniques.* — Les faits cliniques les plus anciens sont ceux de Charrin (1875), de Berti (1882), de Merkel (1884), qui rapportent des cas de tuberculose congénitale chez des fœtus issus de femmes tuberculeuses; Jacobi (de New-York) a publié en 1891 un cas de tuberculose congénitale qu'il aurait observé en 1881; mais l'observation la plus importante est celle de Sabouraud (Soc. de biol., déc. 1891), qui a trouvé les bacilles de Koch dans les lésions tuberculeuses du foie et de la rate d'un nouveau-né mort onze jours après la naissance.

Depuis, différents cas de tuberculose fœtale chez des fœtus mort-nés ou chez des enfants ayant succombé quelques jours après la naissance ont été publiés par Baumgarten et Roloff (1892), Lehmann (1895), Schmorl et Koekel (1895).

Les observations de tuberculose congénitale chez les animaux, avec

¹ Voy. AVIGNONET, *Tuberculose chez les enfants*, Thèse de Paris, 1892 et son article *Tuberculose* in *Traité des maladies de l'enfance*, tome 1, p. 764 (décembre 1896) que nous résumons en partie. — SOLLAS, *La tuberculose et son bacille*, Paris. — BOLOGNESI, *Recherches cliniques, bactériologiques et expérimentales pour servir à l'histoire de l'hérédité de la tuberculose humaine*, Th. de Paris, 1895.

examen bactériologique, sont plus nombreuses, bien qu'exceptionnelles : citons celles de Johné (de Dresde) (1885), de Malvoz et Brouwier (1889), de Bang (1890), de Mac Fadyeau (1891), de Csokor (1891).

B. *Faits expérimentaux.* — Les premières recherches expérimentales ont été faites par Landouzy et H. Martin à une époque où le bacille de Koch n'était pas encore connu : ce qui amoindrit la valeur de leurs expériences. Elles consistaient à rendre tuberculeux des cobayes en leur inoculant des fragments de placenta de femmes phtisiques ou des fragments d'organes sains en apparence (poumon, foie, etc.) provenant de fœtus issus de tuberculeuses.

Ces recherches se sont multipliées depuis l'ère bactériologique ; les inoculations ont été faites de diverses manières :

- 1° Avec des fœtus en apparence sains provenant de mères tuberculeuses.
- 2° Avec le placenta des femmes phtisiques.
- 3° Avec le sang de la veine ombilicale.
- 4° Avec le liquide amniotique.
- 5° Sur des femelles d'animaux.

Voyons successivement les résultats obtenus à l'aide de chacune de ces méthodes :

1° *Avec des fœtus en apparence sains.* Landouzy et H. Martin rendaient les cobayes tuberculeux en leur inoculant des fragments d'organes (poumon, foie, etc.) issus de mères tuberculeuses.

2° *Avec le placenta des phtisiques.* Plusieurs des expérimentateurs qui ont inoculé des fragments d'organes des fœtus ont en même temps fait des inoculations avec le placenta et ont obtenu des résultats positifs (Landouzy et H. Martin, Aviragnet, Londe et Thiercelin, Bolognesi, etc.).

D'ailleurs Lehmann a constaté des lésions tuberculeuses dans plusieurs placentas : les tubercules se développeraient d'abord dans la caduque et envahiraient secondairement le chorion. Schmorl et Koekel ont donné une étude assez complète de l'histogénèse de la tuberculose placentaire ; ils décrivent deux formes qui passent fréquemment de l'une à l'autre. Dans la première, les altérations débutent dans les espaces intervillositaires, à la surface des villosités. Bien que les villosités offrent une grande résistance à la pénétration des bacilles, elles finissent cependant par perdre leur revêtement épithélial et à être envahies par les bacilles et par un tissu de granulations semblable à celui des espaces intervillositaires. Dans la seconde forme qui est primitive, mais rare (Schmorl et Koekel n'en ont observé qu'un cas), la tuberculose se développe d'emblée dans le tissu fondamental des villosités.

La voie par laquelle les bacilles arrivent dans le placenta est le courant sanguin.

