

religieux, vont à l'église lors de leur première sortie; ces temples étant toujours humides et froids, elles en reviennent souvent avec le germe d'une maladie inflammatoire qui ne tarde pas à se développer. Le médecin doit conseiller de renvoyer cette cérémonie religieuse, appelée les *relevailles*, à une époque plus reculée.

Les aliments que l'on donne aux femmes doivent être doux et de facile digestion. Les deux premiers jours, il ne faut, en général, accorder que deux ou trois potages pendant le jour, et quelques bouillons pendant la nuit. Pour peu que la fièvre de lait soit intense, la malade doit observer une diète absolue pendant sa durée. On pourrait donner quelques bouillons si la réaction générale était peu forte. Après la fièvre de lait, on augmente graduellement la quantité d'aliments, de manière que, vers le douzième ou le quinzième jour, la femme ait repris ses habitudes ordinaires. On doit être plus sévère pour le régime avec les femmes qui ne nourrissent pas, surtout quand les seins restent engorgés ou douloureux.

Le régime des femmes en couches, tel que nous venons de l'indiquer, était rigoureusement observé il y a quelques années; mais nous devons ajouter qu'aujourd'hui on a une grande tendance à le modifier. Legroux, médecin de l'hôtel-Dieu, a été le promoteur de cette innovation, en montrant que non-seulement il n'y avait aucun danger, mais encore avantage réel à donner aux nouvelles accouchées une alimentation abondante. Aussi donnait-il des potages et des soupes aux femmes de son service dès le premier jour de leur accouchement, et deux portions d'aliments le deuxième jour. J'ai depuis plusieurs années imité sa pratique, et je n'ai eu qu'à m'en louer. Immédiatement après l'accouchement je prescris donc du bouillon, pris par petites tasses, mais à discrétion. Le lendemain j'accorde quelques aliments solides: un œuf ou une côtelette, par exemple, avec du pain et de l'eau rougie. Aussitôt après la sécrétion laiteuse, les femmes peuvent reprendre leur régime ordinaire. Cette manière de faire n'a qu'un inconvénient, celui de soulever la réprobation des personnes qui ont vécu avec d'autres habitudes, mais elle est avantageuse pour les accouchées, et il faut passer outre.

Pendant toute la durée des couches, la femme doit faire usage, pour boisson ordinaire, d'une tisane délayante, légèrement sucrée et aromatisée. Une solution de gomme, une infusion de mauve, de violette, de tilleul, de feuilles d'orange, de camomille, un sirop étendu d'eau à la température de la chambre, etc., sont les boissons les plus usitées. Les acidules ne doivent pas être accordés aux femmes qui allaitent. Au bout de sept à huit jours, la plupart des femmes qui n'allaitent pas demandent aux médecins une tisane pour faire passer le lait. Le plus souvent c'est une précaution inutile. Mais le médecin doit ici céder au préjugé généralement répandu, afin de se mettre à l'abri de tout reproche. La canne de Provence, l'infusion de charbon, la pervenche, etc., jouissent, comme antilaitaux, d'une grande réputation. L'emploi de la racine de canne de Provence étant à peu près inerte, sera, par cela même, préféré par le médecin.

La plupart des femmes veulent aussi être purgées à la fin du temps des couches. Sans doute, lorsque le médecin découvre une contre-indication formelle à l'administration d'un purgatif même léger, il ne doit pas céder au désir de la

malade; mais, dans le cas contraire, il doit, dans l'intérêt de sa réputation et pour éviter plus tard d'injustes reproches, purger légèrement la nouvelle accouchée. Cette conduite sera même pour lui obligatoire, si la langue est large, blanchâtre, jaune ou verdâtre, la bouche amère ou pâteuse, s'il n'y a pas d'appétit. L'eau de Sedlitz, la limonade au citrate de magnésie, l'huile de ricin, sont encore les médicaments qu'il faudrait préférer dans ce cas.

L'excitabilité du système nerveux est telle chez les nouvelles accouchées, qu'on doit éviter avec le plus grand soin toute émotion morale vive, éloigner d'elles tout ce qui pourrait vivement les impressionner.

## QUATRIÈME PARTIE

### PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE

L'étude de la pathologie de la grossesse comprend : celle de tous les dérangements de fonctions qui peuvent survenir chez la femme enceinte, et celle de toutes les lésions spontanées ou accidentelles de l'œuf suffisantes pour compromettre la santé du fœtus et même déterminer sa mort. Ces dernières, passant le plus souvent inaperçues, ou ne se révélant au médecin que lorsqu'il n'est plus temps d'y remédier, seront brièvement décrites; ce que nous pouvons en dire, en effet, se borne à quelques considérations d'anatomie pathologique étrangères au but principal de ce livre.

Parmi les nombreuses maladies qu'on peut observer chez les femmes enceintes, les unes naissent sous l'influence de la grossesse, les autres les atteignent pour ainsi dire par hasard, et se manifestent fréquemment en toute autre circonstance. Nous leur avons donc consacré des chapitres différents, tout en faisant remarquer que cette division est loin d'être parfaite et que la limite à poser entre ces deux ordres de maladies est souvent impossible à saisir. Le premier chapitre comprend les maladies qui peuvent exister pendant la grossesse; le second contient l'histoire des maladies nées sous l'influence de la grossesse. Nous décrirons ensuite les grossesses extra-utérines, les lésions de l'œuf et du placenta, les maladies du fœtus et sa mort. Enfin le dernier chapitre sera réservé à l'étude de l'avortement.

## CHAPITRE PREMIER

DES MALADIES QUI PEUVENT EXISTER PENDANT LA GROSSESSE, ET DE L'INFLUENCE RÉCIPROQUE QU'ELLES EXERCENT SUR LEUR MARCHÉ ET LEUR TERMINAISON.

