

Ces cinq classes sont :

1° *L'albuminurie fébrile.* — On sait, en effet, que toute fièvre intense est susceptible de donner lieu à une albuminurie passagère. — Le diagnostic étiologique se fera ici par le *thermomètre*.

2° *L'albuminurie cachectique*, compagne de la tuberculose avancée et du cancer. L'état général de la femme ne permettra guère de doute sur la cause même de l'albuminurie.

3° *L'albuminurie cardiopathique*, causée par le vice du fonctionnement cardiaque, etc. L'examen du cœur, et dans les cas graves les symptômes variés d'asystolie, renseigneront le médecin sur l'origine cardiaque de l'albuminurie.

4° *L'albuminurie rénale ou gravido-rénale*, causée par une lésion rénale (néphrite aiguë, néphrite chronique, dégénérescence graisseuse ou amyloïde). — La lésion du rein peut coïncider avec la grossesse, ou dépendre d'elle, c'est cette distinction que j'ai voulu rappeler, en disant albuminurie *rénale* ou *gravido-rénale*.

Dans les deux cas le rein est malade, mais il l'est antérieurement à la grossesse dans le premier, et postérieurement dans le second. — La grossesse peut produire l'albuminurie ou par l'intermédiaire de la lésion rénale, dont il vient d'être fait mention, ou sans altération du rein, par simple trouble fonctionnel; on a, dans ce dernier cas, opposé à l'albuminurie gravido-rénale l'albuminurie gravidique simple (sans altération rénale), dont il sera question dans la cinquième classe.

C'est l'examen microscopique de l'urine qui, par la présence des *cylindres pathologiques*, permettra de reconnaître la lésion rénale.

Les tubuli ou cylindres urinaires sont de quatre sortes :

Les *cylindres muqueux*, constitués par une substance amorphe et transparente, analogue au mucus; une de leurs extrémités est souvent ramifiée. Ils peuvent se rencontrer dans l'urine normale.

Les *cylindres hyalins* (cireux ou colloïdes), également composés d'une substance transparente, mais sans ramifications, et souvent interrompus sur leur trajet par des cassures. Ils indiquent un état congestif du rein.

Les *cylindres fibrineux*, véritables caillots microscopiques formés par des hématies enveloppées de fibrine. — De même que les précédents, ils révèlent une congestion rénale, ayant amené de petites hémorragies.

Les *cylindres épithéliaux* sont les plus importants, il proviennent de la desquamation des tubes de Bellini; ces cellules sont tantôt normales, tantôt granuleuses, ou granulo-graisseuses (cylindres granuleux ou granulo-graisseux). — Ces cylindres indiquent l'existence d'une néphrite d'autant plus grave et avancée que les cellules dont elle se compose ont subi une dégénérescence plus marquée.

En résumé, les *cylindres muqueux* n'ont aucune valeur séméiologique, les *hyalins* et *fibrineux* indiquent une congestion du rein ou un début de néphrite, et les *épithéliaux*, dont la valeur est ici prépondérante, révèlent une altération du rein plus ou moins avancée.

5° *L'albuminurie gravidique simple* (sans altération du rein), due, soit à l'altération du sang en quantité ou en qualité, soit à la gêne circulatoire causée par la grossesse, sera diagnostiquée par l'exclusion des variétés qui précèdent.

Influence réciproque de l'albuminurie et de la grossesse. — L'albuminurie soit directement, soit par les complications qu'elle produit (hémorragie utéro-placentaire), peut gêner le développement de l'œuf et amener la mort du fœtus (favorable pour la mère, car elle cause une amélioration notable de l'albuminurie), et empêcher la grossesse d'arriver à son terme normal: l'albuminurie prédispose également aux hémorragies génitales de la grossesse. Mais son résultat le plus redoutable est la menace d'éclampsie dont elle entoure la gestante; nous avons vu, en effet, qu'une albuminurie sur trente-cinq devenait éclampsique (quand aucun traitement n'est institué). C'est surtout la variété rénale ou gravido-rénale, qui expose à cette terrible complication, les autres formes n'ayant qu'une influence étiologique très secondaire.

