

ment obstétrical de l'éclampsie, et c'est une question naturellement très délicate. Quelques accoucheurs recommandent de débarrasser immédiatement l'utérus, lors même que le travail n'a pas commencé; d'autres, au contraire, abandonnent le travail à lui-même. Ainsi Gooch dit « de s'occuper des attaques et de laisser le travail marcher seul »; pour Schröder, « l'intérêt de la mère exige qu'on ne fasse surtout aucune espèce de manœuvres obstétricales; » mais il admet que dans quelques cas il est bon de hâter l'accouchement pour sauver l'enfant.

Lorsque les attaques surviennent pendant le travail, les douleurs sont souvent fortes et irrégulières, et l'accouchement marche d'une façon satisfaisante; il n'y a donc pas lieu d'intervenir. Mais quelquefois nous ne pouvons nous empêcher de sentir qu'il y aurait décidément avantage à débarrasser l'utérus. Nous devons alors réfléchir que toute intervention active peut causer une vive irritation de l'utérus et provoquer de nouvelles attaques. L'influence de l'irritation utérine est démontrée par la fréquence avec laquelle les paroxysmes reparaissent pendant les douleurs. Si donc l'orifice n'est pas dilaté, et que le travail n'ait pas commencé, il vaut mieux ne pas intervenir activement; la rupture des membranes seule est avantageuse, parce qu'elle ne provoque aucune irritation. La dilatation forcée de l'orifice, et surtout la version, sont tout à fait contre-indiquées.

Tyler Smith a tracé une règle qui paraît rationnelle: c'est d'adopter le procédé qui semble devoir causer le moins d'irritation pour la mère. Ainsi, lorsque la compression du fœtus invite à agir et à faire quelques tentatives, si la tête peut être atteinte, on recourra au forceps ou à la craniotomie. Mais, si l'on a quelque raison de supposer que l'opération nécessaire pour compléter l'accouchement soit par elle-même une source d'irritation plus vive que la maladie abandonnée à la nature, on ne doit certainement pas intervenir.

## CHAPITRE IV

### DE LA FOLIE PUERPÉRALE

Sous le titre de *manie puerpérale*, les auteurs ont compris indistinctement toutes les affections mentales qui sont liées à la grossesse et à la parturition. Le résultat est fâcheux, parce qu'on a ainsi, en général, perdu de vue la distinction qui existe entre les différents types de maladies mentales. Il suffit d'une étude un peu approfondie du sujet pour démontrer que la dénomination de manie puerpérale est très-mauvaise, car, dans un grand nombre d'observations, nous ne trouvons pas du tout de « manie », mais de la mélancolie; d'un autre côté, une foule de cas ne sont pas à proprement parler « puerpéraux », parce qu'ils surviennent soit pendant la grossesse, soit longtemps après la disparition de la période puerpérale, s'associant dans ces circonstances à l'anémie produite par un allaitement prolongé. Pour abrégé, on peut se servir de l'expression « folie puerpérale », et comprendre sous ce nom toutes les affections mentales liées à la gestation; mais il est indispensable de les diviser ensuite en trois classes, chacune d'elles ayant ses caractères spéciaux, c'est-à-dire :

- 1° La *folie de la grossesse*;
- 2° La *folie puerpérale* proprement dite, celle qui survient dans une période limitée après l'accouchement;
- 3° La *folie de la lactation*.

Classification

La folie puerpérale peut être divisée en trois classes.

Cette division est parfaitement naturelle et renferme tous les cas qu'il nous est donné d'observer. Les proportions relatives entre ces trois classes ne pourraient être établies que par de très nombreuses observations statistiques, et nous ne possédons pas ces matériaux. Celles qu'on recueille dans les vastes asiles sont sujettes à des objections, car on n'envoie dans ces établissements que les malades les plus sérieusement atteintes, celles dont la folie est confirmée, et le plus grand nombre des femmes au contraire, avant et après l'accouchement, sont soignées chez elles.

