

Bibliothèque numérique

medic@

**Gaulard, Louis. - De l'influence de la
grossesse sur la tuberculose**

1880.

***Paris : A. Parent, imprimeur de
la Faculté de médecine***

Cote : 90975



Licence ouverte. - Exemplaire numérisé: BIU Santé
(Paris)

Adresse permanente : [http://www.biusante.parisdescartes
.fr/histmed/medica/cote?90975x1880x02x02](http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?90975x1880x02x02)

7

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

DE L'INFLUENCE
DE LA GROSSESSE
SUR LA TUBERCULOSE

THESE

PRÉSENTÉE AU CONCOURS POUR L'AGRÉGATION

(Section de chirurgie et d'accouchements)

Et soutenue à la Faculté de médecine de Paris

PAR

LOUIS GAULARD

Docteur en médecine de la Faculté de Paris,
Ancien externe des hôpitaux de Strasbourg,
Ancien interne de l'Asile des aliénés de Stephamfeld
(Bas-Rhin).

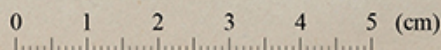


PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MEDECINE

RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 29 ET 31

1880



DE LA GROSSESSE

MEMBRES DU JURY :

Président...... M. RICHET.
Juges...... MM. AZAM.
COURTY.
DEPAUL.
LE FORT.
ROCHARD (Ac. de méd),
TRÉLAT.
VERNEUIL.
Secrétaire...... TERRIER.
Secrétaire adjoint...... M. TERRIER.



PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

RUE MOUSSEUR-LE-PRINCE, 20 ET 21

1880

DE L'INFLUENCE DE LA GROSSESSE

sur la tuberculose
par
YVON DU PLESSIS

A MON MAITRE

M. LE PROFESSEUR STOLTZ

Doyen honoraire de la Faculté de médecine
de Strasbourg et de Nancy,
Commandeur de la Légion d'honneur.

Témoignage de reconnaissance et d'affection.

La tuberculose est une dystrophie caractérisée par le développement en un ou plusieurs points de l'organisme d'une néoplasie fibro-caséenne. Celle-ci peut n'envahir qu'un seul organe, le poumon, par exemple, qui est son siège de prédilection, mais on la trouve quelquefois disséminée en même temps dans différents tissus.

Je n'ai pas l'intention de faire ici une étude complète de la tuberculose, en procédant ainsi je courrais le risque de me perdre dans des détails, mais il me paraît nécessaire, avant de chercher à déterminer l'influence exercée par la grossesse sur cette maladie, de rappeler brièvement ses caractéristiques essentielles.

Gardard.

UNIVERSITÉ DE NANCY

UNIVERSITÉ DE NANCY

A MON MAÎTRE

M. LE PROFESSEUR STOLTZ
Docteur honoraire de la Faculté de médecine
de Strasbourg et de Nancy,
Commandeur de la Légion d'honneur.

Témoignage de reconnaissance et d'affection.

Le 10 Mars 1904

DE

L'INFLUENCE DE LA GROSSESSE

SUR LA TUBERCULOSE

CHAPITRE PREMIER.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

SUR LA TUBERCULOSE.

La tuberculose est une dystrophie constitutionnelle caractérisée par le développement en un ou plusieurs points de l'organisme d'une néoplasie fibro-caséuse. Celle-ci peut n'envahir qu'un seul organe, le poumon, par exemple, qui est son siège de prédilection, mais on la trouve quelquefois disséminée en même temps dans différents tissus.

Je n'ai pas l'intention de faire ici une étude complète de la tuberculose, en procédant ainsi je sortirais de mon sujet, mais il me paraît nécessaire, avant de chercher à déterminer l'influence exercée par la grossesse sur cette maladie, de rappeler sommairement ses différentes formes

Gaulard.

1

anatomiques et cliniques et les conditions favorables à sa production.

La tuberculose pulmonaire a donné lieu depuis des siècles à des travaux nombreux et à des discussions ardentes. Cette affection n'avait pas échappé au génie observateur d'Hippocrate, de Celse, d'Aretée, mais c'est surtout dans le siècle dernier que des travaux importants virent le jour Morton, Cullen, Boerhaave, Van Swiéten, Baumès, Antoine Portal, nous ont donné de bonnes descriptions de la phthisie, cependant ces auteurs si recommandables à tant de titres, ont souvent confondu sous une même dénomination différentes affections pulmonaires chroniques et même des maladies étrangères aux organes de la respiration.