3° *Avec le sang de la veine ombilicale.* Bar et Rénon¹ ont cherché à élucider expérimentalement cette question de la transmissibilité directe au fœtus par le placenta de la tuberculose maternelle : dans cinq cas, ils ont recueilli, au moment de la naissance, une certaine quantité de sang s'écoulant par le

¹ Soc. de biologie, 29 juin 1895.

bout placentaire de la veine ombilicale et l'ont injecté à des cobayes sous la peau de l'abdomen. Dans trois cas, les résultats ont été négatifs : les deux cobayes ne sont pas devenus tuberculeux. Dans deux autres cas, les résultats ont été positifs. Or, les mères étant, dans ces deux cas, mortes peu après l'accouchement, il semble qu'il existe un certain rapport entre la gravité de l'affection et les résultats positifs de l'inoculation au cobaye.

4° *Avec le liquide amniotique.* Alph. Herrgott¹ a recherché dans un cas si le liquide amniotique retiré de l'utérus d'une femme atteinte de granulie aiguë était susceptible de reproduire la tuberculose : le cobaye, inoculé dans le péritoine, fut sacrifié au bout de 74 jours ; à l'autopsie on trouva une tuberculose ganglionnaire des ganglions abdominaux et thoraciques et une tuberculose miliaire aiguë récente du poumon. Il y avait de nombreux bacilles.

Cependant quelques expérimentateurs, Leyden en particulier, n'ont obtenu que des résultats négatifs.

En revanche, Aviragnet (1890), en s'entourant de toutes les précautions d'asepsie usitées actuellement en bactériologie, a produit chez des cobayes la tuberculose à bacille de Koch, en leur inoculant du placenta provenant d'une mère tuberculeuse et des fragments d'organes fœtaux, sains en apparence. — Une observation analogue et plus probante encore est celle de Birch-Hirschfeld et Schmorl qui trouvèrent quelques bacilles dans le foie du fœtus.

En 1895, Londe et Thiercelin ont également fait des inoculations positives avec des organes de fœtus nés de mères tuberculeuses.

Ainsi, « dans certaines circonstances, les fœtus, nés de mères tuberculeuses, peuvent produire la tuberculose chez des animaux, bien qu'à l'œil nu leurs organes paraissent sains. Les fœtus contiennent des bacilles ; mais ils n'ont pas eu le temps d'organiser des granulations tuberculeuses. » Ces faits, pour être indiscutables, n'en sont pas moins exceptionnels.

5° *Expériences faites sur des femelles d'animaux auxquelles on inocule la tuberculose.* Elles sont presque toutes négatives et la plupart des expérimentateurs n'ont pas réussi à transmettre la tuberculose de la mère au fœtus (Grancher, Straus, Nocard, Leyden). Les expériences de Sanchez Toledo, faites avec de la tuberculose aviaire, inoculée par voie intra-veineuse, sous-cutanée, intra-pleurale, à 55 femelles de cobayes pleines, ont été également négatives : aucun des 65 fœtus nés de ces femelles ne présenta de tuberculose. Les recherches de Vignal, de Hutinel ont abouti au même résultat.

D'après Nocard, les recherches faites sur les jeunes bovidés permettent de rejeter d'une façon presque certaine l'hérédité de la tuberculose dans cette race. Les statistiques faites dans les abattoirs montrent, en effet, que le nombre des veaux tuberculeux est infime et que les quelques cas rencontrés peuvent être dus à la généralisation de la tuberculose chez une vache pleine. En ce cas, l'utérus gravide, le placenta et consécutivement le fœtus peuvent être envahis au même titre que tous les tissus de la mère : l'avortement,

¹ Tuberculose et gestation. *Annales de gynécologie*, juillet et août 1891.

d'ailleurs, en est la conséquence habituelle; mais, dans le cas contraire, on s'expliquera facilement que le veau naisse tuberculeux. « S'il est vrai que le bacille de Koch puisse parfois passer de la mère au fœtus, il n'est pas moins vrai que ce passage est absolument exceptionnel. » (Nocard.)