La grossesse, survenant chez une femme albuminurique, amène une aggravation notable, et qui d'habitude persiste en partie après l'accouchement, quelle que soit la variété d'albuminurie.

Traitement. — Le traitement sera différent suivant la variété d'albuminurie.

Dans les cas d'albuminurie *fébrile*, *cachectique* ou *cardiopathique*, la présence de l'albuminurie dans l'urine n'a qu'une importance secondaire; le traitement devra être surtout dirigé contre l'affection causale; je n'ai pas ici à en aborder les détails.

Mais si l'albuminurie est d'origine *rénale*, ou même simplement *gravidique* le vice de sécrétion faisant craindre l'éclampsie, le thérapeute devra s'efforcer de rétablir l'élimination ralentie ou d'y suppléer par d'autres voies; le traitement présente ici, et cela se conçoit facilement, une grande analogie avec celui de l'éclampsie (voir p. 391).

a. *Petit trépied thérapeutique*, qui prend ici une importance prépondérante :

1° *Diurétiques.* — Le meilleur diurétique est le *régime lacté*, qui doit être *exclusif*, car mélangé aux aliments, le lait perd dans le cas actuel la plupart de ses propriétés bienfaisantes (action diurétique, diminution de la toxicité du sang). Ce régime lacté devra être continué aussi longtemps que possible, la gestante prendra la quantité de lait qu'elle désirera, 3, 4, 5 litres ou davantage. Lorsque le dégoût survient, mieux vaut cesser complètement ce régime, pour le reprendre après quelque temps. Pour rendre le lait moins désagréable, on peut le couper avec de l'eau de Vichy, avec un peu de café, de kirsch. — Je mentionnerai également les révulsifs lombaires, capables d'agir heureusement sur la sécrétion rénale.

2° *Purgatifs.* — On variera l'emploi des purgatifs, de manière à empêcher l'accoutumance intestinale.

3° *Diaphorétiques.* — Etuve sèche, ou bains prolongés. Les bains, difficiles

à donner dans l'éclampsie, sont ici particulièrement favorables, car ils agissent simultanément les éliminations rénale et cutanée. On a encore préconisé l'iodure de potassium et le tanin, qui diminuent momentanément l'albuminurie, mais dont l'action sur l'élimination urinaire est encore incomplètement connue.

b. *Grand trépied thérapeutique :*

1° *Saignée.* — La saignée ne sera employée que dans des cas exceptionnels, et lorsque l'éclampsie est imminente.

2° *Anesthésiques.* — Je mentionne ici cette catégorie de moyens, qui s'adressent plutôt à l'éclampsie, parce que NÖGGERATH a signalé l'heureuse influence de l'hydrate de chloral sur l'albuminurie même. Quoique le mode d'action soit difficilement explicable, le succès obtenu avec le chloral doit encourager à l'emploi de ce médicament.

3° *Déplétion utérine.* — Elle consiste, dans le cas actuel, à *provoquer l'avortement ou l'accouchement.* Cette intervention sera réservée pour des faits tout à fait exceptionnels, où l'aggravation de l'albuminurie, malgré l'usage des moyens précédemment indiqués, ferait craindre l'apparition presque fatale de l'éclampsie, ou la mort de la malade.

b. — **Accouchement.**

L'albuminurie observée pendant l'accouchement est tantôt la continuation de celle de la grossesse, tantôt une albuminurie née pendant le travail, vraisemblablement sous l'influence des modifications circulatoires qui surviennent à ce moment.

Cette dernière est sans importance et disparaît de suite après la délivrance ; je ne reparlerai pas de la première, étudiée en détail dans le chapitre précédent.

Comme conséquences fâcheuses je signalerai, outre celles mentionnées pendant la grossesse, les hémorragies du travail et de la délivrance, qui, surtout dans les cas de maladie rénale, peuvent prendre une gravité exceptionnelle. *D'une façon générale il faut particulièrement redouter les hémorragies génitales chez les albuminuriques pendant l'accouchement et la délivrance.* Pas de traitement spécial pendant le travail.

c. — **Postpartum.**

Comme pendant la grossesse, on peut observer les albuminuries cachectique, cardiaque, rénale ou gravido-rénale ; quant à la variété simplement gravidique sans altération du rein, de même que celle qui survient momentanément pendant l'accouchement, elle disparaît d'habitude peu après la délivrance ; mais l'albuminurie, qui pendant les suites de couches prend l'importance prépondérante est la variété fébrile, compagne habituelle des septicémies graves. Cette albuminurie n'est en somme qu'un symptôme de la fièvre puerpérale ; elle a surtout une importance fâcheuse comme pronostic, mais ne prête à aucune considération thérapeutique spéciale.