Cependant, si nous considérons les statistiques comme approximatives, nous trouvons dans celle du Dr Batty Tuke <sup>1</sup> qu'à l'asile d'Édimbourg, sur 105 cas de folie puerpérale, l'affection survint 28 fois avant l'accouchement, 13 fois pendant les suites de couches, et 54 fois pendant la lactation. La proportion relative entre chaque classe est donc :

Fréquence relative  
de ces classes.

Folie de la grossesse.....	18,06	pour 100.
Folie puerpérale.....	47,09	»
Folie de la lactation.....	34,8	»

Marcé <sup>2</sup> a recueilli de différentes sources autorisées 310 observations, dont les conclusions ne sont pas très-différentes de celles de l'asile d'Édimbourg; seulement les cas de folie avant l'accouchement sont relativement moins nombreux. Voici les résultats de cette statistique :

Folie de la grossesse.....	8,06	pour 100.
Folie puerpérale.....	58,06	»
Folie de la lactation.....	30,30	»

Comme chacune de ces classes diffère des autres sous des rapports très importants, il est préférable de les étudier isolément.

Folie  
de la grossesse.

La folie de la grossesse est, sans aucun doute, la moins commune des trois formes. La dépression mentale grave qui

1. *Edin. med. journ.*, vol. X.

2. *Traité de la folie des femmes enceintes.*

accompagne la grossesse chez certaines femmes et les pousse à envisager leur situation avec inquiétude, en même temps qu'à redouter avec la plus vive appréhension les résultats de leur accouchement, ne semble être souvent que le premier degré du dérangement intellectuel de la folie de la grossesse. La relation entre les deux états est établie par ce fait qu'une grande partie des folies de la grossesse ne sont que des types bien marqués de mélancolie; sur 28 cas rapportés par Tuke, 15 étaient des exemples de mélancolie pure, 5 de démence avec mélancolie.

Dans la plupart de ces cas, on peut rapporter l'attaque à un développement de l'hypochondrie ordinaire de la grossesse. Dans les autres, les symptômes apparurent à une époque plus avancée de la grossesse, les premiers mois n'ayant été marqués par aucune faiblesse d'esprit. L'âge de la femme paraît avoir une certaine influence: la maladie est plus commune entre 30 et 40 ans que chez les plus jeunes femmes. Les primipares y sont plus sujettes que les multipares, fait qui dépend, sans doute, de la plus grande appréhension éprouvée par les femmes enceintes pour la première fois, surtout lorsqu'elles ne sont pas très jeunes. La disposition héréditaire joue un grand rôle, comme dans toutes les formes de folie puerpérale. Ce n'est pas toujours chose facile de retrouver l'hérédité, parce que la famille s'attache souvent à la dissimuler; cependant Tuke l'a distinctement reconnue 12 fois sur 28 cas. Fürstner <sup>1</sup> croit que les autres névroses ont une grande influence sur la production de la maladie. Sur 32 observations, il a trouvé 9 exemples d'hérédité directe, et 11 fois des antécédents d'épilepsie, d'alcoolisme ou d'hystérie dans la famille.

La période de la grossesse à laquelle survient le plus communément le dérangement intellectuel varie. Peut-être est-ce, en général, à la fin du troisième mois, ou au commencement du quatrième. Toutefois il peut commencer avec la conception, et reparaitre même à chaque imprégnation. Montgomery rap-

Causes  
prédisposantes.

Période de la grossesse à laquelle elle apparaît.

1. *Archiv für Psychiatrie*, Band V, Heft 2.

porte l'exemple d'une femme chez laquelle il revint dans trois grossesses successives. Marcé établit une distinction entre la vraie folie qui survient pendant la grossesse, et une hypochondrie aggravée; celle-ci s'affaiblit ordinairement après le troisième mois, la première au contraire ne commence pas en général avant cette date. Il est hors de doute que dans bien des cas il est impossible de faire cette distinction, et que les deux formes sont souvent unies intimement.

Forme  
de cette folie.