Si la grossesse expose les femmes à quelques accidents, elle leur épargne, en récompense, dit Antoine Petit, un grand nombre de maladies fort graves, enraye la marche de certaines autres, et parfois même guérit celles dont elles étaient préalablement affectées. Cette proposition, émise presque comme un aphorisme par l'auteur que je viens de citer, est malheureusement loin d'être exacte, et Antoine Petit s'est étrangement trompé en appréciant ainsi l'influence de la grossesse sur les maladies aiguës préexistantes ou survenant pendant sa durée : cette erreur est du reste partagée par beaucoup de médecins, et c'est pour cela que nous avons cru tout d'abord devoir la signaler.

## § I. — Maladies épidémiques.

1° *Grippe*. — Si quelques épidémies, en effet, ont paru épargner les femmes enceintes, beaucoup d'autres ont sévi sur elles aussi cruellement au moins que sur les autres individus soumis aux mêmes influences. Ainsi, j'ai constaté, comme l'a fait M. Jacquemier à la Maternité, que l'épidémie de grippe a atteint un grand nombre de femmes enceintes; mais, contrairement à ce qu'il a observé, j'ai vu un assez grand nombre d'avortements être la conséquence soit de la maladie elle-même, soit des quintes violentes dont les malades étaient tourmentées.

2° *Choléra*. — Les épidémies de choléra qui, en 1832 et 1849, ont si cruellement sévi sur la capitale, n'ont point épargné les femmes grosses, et nous avons eu la douleur d'en voir succomber un assez grand nombre.

M. le docteur Bouchut, dans un travail tout récent, a cherché à apprécier l'influence de la grossesse sur le choléra, et réciproquement. S'appuyant sur 52 observations, il commence par établir que l'état de gestation n'a aucune influence sur l'apparition du choléra, qu'il n'en garantit pas plus qu'il n'y prédispose, et que, lorsque la maladie se développe, elle se présente, sans aucune modification, avec ses variétés de forme et d'intensité.

Le choléra exerce, au contraire, une influence incontestable sur le cours de la grossesse : il en abrège souvent la durée. Ainsi, 25 femmes sur 52 ont avorté sous l'influence de la maladie, et, parmi les autres, cet accident se fût bien probablement produit, si la mort trop prompte n'avait enlevé les malades. Sauf de rares exceptions, en effet, l'avortement ne s'accomplit que dans les cas où la maladie se prolonge au delà de vingt-quatre heures.

Sur les 25 femmes qui ont avorté, 16 ont guéri : 12 eurent un choléra de

moyenne intensité et d'assez longue durée, 4 eurent un choléra grave et rapide; 9 sont mortes.

Un fait remarquable qui résulte des observations de M. Bouchut, c'est que l'avortement chez les cholériques est très-commun à partir du cinquième mois de la gestation, et au contraire très-rare à son début. Ainsi, sur les 16 femmes qui ont avorté et ont guéri, une seule était enceinte de trois mois, 1 de quatre, 6 de cinq, 1 de six; et la moins avancée des 9 qui sont mortes après l'avortement était arrivée à quatre mois et demi.

27 femmes n'ont pas avorté. 6 seulement ont guéri, et la grossesse a continué. Leur choléra fut de moyenne intensité et se prolongea plusieurs jours. 21 succombèrent. Leur choléra fut grave et rapide.

En tout, 30 morts sur 52. On voit que la grossesse ne modifie pas favorablement le pronostic du choléra.

Parmi les malades dont nous venons de parler, 6, avons-nous dit, ont guéri et ont vu leur grossesse continuer sa marche régulière. D'autres, arrivées déjà à une époque avancée, ont expulsé prématurément des enfants vivants. Il en résulte qu'évidemment le choléra n'est pas toujours transmis au fœtus, et que, si celui-ci succombe habituellement soit avant son expulsion, soit avant la mère, dans les cas où la fin trop prompte de cette dernière ne permet pas à l'avortement de s'accomplir, sa mort ne peut être attribuée à une transmission de la maladie. D'ailleurs, l'autopsie des enfants n'a rien fait découvrir qui puisse être considéré comme appartenant au choléra.

Quelle est donc alors la cause de la mort du fœtus, mort qui précède presque toujours son expulsion ou la mort de la mère?

Suivant M. Bouchut, elle est le résultat ou bien d'une pression mécanique de l'utérus, causée par les crampes et par les convulsions des muscles de l'abdomen, ou bien de la diète si sévère à laquelle sont soumis les malades; ou bien, enfin, elle est la conséquence des nombreuses évacuations de l'intestin, qui, enlevant tout le sérum du sang, tarissent les sources de la nutrition. Pour moi, l'asphyxie est l'unique cause, ou au moins la plus ordinaire de la mort du fœtus. La coagulation du sang, sa stagnation dans les vaisseaux, doit suspendre évidemment la circulation utéro-placentaire; et celle-ci étant interrompue, le fœtus, privé des éléments de respiration qu'il y puisait, doit succomber assez promptement.

M. Devilliers fils a lu à l'Académie de médecine une observation qui tendrait à prouver que l'avortement a sur la terminaison du choléra une influence heureuse, et croit pouvoir conseiller, en conséquence, l'avortement provoqué comme propre à diminuer la gravité de la maladie. En examinant à ce point de vue les résultats fournis par M. Bouchut, on pourrait y trouver tout d'abord un argument favorable au conseil de M. Devilliers, puisque sur 27 cholériques qui n'avortèrent pas, 21 succombèrent, tandis qu'après 25 avortements on ne compte que 9 décès. Mais il est bon de remarquer que, sur les femmes guéries après l'avortement, 4 seulement eurent un choléra grave et rapide; tandis que, chez les 21 mortes sans avortement, la maladie, très-grave, dura à peine quelques

jours. Cette terminaison si promptement fatale a été bien probablement la seule cause qui se soit opposée à l'avortement.