L'albuminurie persistante du postpartum est, en général, une contre-indication à l'allaitement.

Quant à la marche, pendant les suites de couches, de l'albuminurie survenue durant la grossesse, elle varie essentiellement avec la cause productrice, et l'évolution de la maladie étiologique. Au point de vue de l'antisepsie chez des femmes albuminuriques, elle doit être très rigoureuse, mais s'abstenir des antiseptiques toxiques (mercuriaux, acide phénique, etc.).

2° **DIABÈTE**¹

La grossesse, survenant au milieu du diabète, aggrave singulièrement le pronostic de la maladie, au point d'amener la mort de la femme. Le diabète est souvent la cause de la mort du fœtus et de l'expulsion prématurée de l'œuf. Ne pas confondre ce diabète avec la simple glycosurie, très fréquente chez les gestantes (BLOR) et les allaitantes (DE SINÉTY), glycosurie dont le pronostic est absolument bénin. D'après NEY, la glycosurie est l'état normal de la nourrice ; plus il y a de sucre dans l'urine et meilleure est la nourrice ; il dit même que la quantité de sucre est la mesure de la qualité du lait.

La glycosurie physiologique ne s'accompagne d'aucun symptôme pathologique, tandis que ces symptômes (amaigrissement, affaiblissement, soif intense, coma) sont plus ou moins accentués avec le diabète vrai. — Quand le diabète est grave pendant la grossesse et que la quantité de sucre inspire de l'inquiétude pour la vie de la femme, il ne faudrait pas hésiter à provoquer l'expulsion artificiellement ; sauf ce traitement obstétrical réservé à des cas heureusement rares, la thérapeutique sera la même qu'en dehors de la puerpéralité.

Aphorismes.

N'oubliez jamais l'examen de l'urine, quand la grossesse marche anormalement même dans ses débuts. Cette omission est la source fréquente de grosses méprises de diagnostic.

Les altérations de la sécrétion urinaire pendant la grossesse restent silencieuses ; si le médecin n'y pense pas, elles passeront inaperçues jusqu'au moment où la gravité des symptômes lui ouvrira les yeux, mais souvent trop tard, pour pouvoir sauver la malade.

Dans les maladies d'estomac, consultez la langue ; dans les maladies de la grossesse, consultez l'urine.

3° **COLIQUE NÉPHRÉTIQUE**

La grossesse prédispose à la colique néphrétique, qu'on saura distinguer de la colique hépatique et des douleurs de l'accouchement. Traitement : le même qu'en dehors de la puerpéralité : morphine, chloroforme pendant l'accès.

¹ Consulter Lécorché. *Du diabète sucré chez la femme.* Paris, 1886.

4° CYSTITE

Il existe pendant la puerpéralité trois variétés de cystite¹ :

Une septicémique provenant, à la suite du cathétérisme de la pénétration de microbes, vraisemblablement analogues à ceux de la fièvre puerpérale ;

Une blennorragique, transmise à la vessie par l'intermédiaire de l'inflammation urétrale ;

Une troisième, dont la nature est encore mal déterminée, et qui ne survient ni à la suite du cathétérisme, ni de blennorragie, et qu'on attribue soit à l'action du froid, soit à la compression exercée par l'utérus gravide.

Les deux premières peuvent se montrer à toute époque de la puerpéralité, la troisième seulement pendant la grossesse.

Les trois variétés sont susceptibles de s'accompagner de complications rénales, grâce à la communication urétérienne.

Traitement : bains prolongés ; térébenthine (pilules du Codex de 0 gr. 20, 10 à 20 par jour), injections vésicales boriquées 1 p. 100 qui est beaucoup mieux tolérée que celle à 3 ou 4 p. 100. N'avoir recours qu'exceptionnellement à l'injection vésicale au nitrate d'argent (solution au 1 p. 500).