Il était réservé aux médecins éminents du commencement de ce siècle, et principalement à Laënnec de mettre les esprits dans une meilleure voie.

Avant lui, les observateurs avaient de la tendance à admettre dans la tuberculose pulmonaire la pluralité des processus morbides.

Il établit l'unité de la phthisie. Le premier, il montra que la matière tuberculeuse se présente sous deux états dans les poumons, à l'état de corps isolés, de granulations grises, demi-transparentes, plus ou moins volumineuses, auxquelles il donnait le nom de tubercules miliaires et à l'état d'infiltration.

Mais pour lui, si ces états anatomiques différaient à leur début, de volume, de forme, de couleur, ils subissaient une évolution commune, la transformation caséuse. Le tubercule miliaire devenait le tubercule

jaune, l'infiltration grise devenait l'infiltration jaune. Cependant entre la granulation grise presque microscopique et l'infiltration jaune de surface considérable, Laënnec, ne voyait que des différences d'âge et d'étendue de la même lésion.

Ces idées étaient généralement admises lorsqu'en 1850 Reinhardt vint déclarer que l'infiltration de Laënnec n'était qu'une simple pneumonie, dont le début ressemblait absolument à celui de la pneumonie catarrhale.

Peu de temps après, en 1852, Virchow publiait ses recherches sur la tuberculisation et concluait que la granulation miliaire semi transparente est la caractéristique du tubercule.

« C'est, en effet, dit-il dans la maladie générale appelée tuberculose, le seul produit qui se rencontre avec les mêmes caractères dans presque tous les organes. »

Quant à la pneumonie caséuse, pour Virchow, elle ne ressemble pas au tubercule, et la majorité des phthisiques sont des pneumoniques.

La théorie de Virchow fut adoptée dans tous ses détails et avec toutes ses conséquences par le plus grand nombre des médecins d'outre Rhin. Quelques-uns d'entre eux se séparèrent du maître sur quelques points secondaires d'histologie, mais quant au fond de la doctrine, ils restèrent d'accord avec lui pour combattre l'unité synthétique de Laënnec.

En Angleterre, on s'occupa peu de cette question. Graves et Addison en dirent seuls quelques mots dans lesquels, sans répéter absolument la doctrine de Laënnec,

ils laissent entrevoir cependant leur préférence pour l'idée de la dualité.

En France aussi, l'opinion de Virchow trouvait des adhérents. Un de nos anciens maîtres de l'école de Strasbourg, M. le professeur Morel, écrivait en 1864 dans son traité d'histologie humaine, normale et pathologique, page 175 :

« Ce qu'il y a de particulier dans la pneumonie caséuse ou tuberculiforme, c'est qu'elle n'envahit que de petits groupes de vésicules, bien distincts les uns des autres, et simule ainsi la tuberculisation du tissu conjonctif. En effet, ces lobules microscopiques atteints d'inflammations épithéliales forment de petites tumeurs arrondies, dures, grisâtres et demi transparentes comme le sont les tubercules pendant les premières phases de leur développement. Mais les deux produits pathologiques se distinguent l'un de l'autre par leur siège et les éléments anatomiques qui concourent à leur formation ; la pneumonie caséuse siège dans l'intérieur des vésicules pulmonaires et résulte de l'inflammation de leur revêtement épithélial, tandis que le tubercule prend naissance au milieu du tissu conjonctif des poumons et dérive des cellules plasmatiques. »

Plus récemment les idées de Virchow furent défendues en France par MM. Bouchard, Lancereaux, Jaccoud, Villemin. MM. Cornil et Hérard, dans leur étude clinique et anatomo-pathologique de la phthisie pulmonaire, acceptent l'unité de cette affection, mais dominés par les descriptions histologiques de Virchow, ils veulent trouver dans tous les cas des granulations types, et ne les re-

connaissant pas dans les altérations de la pneumonie caséeuse ils supposent qu'elles avaient existé avant le processus pneumonique et disparu en suite sous l'influence de ce dernier.