Jusqu'à présent donc, la proposition de M. Devilliers ne saurait être acceptée sans nouvelles observations.

En résumé, si la grossesse ne modifie pas sensiblement la marche et la gravité du choléra, celui-ci entraîne, dans la grande majorité des cas, la mort ou l'expulsion prématurée du fœtus.

### § II. — Maladies endémiques.

*Fièvre intermittente.* — Nul doute, ainsi qu'a cherché à le démontrer M. Ébrard, que les désordres graves, les perturbations profondes que les accès de fièvre produisent dans toute l'économie, les vomissements opiniâtres qui signalent bon nombre d'accès, la toux, la diarrhée et les coliques, ne puissent déterminer dans les fonctions de la matrice un trouble des plus prononcés, et que la fluxion, la congestion, que détermine si souvent cette fièvre, ne puissent produire l'expulsion prématurée du produit de la conception.

C'est un fait dont la possibilité est incontestable, et qui pose naturellement l'indication de faire cesser promptement cet état morbide: aussi n'a-je rappelé cette influence des fièvres intermittentes sur la grossesse, que pour avoir l'occasion de repousser chaleureusement le conseil donné par quelques personnes, et qui consiste à rejeter le sulfate de quinine comme très-propre à provoquer l'avortement ou l'accouchement prématuré. C'est à la maladie elle-même, et non au médicament, qu'il faut certainement attribuer les fausses couches reprochées au sulfate de quinine. J'ai eu pour ma part six fois l'occasion de l'employer à des époques variables de la grossesse, et aux doses de 50, 75 centigrammes, et même 1 gramme dans les vingt-quatre heures, et jamais je n'ai eu à m'en repentir. Un grand nombre de praticiens, qui, comme MM. Thezet, Delmaz, Alamo, Ébrard, ont eu l'occasion de pratiquer longtemps dans les localités où les fièvres intermittentes sont endémiques, n'ont jamais eu à se plaindre de l'action du sulfate de quinine employé chez les femmes enceintes. Non-seulement c'est un médicament innocent, mais c'est le moyen préventif le plus sûr quand l'avortement est rendu imminent par le fait de la fièvre.

Quelques faits tendent à prouver que les femmes atteintes de fièvre intermittente, pendant le cours d'une grossesse, peuvent communiquer la maladie au fœtus. Le professeur Stokes, de Dublin, dit avoir vu une femme enceinte affectée de fièvre tierce et chez laquelle le fœtus présentait des mouvements convulsifs, dont les paroxysmes avaient cela de remarquable qu'ils correspondaient périodiquement aux jours d'apyrexie de la mère. M. Pitre-Aubanaïs a rapporté deux observations de femmes enceintes atteintes de fièvre intermittente qui la communiquèrent à leurs enfants. Ces enfants vinrent au monde avec une hypertrophie de la rate, et chez eux les accès de fièvre intermittente revenaient aux mêmes heures et aux mêmes jours que se montrait l'accès fébrile chez la mère (Bourgeois, de Tourcoing).

Les fièvres intermittentes, dit encore M. Jacquemier, paraissent pouvoir attein-

dre à la fois la mère et le fœtus. Les faits sur lesquels s'appuient cette assertion sont peu nombreux, mais ils paraissent concluants. Schurig rapporte qu'une femme enceinte pour la troisième fois fut prise dans le second mois de la grossesse d'une fièvre quarte très-rebelle; dans le dernier mois, avant ou après le paroxysme, elle sentit le fœtus s'agiter, trembloter, se rouler manifestement d'un côté à l'autre. Enfin, après un fort paroxysme, elle accoucha d'une fille qui, à la même heure que sa mère, était prise d'accès de fièvre très-forte, qu'elle supporta pendant sept semaines. Hoffmann et Russel ont été témoins de faits semblables (Jacquemier, *Traité d'obstétrique*).

### § III. — Fièvres éruptives.

1° *Variole.* — Les fièvres éruptives paraissent avoir en général chez les femmes enceintes beaucoup plus de gravité que chez tous les autres individus. La variole est particulièrement celle sur laquelle la grossesse a la plus fâcheuse influence, et, d'après quelques auteurs, elle se terminerait presque constamment par la mort, surtout quand elle détermine l'avortement.

Il est important d'établir, au point de vue du pronostic, une distinction entre la variole confluente et la variole discrète (Chaigneau). La première, déjà si grave, hors l'état de grossesse, qu'elle tue un tiers des individus, est encore plus redoutable pendant la gestation, et se termine à peu près constamment par la mort; tandis que la seconde est loin de produire toujours l'avortement ou l'accouchement prématuré, et même, dans les cas où la grossesse se termine avant terme, la guérison de la mère s'observe souvent.

Le docteur Gariel pense que les douleurs lombaires, si vives dans la première période de la variole, ont une grande influence sur la production de l'avortement. J'ai vu, dans deux cas de variole, discrète, il est vrai, quelques légères contractions coïncider avec ces douleurs lombaires; mais il a été possible de les arrêter à l'aide de lavements opiacés. Dans plusieurs autres cas, je n'ai rien vu de semblable, et je pense avec M. Chaigneau (Thèse, 1847) que c'est surtout lorsque déjà les pustules sont en pleine suppuration, lorsque apparaît la fièvre secondaire, et avec les graves symptômes qui l'accompagnent, que survient l'avortement.

En résumé, la variole confluente détermine presque toujours l'avortement, et celui-ci est presque constamment suivi de la mort de la femme: sur 23 avortements observés par M. Serres dans ces conditions, il y eut 22 morts. La variole discrète, au contraire, permet le plus souvent à la grossesse de continuer son cours, et même alors qu'elle en interrompt la marche, la mère guérit le plus souvent, et, dans les derniers mois, l'enfant est expulsé vivant.