La forme de la folie ne diffère pas de la mélancolie ordinaire. Il y a en général une tendance très-prononcée au suicide. Si les désordres intellectuels persistent après l'accouchement, la femme peut être poussée à tuer son enfant. On a observé souvent des perversions morales. Tuke mentionne surtout une tendance à la dipsomanie pendant les premiers mois, même chez les femmes qui, à d'autres époques, n'ont montré aucune disposition aux excès. Il la considère comme une exagération de la dépravation d'appétit, ou une envie morbide, phénomènes si communs chez les femmes enceintes, exactement comme la mélancolie peut être un développement plus complet de la faiblesse d'esprit. Laycock signale la tendance à la « kleptomanie » comme caractéristique de l'affection. On trouve dans Casper<sup>1</sup> la relation d'un cas curieux de cette manie chez une dame grosse d'un haut rang qui fut amenée en police correctionnelle par quelques vols de peu d'importance; on plaide l'influence de la grossesse sur le développement de cette tendance irrésistible.

Pronostic.

Le pronostic peut être considéré comme favorable. Sur les 28 observations du Dr Tuke, 19 femmes guérissent en six mois. Il n'y a guère d'espoir de voir la guérison survenir avant la fin de la grossesse. Sur les 19 cas rapportés par Marcé, la folie ne disparut que 2 fois avant l'accouchement.

Manie passagère  
pendant l'accouchement.

Il y a une forme particulière de dérangement intellectuel qu'on observe quelquefois pendant le travail, et que quelques auteurs considèrent comme une folie temporaire. Il serait peut-

1. Casper's Forensic medicine, vol. IV.

être préférable de la décrire comme une sorte de délire aigu, produit, pendant le dernier stade du travail, par l'intensité des douleurs. Selon Montgomery, il se produit surtout lorsque la tête passe à travers l'orifice, ou, à la dernière période, pendant l'expulsion de l'enfant. Il peut consister seulement en une perte de l'empire sur la volonté, pendant laquelle la femme est exposée, si l'on ne la surveille pas avec soin, à blesser grièvement elle ou son enfant. Quelquefois il y a des hallucinations, comme dans l'observation décrite par Tarnier: la femme s'imaginait voir un spectre au pied de son lit, et elle faisait de violents efforts pour le chasser. Cette forme de manie, si toutefois on peut l'appeler ainsi, n'a qu'un caractère passager, et disparaît aussitôt après l'accouchement. Elle a de l'importance au point de vue médico-légal, et quelques auteurs ont avancé que, dans certains cas d'infanticide, la mère n'avait tué son enfant que sous l'influence de ce délire passager, qui devait la rendre irresponsable de ses actes. Le traitement de cette variété consiste naturellement à diminuer l'intensité des douleurs, et c'est là que le chloroforme trouve une de ses meilleures indications.

La folie puerpérale vraie a toujours beaucoup attiré l'attention des accoucheurs, souvent à l'exclusion des autres formes de troubles cérébraux liés à la puerpéralité. Nous pouvons la définir, cette forme de folie qui survient dans une période limitée après l'accouchement, et qui est sans doute liée intimement à cette fonction. Sur les 73 observations recueillies par le Dr Tuke, deux fois seulement la maladie débuta plus d'un mois après l'accouchement, et dans ces deux cas on trouve la présence de causes qui pourraient les faire figurer dans une autre classe.

Folie puerpérale  
proprement dite.

Bien que la maladie affecte souvent le caractère de la manie aiguë, ce n'est certes pas la seule forme de folie qui soit observée, et un grand nombre de ces cas sont des exemples bien marqués de mélancolie. Cette distinction a été signalée depuis longtemps par Gooch, dont l'admirable monographie de cette affection contient une des descriptions les plus exactes et les

Formes  
de cette folie.

*B. C. B.*

plus fidèles de la folie puerpérale qui aient encore été faites.

La manie aiguë apparaît en général peu de temps après l'accouchement, la mélancolie à une période plus éloignée.