Gärtner¹ a obtenu cependant quelques résultats positifs par des inoculations de tuberculoses faites à des souris blanches. Il inocula dans le péritoine plusieurs souris qui donnèrent deux ou trois portées successives alors qu'elles étaient depuis un certain temps soumises à l'infection tuberculeuse : 416 fœtus, après avoir été pilés dans un mortier, furent inoculés à 56 cobayes. Deux cobayes seulement moururent de tuberculose à point de départ péritonéal. Dans une autre série d'expériences, Gärtner inocula la tuberculose aux souris par la voie trachéale : sur 9 femelles, 7 donnèrent naissance à des petits tuberculeux. — Enfin le même observateur inocula à 10 lapines, dans la veine de l'oreille, une culture de tuberculose : sur les 51 fœtus résultant des portées et qui furent inoculés à des cobayes, 5 provoquèrent la tuberculose.

De toutes ces expériences et des observations cliniques, on peut conclure que, dans la *grande majorité des cas*, la transmission du bacille n'a pas lieu, *le fœtus naît indemne*; quelquefois cependant le fœtus présente à sa naissance de l'infection tuberculeuse.

Comment se produit l'infection du fœtus dans les cas où il naît en puissance de tuberculose? Il faut distinguer les cas de transmission suivant que la tuberculose vient de la mère ou du père.

1° *Infection par la mère*. Elle peut se produire soit : a. *dès le début du développement de l'œuf*, à la période ovulaire (*infection tuberculeuse de l'ovule*) : c'est, dit Straus, une hypothèse bien difficile à prouver et même à accepter, mais qu'on ne peut cependant pas écarter d'une façon absolue. « Pour qu'elle soit vraie, il faudrait admettre que la présence du bacille de la tuberculose (ou de ses toxines) à l'intérieur de l'ovule, n'empêcherait ni la fécondation, ni la migration de cet ovule pendant toute la durée de la vie embryonnaire. »

b. *Pendant la période fœtale* (infection tuberculeuse ou bacillaire de l'utérus, du placenta, voire même du liquide amniotique). C'est par le placenta — et par conséquent par la voie sanguine — que se fait habituellement la contamination du fœtus par la mère : elle n'est donc guère possible qu'autant que le sang maternel contient le bacille de la tuberculose, c'est-à-dire dans la granlie ou au moment d'une poussée aiguë de la tuberculose chronique; il est de plus nécessaire que l'épithélium des villosités placentaires soit altéré. Aussi est-ce avec raison que, dans sa thèse inaugurale, Aviragnet insistait sur la rareté des tuberculoses congénitales : « Quand, dit-il, la femme, dans les derniers mois de sa grossesse, est en pleine poussée granulique, il y aura des chances pour que les bacilles de Koch s'arrêtent au niveau du placenta et passent de la circulation maternelle dans le sang du

¹ Ueber die Erbllichkeit der Tuberculose (Zeitschr. f. Hyg. u. Infectionskrankh., 1895, Bd 15, p. 101-250).

fœtus. Or, la granlie n'est pas la règle durant la grossesse; la tuberculose s'amende généralement, et ce n'est qu'après l'accouchement qu'elle s'aggrave et se généralise. »

Ainsi, dans la majorité des cas, les enfants, nés de mères tuberculeuses, viennent au monde sans être bacillisés, ni tuberculisés; mais, dans quelques cas, ils sont chétifs et meurent assez rapidement.

2° *Infection par le père*. — Quelle est l'influence du père dans l'hérédité directe de la tuberculose? Elle paraît démontrée¹ par les observations cliniques (Landouzy, Fieux, etc.); il n'est point rare de voir des femmes jeunes qui, fécondées par un mari tuberculeux, accouchent d'enfants morts ou qui meurent peu de temps après la naissance, tués *probablement* par la tuberculose; ces mêmes femmes ont ensuite d'un second mari bien portant des enfants qui naissent vivants et se développent d'une manière régulière. Comment se produit alors l'infection? Par le sperme qui, contenant des bacilles, peut, en fécondant l'ovule, l'infecter et rendre tuberculeux le produit de conception; mais le fait n'est point démontré. Si l'on a trouvé un certain nombre de fois des bacilles dans le sperme de phtisiques, ayant des lésions des organes génitaux, ce n'est que très rarement (Jahni) qu'on a pu faire cette constatation dans le sperme de phtisiques ayant les organes génitaux sains.