Lorsque le fœtus n'est pas expulsé, il peut continuer à se développer, et souvent même, au moment de la naissance, il ne paraît pas avoir beaucoup souffert de la maladie qui a compromis si gravement la vie de la mère; mais, dans d'autres cas, soit qu'il reçoive de la mère le germe de la maladie dont elle est affectée, soit que les troubles si profonds que la variole détermine dans l'organisme maternel influencent défavorablement aussi la vie fœtale, il ne tarde pas à succom-

ber. Dans le premier cas, on pourra constater sur le petit cadavre des pustules tout à fait semblables à celles de la mère.

Nous venons de dire que la variole peut atteindre le fœtus renfermé dans le sein de sa mère en même temps qu'elle sévit sur la mère. On trouve une quantité de ces faits dans différents auteurs. Dans ce cas, la mère transmet la maladie contagieuse dont elle est elle-même affectée. Ce serait cependant une erreur de croire que toute femme grosse atteinte de variole la communique nécessairement à son enfant. M. Serres a observé vingt-deux enfants non varioleux nés de femmes ayant eu la variole pendant leur grossesse. Mead prétend même que si la femme n'avorte pas, l'enfant est exempt de la variole pour le reste de ses jours, à moins qu'il ne vienne au monde avant la maturité des boutons. C'est là un fait curieux, mais déjà contredit par Cotugno. L'opinion de ce dernier peut être appuyée des faits suivants: Deux femmes enceintes furent inoculées de la variole: l'éruption fut discrète, la grossesse continua son cours. Elles accouchèrent, au terme ordinaire, de deux enfants bien portants qui, à l'âge de trois ans, furent inoculés et eurent une variole régulière.

Il paraît, d'autre part, que le fœtus seul peut être affecté de variole pendant la vie intra-utérine alors que la mère n'en a jamais été atteinte. Ce fait semble assez extraordinaire; cependant on ne peut le révoquer en doute, après le témoignage d'auteurs dignes de foi, tels que Ebel, Kesler, Watron, Jenner, Deneux, Royer, Bouchut, Chaigneau, qui ont vu naître variolés des enfants dont la mère était exempte de l'affection. Dans plusieurs de ces cas, la mère, vaccinée, était réfractaire à l'épidémie, mais elle servait de communication entre le virus variolique et le fœtus.

La variole congénitale se montre à toutes les époques de la grossesse. Elle est rare avant le troisième mois; elle est en général discrète. C'est à peine si l'on compte, au plus, une centaine de pustules sur tout le corps, souvent il y en a beaucoup moins. On remarque que les pustules n'ont pas la même évolution que si elles se développaient à l'air libre; incessamment baignées par le liquide amniotique, elles suivent la marche des pustules qui viennent sur les muqueuses. Elles sont blanchâtres, aplaties, plus larges cependant que celles de la cavité buccale. Quelques-unes se résolvent, d'autres s'ulcèrent promptement, lorsque le petit disque pseudo-membraneux est tombé. La plaie suppurant peu, ne donnant jamais de croûtes, à cause de la lubrification des parties, se cicatrise sans laisser aucune trace. Cependant on voit quelquefois des cicatrices caractéristiques, mais elles sont peu profondes.

Quand la variole se développe à la fois chez la mère et chez le fœtus, les pustules apparaissent en même temps chez les deux sujets. Cependant M. Chaigneau a observé que, dans quelques cas, l'éruption varioleuse était plus tardive chez les enfants et ne se manifestait que longtemps après la fin de l'éruption de la mère. La variole qui se développe chez le fœtus dans le sein de sa mère est presque inévitablement mortelle. (Bourgeois, de Tourcoing.)

2° La scarlatine, lorsqu'elle a quelque intensité, agit à peu près comme la variole; mais le pronostic est en général beaucoup moins grave et pour la mère et pour l'enfant. Elle produit pourtant quelquefois l'avortement, et la mort des femmes en est souvent alors la conséquence. Je crois, avec M. Serres, que les femmes récemment accouchées y sont beaucoup plus exposées que pendant leur grossesse, car je n'ai jamais observé la scarlatine pendant la gestation, et j'ai eu deux fois la douleur de voir de nouvelles accouchées succomber à cette maladie.

3° La rougeole, au dire de Levret, serait tout aussi fâcheuse. Cependant, sur 4 rougeoles observées chez les femmes enceintes par M. Grisolle, aucune n'a troublé la marche régulière de la gestation. J'ai vu deux cas semblables.

Malheureusement tous les faits ne sont pas toujours aussi heureux. M. Bourgeois, de Tourcoing, dont l'excellent mémoire nous a fourni plusieurs documents pour la rédaction de ce chapitre, a observé lui-même quinze cas de rougeole sur des femmes enceintes, et huit d'entre ces femmes ont avorté ou accouché avant terme. Chez les autres, la grossesse n'a pas été entravée par la maladie. Chez ces femmes la maladie était d'autant plus grave que l'époque de la gestation était plus avancée. Les prodromes de l'avortement ou de l'accouchement se manifestaient vers la fin de la maladie.

Dans des cas rares, on a vu des enfants naître avec la maladie rubéoleuse. Rose, Vogel, en rapportent quelques observations; M. Guersant en a observé un cas. M. Bourgeois en cite un autre: l'enfant vécut trois jours et mourut.

#### § IV. — Maladies sporadiques diverses.

4° Fièvre typhoïde. — La fièvre typhoïde peut atteindre la femme pendant la grossesse et à toutes les époques de la grossesse. Dans les premiers mois de la gestation, elle provoque souvent l'avortement. Cet accident survient dans le premier, quelquefois dans le second septénaire de la maladie.