5° TROUBLES DE LA MICTION

Incontinence d'urine, rare, pouvant survenir pendant la grossesse ou le postpartum. *Traitement* : durant la grossesse, maintenir l'utérus par une ceinture appropriée (?).

Rétention d'urine, accident fréquemment observé à toutes les périodes de la puerpéralité, et surtout pendant les premiers jours du postpartum. Causes principales : vers trois ou quatre mois de grossesse, rétroversion de l'utérus. Vers la fin de la grossesse, la compression exercée par la partie fœtale engagée. Pendant le postpartum, parésie de la vessie, résultant de la compression éprouvée pendant l'accouchement.

Traitement : cathétérisme régulier et aseptique. Traiter les causes, si possible.

Ténésme vésical. — Ce ténésme s'observe surtout pendant la grossesse ; il est dû, soit à des complications inflammatoires du côté de la vessie, soit à la compression exercée par l'utérus sur le col vésical.

Traitement : celui de la cause.

Aphorisme.

La caractéristique de la rétention d'urine pendant le postpartum, c'est que l'accouchée ne s'en plaint jamais ; au médecin à ne pas l'oublier.

Michailoff a observé une cystite hémorragique survenue chez une éclamptique quatre jours après l'accouchement et qui dura pendant cinq jours. — *Journal russe de Gynécologie*, mai 1889, p. 354.

G. — RÉGIONS

Peau. — La grossesse aggrave la plupart des maladies cutanées, auxquelles on opposera le traitement ordinaire. Sous l'influence de la gestation un *prurit* généralisé intense, peut se développer tantôt sans lésions, tantôt accompagné de vésicules et de pustules (*herpes gestationis*).

Traitement : bains alcalins, lotions avec une solution cocaïnée.

Tumeurs. — La plupart des tumeurs, surtout celles de nature vasculaire, augmentent pendant la grossesse, pour subir ensuite une diminution relative.

Traumatismes. Fractures. — Le résultat des traumatismes sur la grossesse est très variable, tantôt nul, tantôt amenant la mort du fœtus, l'avortement. En général, le traumatisme, soit accidentel, soit opératoire, est d'autant plus dangereux pour l'interruption de la grossesse, qu'il se rapproche davantage de la sphère génitale. — Conclusion thérapeutique : éviter pendant la grossesse toute opération, à moins d'urgence.

Si la cicatrisation des plaies ne semble, en général, pas entravée par la gestation, il n'en est pas de même de la réparation des fractures, car souvent la formation du cal se trouve ralentie (sorte d'ostéomalacie locale). Dans d'autres cas, il est vrai, la consolidation se fait normalement.

Mamelles. — Les *tumeurs* de la mamelle subissent l'aggravation indiquée pour les néoplasmes en général.

Les *abcès* du sein, dont il est question à propos de l'allaitement, sont exceptionnels pendant la grossesse ; ils peuvent cependant se produire sous l'influence de traumatismes, d'excoriation, d'eczéma du mamelon. Pas de considérations spéciales.

L'hypertrophie mammaire, simple exagération du gonflement gravidique normal, peut être observée pendant la grossesse. Cette hypertrophie existe à tous les degrés, parfois elle est si marquée que le poids des mamelles égale presque celui du corps entier. A ces degrés avancés de l'hypertrophie mammaire, on observe des accidents divers, notamment la mort du fœtus et l'expulsion prématurée de l'œuf. Après l'accouchement, les mamelles reviennent à peu près à leur volume normal ; c'est dire que le pronostic de l'affection est bénin pour la mère ; toutefois la régression ne se faisant que lentement, l'allaitement est impossible à cause du volume des seins et de l'effacement du mamelon. — Les divers traitements préconisés jusqu'à ce jour se sont montrés inefficaces ; il faudra se contenter de soutenir pendant la grossesse les seins avec un bandage approprié, c'est-à-dire un bandage de corps en toile ou en flanelle, bien moulé sur les seins, préalablement recouvert de coton ; fixer le bandage avec des épingles anglaises ou de sûreté.