Ces deux variétés de folie présentent dans leur période d'apparition quelques particularités qui, jointes à certains faits de leur étiologie, nous autorisent à établir entre elles une ligne de démarcation plus tranchée qu'on a l'habitude de le faire. Il paraît que la manie aiguë survient à une période plus rapprochée de l'accouchement que la mélancolie. Ainsi Tuke a trouvé que tous les cas de manie ont paru moins de 16 jours après l'accouchement, et tous les cas de mélancolie après cette période. Nous verrons que l'une des plus récentes théories sur la cause de cette affection l'attribue à un état morbide du sang. Si de nouvelles recherches confirment cette hypothèse, comme l'altération du sang la plus commune aussitôt après l'accouchement est un état septique, il ne serait pas improbable que les cas de manie aiguë survenus peu de temps après le travail puissent dépendre de causes septiques, tandis que la mélancolie ne serait que le résultat des conditions générales qui favorisent le développement de cette affection mentale. Mais c'est là une simple hypothèse, qui a besoin de s'étayer sur de nouvelles observations.

Causes.

La prédisposition héréditaire est fréquente, et, si l'on fouille avec soin les antécédents de la malade, on trouve en général que d'autres membres de la famille ont souffert de dérangements du cerveau. Reid a observé que sur 111 cas pris à Bethlehem hospital il y avait hérédité évidente dans 45. Tuke a fait la même remarque 22 fois sur ses 73 cas ; et certainement presque tous les médecins aliénistes admettent que l'hérédité est une des causes les plus prédisposantes aux troubles cérébraux dans l'état puerpéral. Dans un grand nombre des observations, l'attaque a été précédée de circonstances qui avaient amené la débilité, l'épuisement ou une dépression morale. Ainsi, on a souvent remarqué que les femmes atteintes de cette folie avaient eu une hémorrhagie *post partum*, ou qu'elles étaient épuisées par les longues souffrances d'un travail laborieux ; d'autres avaient été affaiblies par des grossesses multi-

pliées, ou par l'allaitement pendant les premiers mois de leur gestation. L'anémie est la règle dans cette affection. Son apparition coïncide aussi fréquemment avec certaines dispositions de l'esprit ; par exemple, une frayeur malade, insuffisante pour produire la folie avant l'accouchement, peut se transformer en dérangement de l'esprit pendant la période puerpérale. La honte et la crainte auxquelles sont exposées les femmes non mariées sont aussi des prédispositions à cet état, comme le démontre une statistique tirée des rapports de différents asiles, et basée sur 2281 observations : 63 malades sur 100 n'étaient pas mariées<sup>1</sup>. Chez les femmes prédisposées, il suffit d'une secousse morale soudaine ou d'une vive impression pour déterminer la maladie. Gooch rapporte l'exemple d'une dame qui eut son attaque immédiatement après une frayeur causée par un incendie dans une maison voisine de la sienne, et ses hallucinations étaient toutes produites par la lumière ; Tyler Smith, celui d'une autre personne dont l'affection débuta lors de la mort subite d'un parent. L'âge de la femme a une certaine influence sur le développement de la maladie ; celles qui ne sont plus jeunes jouissent d'une prédisposition marquée, surtout quand elles sont enceintes pour la première fois.

Nous devons étudier avec le plus grand soin cette forme de folie puerpérale, qui peut se développer peu de temps après l'accouchement, et sous une influence septique. L'idée première est de sir James Simpson, qui trouva de l'albumine dans l'urine de quatre malades. Il fut conduit à supposer qu'il existait probablement dans le sang certains éléments urinaires, capables de déterminer l'attaque, tout à fait comme dans l'éclampsie. Le Dr Donkin publia plus tard un mémoire important<sup>2</sup>, dans lequel il appuya chaudement cette théorie, et il arriva à cette conclusion « que les cas aigus et dangereux sont des exemples d'empoisonnement urémique du sang, dont la manie, le pouls rapide et les autres signes constitutionnels ne sont

Théorie qui la fait dépendre d'un état morbide du sang.

1. *Journal of mental Science*, 1870, I, p. 139.

2. *Edin. med. Journ.*, vol. VIII.