Sur 22 femmes atteintes de fièvre typhoïde dans les premiers mois de la grossesse, et qui ont été observées par M. Bourgeois, 6 n'ont eu qu'une maladie légère et n'ont pas avorté; 16 ont été atteintes de symptômes graves, et, sur ce nombre, 12 ont avorté. Sur 15 cas de fièvre typhoïde survenus chez des femmes enceintes de sept mois et au delà, le même observateur a noté 9 fois l'accouchement prématuré. 5 femmes ont accouché dans le premier septénaire de la maladie; 2 enfants étaient mort-nés; 1 a vécu deux jours et le dernier a continué de vivre. Les autres femmes ont accouché dans le deuxième septénaire de la fièvre, 2 étaient morts en naissant; 1 a vécu deux jours et demi, et un seul a pu être élevé. Il avait huit mois de vie utérine. Les deux enfants qui ont survécu n'ont rien présenté de particulier.

Si j'ai eu rarement occasion d'observer la fièvre typhoïde pendant la grossesse, je l'ai vue assez souvent se manifester pendant les suites des couches. Elle débute ordinairement d'une manière insidieuse, et, dans tous les cas, les premiers symptômes de la maladie ont été ceux d'une inflammation puerpérale. Ce n'est qu'après les premiers jours que, les phénomènes abdominaux ayant cessé, la maladie a offert tous les caractères de la typhoïde. Chose fort singulière, si j'en juge par les faits soumis à mon observation, la fièvre typhoïde, loin de recevoir de l'état puerpéral une influence fâcheuse, serait moins grave que dans les conditions ordinaires de la vie. Sur 17 femmes affectées de fièvre typhoïde quelques jours après l'accouchement, aucune n'a succombé. M. Fauvel a fait de son côté la même remarque, et n'a vu aucun décès sur les 7 femmes récemment accouchées chez lesquelles il a observé cette maladie. Ces faits sont sans doute trop peu nombreux pour en tirer une conclusion définitive, mais ils m'ont paru assez curieux pour être signalés.

2° Pneumonie. — La pneumonie est sans contredit, parmi toutes les inflam-

mations aiguës des enveloppes ou des parenchymes de nos organes, une de celles qui déterminent le plus souvent l'avortement ou l'accouchement prématuré. M. Grisolle a observé 4 cas de pneumonie et a réuni 11 autres observations. Parmi ces 15 femmes, 10 n'avaient pas encore atteint le sixième mois de leur grossesse, 5 touchaient au septième, huitième et neuvième mois. Des 10 femmes qui ne comptaient pas encore six mois de grossesse, 4 ont avorté le quatrième, le cinquième, le sixième et le neuvième jour à dater du début de la pneumonie. Chez 3, l'avortement a été suivi d'accidents plus graves du côté de la poitrine, et la mort est arrivé trois ou quatre jours après; une seule, dont la pneumonie était peu étendue, a guéri sans éprouver aucun accident fâcheux. Les 7 femmes qui n'avortèrent pas succombèrent toutes sans exception aux progrès de la pneumonie.

Des 5 femmes arrivées à une époque avancée, 2 étaient enceintes de sept mois lorsqu'elles furent atteintes de pneumonie : l'une accoucha prématurément au douzième, l'autre au quinzième jour; elles moururent deux jours après. Les 3 autres étaient dans le neuvième mois : 2 accouchèrent d'un enfant vivant, le septième et le huitième jour de la pneumonie; l'autre mourut le cinquième, avant d'accoucher.

On peut conclure des faits qui précèdent que le résultat le plus ordinaire d'une pneumonie survenant pendant la grossesse est de provoquer l'expulsion prématurée du produit de la conception. Je crois, dit M. Grisolle, que cette fâcheuse influence s'explique par l'importance de l'organe qui est affecté, par la gravité de la maladie, l'intensité de la réaction générale et le nombre des phénomènes sympathiques qu'elle produit dans toutes les fonctions, bien plutôt que par les secousses de toux.

Quant à la grossesse, elle a sur l'issue de la maladie une influence désastreuse, puisque sur 15 femmes 11 succombèrent, quoique la plupart fussent dans des conditions de santé très-favorables en apparence. Le pronostic paraît être plus fâcheux avant qu'après le septième mois. Enfin, si l'on pouvait conclure d'un aussi petit nombre de faits, l'avortement, contrairement à ce que nous avons observé dans la variole, serait plutôt favorable que nuisible, puisque, des 4 femmes qui avortèrent, 1 survécut, et les 6 qui n'avortèrent pas succombèrent toutes sans exception. Ce qui semblerait confirmer cette proposition de Desormeaux : « L'avortement, effet trop ordinaire des maladies aiguës, amène souvent une solution favorable dans les affections inflammatoires. »

3° *Maladies inflammatoires diverses.* — Nous ne possédons que des données très-incomplètes sur l'influence réciproque de la grossesse et des autres inflammations aiguës. Ce qu'en disent les auteurs se borne à quelques faits isolés et souvent contradictoires, et dont le nombre très-limité ne permet de tirer aucune conclusion utile.

Un mot encore. Quelle que soit l'affection aiguë dont la femme enceinte est affectée, le traitement ne doit pas sensiblement différer de ce qu'il est dans les conditions ordinaires de la vie. Tant qu'il y a espérance raisonnable de sauver la mère avec des remèdes doux et innocents, on doit s'en tenir à cette méthode;

mais si la maladie est dangereuse et exige des moyens plus actifs et plus efficaces, on doit la traiter comme si la femme n'était pas enceinte. La saignée, les purgatifs, auxquels on a reproché de provoquer l'avortement, peuvent sans doute avoir ce résultat; mais il ne faut pas oublier qu'ils ont ici pour but de combattre une affection qui, par elle-même, est une cause bien plus influente d'avortement et qui compromet si gravement la vie de la mère.