Au point de vue expérimental, si Landouzy et H. Martin ont produit chez les cobayes une infection tuberculeuse en leur inoculant du sperme de phtisiques, en revanche Rohlf n'a obtenu que des résultats négatifs. De même Gärtner, qui a répété avec succès les expériences de Landouzy et H. Martin, n'a pu obtenir des petits tuberculeux en faisant féconder des femelles saines par des mâles inoculés de tuberculose dans le testicule. En outre le nombre des bacilles dans le sperme est très faible : d'après Gärtner, chaque éjaculation contenant en moyenne 226 millions de spermatozoïdes, chez un tuberculeux, les bacilles se trouvent au nombre d'une dizaine, dans la proportion de 1 pour 22 millions; aussi les chances de contamination de l'ovule par le sperme sont très minimes. Aussi certains auteurs, Firket² par exemple, n'admettent guère qu'un ovule puisse être fécondé par un spermatozoïde ayant des bacilles, et suivre un développement normal. La question est donc en suspens.

D'après A. Herrgott, bien que le fait de la transmission de la tuberculose soit établi, il n'est pas démontré que le bacille passe avec le sperme dans l'ovaire.

Le traitement de la tuberculose pendant la grossesse ne présente rien de particulier; ce n'est qu'à une époque rapprochée du terme et lorsque la femme est en danger de mort que la question de l'accouchement prématuré provoqué peut se poser.

¹ Livorn a rapporté en 1896, à la Soc. obst. de Bordeaux, deux observations démonstratives à cet égard; dans le premier cas une femme mariée à un tuberculeux fait successivement huit fausses couches. Veuve, elle épouse un homme sain et met au monde un enfant vivant et bien portant. Dans le second fait, une femme mariée à un mari tuberculeux fait successivement quatre fausses couches; l'état du mari s'améliore, la femme mène une grossesse à bien. La tuberculose s'aggrave à nouveau, la femme a deux grossesses qui se terminent par des fausses couches.

² Revue de médecine, janvier 1887.

DIABÈTE

La grossesse peut survenir chez une femme diabétique (M. Duncan, Lécorché); il est moins facile de prouver que le diabète survient au cours et sous l'influence de la grossesse. Il en existe cependant des observations indiscutables. Il ne faut pas, bien entendu, prendre pour du diabète vrai la *glycosurie normale* des femmes enceintes et des nourrices.

Le diabète aggrave le pronostic de la grossesse : sur 22 cas réunis par M. Duncan, 2 femmes sont mortes. Dans certains cas, ce n'est que vers la fin de la grossesse que survient un coma mortel. Cependant le pronostic est loin d'être toujours grave, puisque Lécorché a pu observer 6 diabétiques enceintes sans qu'aucune d'elles succombe.

Le pronostic pour les fœtus est assez souvent grave : bon nombre meurent pendant la grossesse ou pendant les quelques jours qui suivent la naissance. Lorsque le fœtus succombe au diabète maternel, il s'agit d'une forme grave de diabète qui peut aussi être mortel pour la mère dans un délai plus ou moins rapproché.

La grossesse agit d'une manière défavorable sur le diabète qu'elle aggrave, soit d'une manière immédiate, soit à plus ou moins longue échéance; cette influence mauvaise de la grossesse s'exerce aussi bien sur le diabète qui préexiste à la grossesse que sur celui qui survient après la conception. Dans les deux cas, le diabète peut présenter une marche suraiguë avec une polyurie et une polydypsie intenses, et se terminer au bout de quelques semaines par un coma mortel; d'autres fois la grossesse suit son cours. Le diabète qui survient au cours de la grossesse peut, après l'accouchement, persister et suivre son évolution habituelle. D'autres fois il se produit une amélioration très marquée qui peut aller jusqu'à la disparition complète de la glycosurie. Lorsqu'une nouvelle grossesse survient, elle détermine habituellement une aggravation du diabète qui peut ainsi constituer un véritable diabète intermittent.