4° *Ictère.* — Si, dans quelques circonstances, l'ictère paraît avoir sur la gestation une influence fâcheuse, il n'est pas exact de dire qu'il n'en arrête pas toujours le développement, et qu'il détermine l'avortement, non-seulement dans les cas d'ictère grave, mais même dans les plus simples. J'ai observé plusieurs cas d'ictère simple qui n'ont été pour les femmes qu'une légère indisposition, et n'ont en rien troublé la marche de la grossesse. Dans quelques cas, pourtant, il en a été autrement, et M. Ozanam cite les deux observations suivantes qui évidemment me paraissent exceptionnelles : Une jeune primipare, enceinte de cinq mois et demi, était malade depuis cinq jours d'un ictère très-simple, lorsqu'elle entra à l'hôpital; trois jours après elle avortait. Une autre, enceinte de sept mois et demi, avorta également cinq jours après le début d'un ictère simple. Aucun des enfants n'offrit de teinte ictérique. Les deux mères guérirent.

Quant à l'enfant, son expulsion prématurée compromet singulièrement sa vie future, mais il est rare qu'il participe à la maladie de sa mère. Dans aucun des cas que j'ai eu occasion d'observer, je n'ai vu le fœtus offrir une teinte ictérique, bien que l'eau de l'amnios fût plus ou moins colorée. Cependant on trouve dans J. P. Franck le cas d'une femme qui fut prise d'ictère et qui accoucha d'un enfant également ictérique.

Quant à ce qu'on a décrit sous le nom de forme grave de l'ictère essentiel, il est rare qu'elle ne produise pas l'avortement, et rare aussi que ce dernier ne soit pas suivi de la mort de la mère. Ainsi, sur cinq cas rapportés par le docteur Kerksig, dans la relation de l'épidémie qui eut lieu en 1794, on compte quatre décès. M. Ozanam donne l'histoire d'une femme enceinte de six mois qui mourut avant d'avorter. Mon ami, le docteur Fournier, a observé tout récemment un cas d'avortement suivi de mort.

Nous ferons encore, avec Churchill (1) la citation suivante : Le docteur Saint-Vel a décrit une épidémie de jaunisse à l'île de la Martinique en 1858 :

« Cet ictère, qui offrit tous les caractères de l'ictère essentiel, surprit les médecins par son caractère épidémique et par sa gravité chez les femmes enceintes, et seulement chez elles. Il débuta à Saint-Pierre vers le milieu d'avril, atteignit toute son intensité en juin et en juillet, et se termina par quelques cas isolés vers la fin de l'année, après avoir fait le tour de la colonie.

» Répandu sur les diverses races de la population, sur le blanc comme sur le nègre et le coolie de l'Inde, sur l'Européen comme sur le créole, il affecta l'âge adulte de préférence, et se montra sans complication du côté du foie. La terminaison fut presque constamment heureuse en dehors de la condition de grossesse. Les seules victimes furent des femmes, et parmi elles on compta trois jeunes femmes qui n'étaient pas enceintes, et une vieille fille de soixante-trois ans. Il

(1) Churchill, traduction par Wieland et Dubrisay. J. B. Baillière, Paris, 1865.

n'y eut qu'une forme grave, toujours la même, toujours mortelle : la forme comateuse.

» Sur 30 femmes enceintes atteintes d'ictère à Saint-Pierre, dix seulement arrivèrent au terme de la grossesse sans autres symptômes que ceux de l'ictère essentiel. Les 20 autres succombèrent dans le coma après l'avortement ou l'accouchement prématuré.

» Dans les cas les plus graves chez les femmes enceintes, l'ictère suivit toujours la même marche. Il se présenta constamment comme un ictère essentiel, souvent léger, jusqu'au moment où se déclarèrent l'avortement ou l'accouchement prématuré. Ces accidents ne préexistèrent jamais à l'ictère. C'était ordinairement après quinze jours, plus rarement après trois semaines de durée, que ce dernier se provoquait. Jusqu'à l'invasion du coma, les symptômes n'offraient rien de grave, rien de particulier. Le coma précédait ou suivait de quelques heures l'avortement ou l'accouchement. Il ne se montra dans deux cas que trois jours après.

» Les femmes qui y succombèrent étaient enceintes de quatre, cinq, six, sept et huit mois. Rarement un délire léger précédait le coma, qui ne s'interrompait pas un instant, devenait de plus en plus profond et ne cessait qu'avec la vie. Sa durée n'était que de quelques heures. Dans deux cas, il persista vingt-quatre et trente-six heures. Jusqu'à son début, aucune particularité à noter relativement à la sensibilité générale, à la respiration et à la circulation. Le pouls ne présentait ni accélération, ni ce ralentissement qu'il offre parfois dans l'ictère. Les caractères de l'ictère grave ne se retrouvaient pas non plus, pas même l'hémorrhagie utérine. A une exception près, les femmes qui succombèrent n'eurent pas d'hémorrhagie après la délivrance, et quand la mort n'arriva que trois ou quatre jours après, les lochies étaient normales.

» Presque tous les enfants venus au monde dans ces conditions étaient morts; quelques-uns vécurent un petit nombre d'heures; un seul a survécu et vit encore maintenant. Aucun ne présenta de coloration ictérique. Chez les 40 autres enfants qui naquirent à terme et dont les mères étaient ictériques il n'y avait non plus aucun signe de la maladie. » (Saint-Vel, *Gazette des hôpitaux*, 20 novembre 1862.)

D'autre part, en 1863, M. le docteur Bardinet lut un mémoire sur une épidémie d'ictère grave qui sévit à Limoges d'octobre 1859 à mars 1860. Sur 13 femmes observées par M. Bardinet, chez 5 la grossesse suivit son cours régulier et se termina par un accouchement heureux au neuvième mois. Chez 5 autres l'ictère fut suivi d'avortement ou d'accouchement prématuré. Chez les 3 dernières, enfin, la maladie a présenté les caractères de l'ictère grave et des accidents ataxiques, puis comateux, qui ont promptement entraîné la mort des mères et des enfants.

Les multipares furent atteintes comme les primipares, mais toutes avaient dépassé le cinquième mois de la grossesse (1).

M. Bardinet résume son mémoire par les propositions suivantes :

1° L'ictère peut se produire d'une manière épidémique chez les femmes enceintes.

2° Il se manifeste alors sous trois formes différentes :

a. Dans la première, il reste à l'état d'ictère simple ou bénin, et alors il laisse la grossesse arriver heureusement à son terme.

b. Dans la deuxième, il offre un premier degré de malignité, il constitue ce qu'on pourrait appeler l'ictère abortif, et détermine soit un avortement, soit un accouchement prématuré, sans autres suites fâcheuses.

(1) H. Blot, *Bulletin de l'Académie de médecine*, octobre 1864.

c. Dans la troisième forme enfin, il prend franchement le caractère d'ictère grave, il détermine des accidents ataxiques et comateux qui entraînent rapidement la mort de la mère et de l'enfant.

M. H. Blot a cité, dans l'excellent rapport auquel j'ai emprunté les faits qui précèdent, un fait d'ictère grave qu'il avait observé à l'hôpital des Cliniques. La malade succomba, et à l'autopsie on trouva des ecchymoses sous la peau, à la surface du cerveau, des poumons, du cœur, du canal intestinal... Le foie était petit, de couleur brune foncée, sans taches jaunâtres. Examiné au microscope, le tissu de cet organe ne présentait aucune trace de cellule hépatique. Dans toutes les préparations on ne retrouvait que d'abondants globules de graisse mêlés à de la matière biliaire.

La cause de l'ictère grave pendant la grossesse reste inconnue, cependant je suis, comme M. Blot, porté à croire que cette maladie tient aux modifications que j'ai depuis longtemps décrites dans le foie des femmes enceintes (voy. p. 432).

Quant au traitement, on est obligé de reconnaître l'inefficacité de tous les moyens employés jusqu'à ce jour. L'accouchement prématuré ou l'avortement seraient probablement plus nuisibles qu'utiles. Reste donc la prophylaxie : en cas d'épidémie d'ictère, il ne faudrait pas hésiter de conseiller aux femmes enceintes de changer de résidence.

5° *Syphilis*. — La syphilis peut avoir sur la marche de la grossesse la plus fâcheuse influence; elle devient une cause très-fréquente d'avortement et surtout d'accouchement prématuré. Le mécanisme de son action n'est pas toujours le même : quelquefois, par exemple, la mère, profondément cachectique, est impuissante à fournir à l'enfant les éléments nécessaires à son développement, et son organisme, trop affaibli, laisse incomplète l'œuvre commencée; mais le plus souvent la santé de la mère ne paraît pas sensiblement altérée: c'est sur le fœtus seul que le poison semble concentrer son action. Dans la plupart des cas, en effet, la vérole ne trouble pas sensiblement la marche naturelle de la grossesse; mais elle apporte une grave atteinte à la santé du fœtus. Rien n'est plus commun que de voir celui-ci mourir à une époque plus ou moins éloignée du terme, et être expulsé prématurément. L'autopsie permet quelquefois alors de constater des lésions viscérales plus ou moins nombreuses : tantôt ce sont des abcès dans le thymus (P. Dubois); tantôt des foyers purulents dans les poumons (Depaul); tantôt, enfin, on trouve dans le foie cette altération singulière, si bien décrite dans ces derniers temps par M. Gubler, ou dans le péritoine ces traces d'inflammation et ces épanchements séro-purulents, indiqués par M. Simpson comme se rattachant à la même cause. Il n'est pas rare de voir encore sur divers points du corps de l'enfant, et particulièrement à la plante des pieds et à la paume des mains, des bulles plus ou moins nombreuses de pemphigus. (Voyez, pour plus de détails, *Maladies du fœtus*.)

Les faits que nous venons de rappeler sont malheureusement trop fréquents; cependant il ne faudrait pas croire que tout enfant né de parents infectés doit fatalement en subir toutes les conséquences. Empressons-nous même d'ajouter qu'il n'en est pas le plus souvent ainsi; car, vu le nombre considérable de parents malades ou qui l'ont été, la fréquence des altérations syphilitiques des nouveau-nés serait encore plus grande.

M. Legendre, discutant la question de l'état latent de la syphilis chez le père et la mère, et de son influence sur la santé de l'enfant, arrive à la négation de cette influence dans la plupart des cas.

« Parmi les 63 malades soumis à mon observation, dit-il, il s'en trouva 44 qui eurent, pendant la période de temps qui sépara la disparition des symptômes primitifs et le développement de l'éruption vénérienne, un nombre total de 68 enfants. Sur ce nombre, 35 étaient morts sans avoir jamais présenté d'éruption sur le corps. L'époque de la mort déterminée chez ces enfants donna pour moyenne 7 ans; extrêmes, 6 mois et 22 ans.

« Quant aux 33 enfants qui vivaient, ils jouissaient tous d'une bonne santé, et offraient un âge moyen de 17 ans; extrêmes, 1 an et 38 ans. »

La syphilis peut, dit-on, être transmise par le père ou la mère isolément; à plus forte raison peut-elle l'être quand l'un et l'autre sont malades. Nous examinerons successivement les deux premières conditions.

A. *Transmission par le père.* — Le père étant seul syphilitique, peut-il donner la syphilis à l'enfant? Cette opinion est aujourd'hui fort controversée. Ce mode de transmission est admis par MM. Trousseau, Diday, Depaul, Bourgeois. L'observation d'enfants sains, provenant de pères syphilitiques, lorsque la mère était saine elle-même, a conduit M. Cullerier à une opinion diamétralement opposée à la précédente. Ce chirurgien pense que l'hérédité de la syphilis n'est due qu'à l'influence de la mère, le père y restant tout à fait étranger. Cette doctrine est appuyée par les mémoires des docteurs Notta et Charrier, et notre collègue M. Follin (*Traité de pathologie externe*) a observé 6 faits favorables à cette opinion.