Le pronostic du diabète chez la femme enceinte est d'autant plus réservé qu'il est peu influencé par le régime.

Quant à la *conduite à tenir*, elle consiste à doser de temps en temps la quantité de sucre et à prescrire le régime approprié; lorsqu'on se trouve en présence d'une femme diabétique chez laquelle les grossesses antérieures se sont terminées près du terme par l'expulsion d'enfants morts, il peut être indiqué de provoquer l'accouchement dès que l'enfant est viable. Pinard a rapporté une observation de ce genre dans une leçon clinique faite en 1895.

La glycosurie, dit Le Gendre¹, peut apparaître au moment de la grossesse et cesser après la délivrance; dans les cas plus graves, ce diabète de la grossesse peut durer une vingtaine de mois; il peut aussi être assez grave pour amener la mort. Quand une femme diabétique devient enceinte, elle avorte 1 fois sur 5. C'est vers le cinquième mois de la grossesse que le dia-

¹ *Traité de médecine*, t. 1, p. 420.

bète s'aggrave. 1 fois sur 2 la femme diabétique meurt, après l'accouchement, de phtisie ou de coma : 41 enfants sur 100 succombent. Il est donc désirable qu'une femme diabétique ne devienne pas enceinte; si elle le devient, elle ne doit pas allaiter (Ch. Gaudard)¹. « Les jeunes accouchées qui allaitent peuvent avoir une glycosurie généralement légère et transitoire, exceptionnellement un diabète durable et assez grave. »

B. MALADIES LOCALES

I. MALADIES AIGÜES

Choléra. — La grossesse ne confère pas d'immunité spéciale contre le choléra; mais n'y prédispose pas non plus; elle semble n'exercer aucune influence sur la marche de la maladie : la mortalité des femmes enceintes atteintes de choléra est cependant plus élevée.

L'influence du choléra sur la grossesse est particulièrement néfaste : l'avortement ou l'accouchement prématuré ont lieu dans la majorité des cas, et il est à remarquer que la mortalité est moindre lorsque cet accident survient que lorsque l'expulsion n'a pas lieu, ce qui tient probablement à ce qu'un certain nombre de femmes meurent avant d'avoir eu le temps d'avorter, par suite de la durée très courte de la maladie. Ainsi, Queirel n'a observé l'avortement que dans le cas où le choléra a duré quatre jours au moins.

Galliard² a fait ressortir la gravité du pronostic chez les femmes enceintes atteintes de choléra : sur 9 femmes, 2 ont été frappées légèrement et ont guéri; les 7 autres ont succombé. Une seule était atteinte de tuberculose pulmonaire.

La cause de l'expulsion du fœtus est diversement interprétée; pour les uns, elle serait d'ordre mécanique (crampes utérines) (Bouchut); pour Slavianski, elle résulterait d'une endométrite aiguë hémorragique. Cette opinion est combattue par différents auteurs et en particulier par Queirel pour qui l'avortement résulte d'un trouble de la circulation fœtale dû à la stagnation du sang poisseux et noirâtre de la période cyanique. Pour Brouardel, c'est l'acide carbonique en excès dans le sang qui déterminerait d'une manière prématurée les contractions utérines.

Il est certain que c'est l'empoisonnement du sang maternel qui amène des lésions de l'œuf ou des troubles de la circulation utéro-placentaire qui entraînent l'expulsion du fœtus. C'est cependant en vain qu'on a cherché le bacille cholérique dans le liquide amniotique, dans les tissus du fœtus.

L'accouchement présente une physionomie un peu spéciale : le liquide amniotique est peu abondant; les tissus utéro-vagino-péritonéaux ont peu de consistance et l'expulsion du produit de conception se fait assez vite.

Dans les cas d'accouchement prématuré, le fœtus peut naître vivant; sur 69 enfants donnés par 67 femmes, Queirel en a trouvé 20 nés vivants; il est vrai que la plupart meurent dans les jours qui suivent la naissance.

¹ *Essai sur le diabète sucré dans l'état puerpéral*. Thèse de Paris, 1889.

² *Gaz. hebdomadaire*, 1^{er} octobre 1889.