La question est donc difficile à résoudre. Pour nous, nous pensons que la transmission de la syphilis du père à l'enfant ne peut guère être niée dans quelques cas, mais assurément elle est plus rare qu'on ne l'a dit.

B. *Transmission par la mère.* — Cette influence ne peut pas être mise en doute. Mais deux cas se présentent ici: la mère peut être syphilitique dès la conception, ou bien elle n'est devenue malade que depuis qu'elle est enceinte. Dans le premier cas l'accord est complet sur le fait de l'infection. Cette unanimité disparaît dans le second cas, quand il s'agit de déterminer l'époque de la grossesse à laquelle la mère doit être infectée pour avoir la possibilité de transmettre la syphilis au fœtus. Ainsi M. Cullerier croit cette infection possible pendant toute la durée de la grossesse. M. Ricard donne au contraire comme limite le sixième mois, Abernethy le septième.

On a voulu rejeter sur le mercure les effets attribués à l'action de la syphilis; c'est là une opinion fautive et dangereuse. M. Dunal a montré par des observations que les femmes syphilitiques qui n'avaient pas été traitées ou qui l'avaient été d'une manière incomplète, avortaient ou accouchaient avant terme d'enfants morts-nés ou infectés, qui mouraient; tandis que chez les femmes atteintes de syphilis constitutionnelle, traitées par le mercure, le traitement était suivi, dans un grand nombre de cas, d'un succès complet pour la mère et l'enfant.

6° *Intoxication saturnine.* — Les femmes qui s'exposent à l'intoxication saturnine sont très-sujettes à l'avortement. Un ancien interne des hôpitaux, le docteur Constantin Paul (*Archives générales de médecine*, mai 1860), a étudié les effets de cet empoisonnement pendant la gestation. Il avait observé, en 1859, une femme ayant eu trois grossesses heureuses avant de s'exposer aux émanations saturnines, et qui depuis, sur dix grossesses, avait eu huit fausses couches, un enfant mort-né et un seul enfant venu à terme, et mort à cinq mois. Frappé de ce fait,

M. Constantin Paul pensa que cette mortalité pesant sur ces dix enfants pouvait être attribuée au plomb. Cette femme lui apprit, de plus, que ses compagnes d'atelier faisaient presque toutes des fausses couches ou ne pouvaient pas élever leurs enfants. C'est alors qu'il entreprit des recherches sur ce sujet.

Sur 81 observations, M. C. Paul a vu l'intoxication saturnine produire chez les femmes la mort du fœtus ou la mort prématurée de l'enfant après sa naissance, des fausses couches de trois à six mois, des accouchements prématurés dans lesquels les enfants venaient morts ou mourants.

Dans une première série d'observations, 4 femmes fournissent ensemble un total de 15 grossesses, dans lesquelles il y avait eu 10 avortements, 2 accouchements prématurés, 1 mort-né, 4 mort dans les vingt-quatre heures, 4 seul vivant.

Une deuxième série de faits renferme l'histoire des femmes qui avaient eu des couches heureuses avant de s'exposer à l'influence du plomb, et qui, depuis, ont vu les produits de leurs conceptions en subir les atteintes.

Une autre série d'observations fait voir l'alternance des résultats des grossesses suivant que la femme vient à quitter et à reprendre à plusieurs reprises ses travaux.

Enfin, une dernière série montre que le fœtus peut mourir sous l'influence du poison saturnin, alors même que la mère n'a éprouvé aucun symptôme d'intoxication.

En résumé, sur 123 grossesses, il y a eu 64 avortements, 4 accouchements prématurés, 5 mort-nés, 20 enfants morts dans la première année, 8 dans la seconde, 7 dans la troisième, 1 seul mort plus tard, 44 enfants vivants, dont 40 seulement au-dessus de trois ans.

7° *Phthisie.* — La plupart des auteurs qui ont écrit sur cette maladie ont prétendu que sa marche était enrayée par la survenance d'une grossesse, mais qu'aussitôt après l'accouchement, l'affection du poumon faisait des progrès très-rapides vers une terminaison fatale.

Dans un travail, lu à l'Académie de médecine, M. Grisolle a cherché à préciser l'influence réciproque de ces deux états, et il est arrivé à des conclusions un peu différentes de celles acceptées avant lui comme l'expression générale de la vérité. Nous croyons devoir donner l'analyse succincte de ce mémoire.

Des 17 observations recueillies par M. Grisolle, et de 10 autres qui lui ont été communiquées par M. Louis, 24 appartiennent à des femmes dont la maladie débuta pendant la grossesse et à une époque plus ou moins rapprochée de son début, et les 3 autres sont relatives à des individus qui déjà offraient des signes rationnels de tubercules au moment de la conception, mais dont la maladie ne se caractérisa que plus tard.

Dans aucun des cas, l'affection pulmonaire ne fut enrayée, et elle ne cessa de faire des progrès assez rapides. Les accidents de la tuberculisation, soit locaux, soit généraux, se sont développés suivant le même ordre, avec la même régularité, la même constance que dans les conditions ordinaires de la vie. Mais d'un autre côté, contrairement à ce qu'on pourrait croire, la grossesse n'a exagéré ni rendu plus fréquents les accidents de la maladie: l'hémorrhagie bronchique a même été notée un peu moins souvent.

La durée totale de la phthisie, chez 13 femmes qui ont été suivies jusqu'à la

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 consommation; 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.

À l'exception des femmes qui, parvenues au dernier degré de la consommation, meurent peu de jours ou peu de semaines après la délivrance, on voit chez toutes les autres la sécrétion lactée 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 complètement 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 fracture, 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 complètement.

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, gâtée 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'amènèrent 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 professeur 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

complètement 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, déplier, 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 7/8<sup>es</sup>. 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. Huguier 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 hémorroïdes 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 siège. 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, Goselin, 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 siège 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 découlent 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 malades 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 complètement 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