La question en était là lorsqu'en 1872 parut dans les Archives de physiologie un mémoire de M. le Dr Grancher intitulé: Recherches sur le tubercule et la pneumonie caséeuse. M. le Dr Grancher relève, comme il dit, au nom même de l'histologie, le drapeau de Laënnec. Je citerai pour donner une juste idée des résultats remarquables obtenus par ce jeune et savant maître, quelques passages de son mémoire.

Un homme meurt de pneumonie tuberculeuse. « Que trouve-t-on à l'autopsie ?

« Tous les organes sont sains, sauf un poumon qui est volumineux, pesant, et dont le lobe supérieur est transformé partiellement en une masse caséeuse, jaune grisâtre, un peu friable, lisse à la coupe et marbrée. Ça et là existent souvent quelques cavernules ; mais elles peuvent manquer.

« Les lobes moyen et inférieur ont un aspect très différent. Sur un fond rosé et gélatineux se détachent de petites masses blanchâtres, arrondies ou ovoïdes, formant une légère saillie sous la plèvre. Ces petites intumescences s'écrasent sous la pression un peu forte des doigts, et la matière qui les compose ressemble à du fromage mou. Il arrivera souvent de rencontrer dans quelques points du lobe inférieur, au sein d'un parenchyme congestionné, mais encore léger et crépitant, les mêmes tumeurs plus petites et plus dures.....

« Les différences qu'on observe entre les lobes supérieur, moyen et inférieur, tiennent simplement au degré anatomique de la lésion qui est plus ancienne au sommet et plus récente à la base. »

Et plus loin, après avoir relaté l'examen histologique d'une coupe, faite sur un fragment du poumon d'un homme, mort de pneumonie tuberculeuse, il s'exprime ainsi :

« Cet examen sommaire n'est pas sans intérêt, car il permet de reconnaître immédiatement que chacune de ces néoplasies répond, quel que soit son volume, à la description universellement acceptée du tubercule. Centre caséux, et périphérie embryonnaire.

« Tel est le tubercule miliaire, tel est le tubercule pneumonique.

Le tubercule type se développe de la manière suivante.

Dans une bronche les cellules épithéliales se gonflent, se détachent et se multiplient de manière à former un bloc compact qui obture la lumière du conduit. Les parois s'infiltrant de cellules embryonnaires venues de la multiplication des cellules conjonctives, les fibres musculaires se gonflent, leur noyau tuméfié et granuleux se divise, et de nouvelles cellules peuvent naître de ces noyaux. Quant aux fibres élastiques, elles résistent plus longtemps, et dans les jeunes tubercules, elles forment autour de la lumière oblitérée de la bronche ou de l'alvéole des cercles réguliers et complets ; mais bientôt cette couronne élastique se détruit aussi, et la substance

caséeuse devenue blanche, molle et grasseuse, est prête alors pour l'élimination.

Dans la gaine adventice, l'endothélium lymphatique se gonfle, devient granuleux et se confond avec les cellules lymphatiques qui remplissent les vaisseaux et infiltreront les espaces interfasciculaires du tissu conjonctif tout autour de la bronche. A ce moment, le tubercule est formé; mais il poursuit alors sa marche envahissante. L'endothélium de la tunique interne de l'artère pulmonaire et des vaisseaux bronchiques se multiplie et se détache, et un caillot obturateur se forme dans la lumière du vaisseau. De même pour les alvéoles voisines dont la cavité se remplit de l'épithélium pulmonaire enflammé et desquamé.

Les cellules embryonnaires du tissu conjonctif ont subi une sorte de dégénérescence vitreuse ou colloïde, caractérisée surtout par la soudure de ces cellules entre elles. La coupe du poumon est alors lisse, homogène, sèche, compacte, d'un gris-perle transparent et miroitant. Mais cette dégénérescence scléreuse des cellules ne tarde pas à faire place à une infiltration granulograsseuse qui précède la formation des cavernes.

Autour de cette masse centrale du tubercule à laquelle M. Grancher a donné le nom de centre caséeux, on trouve des cellules embryonnaires qui font aussi partie intégrante de la petite tumeur. Ces cellules forment autour du noyau central une ceinture incomplète à travers laquelle la substance caséeuse déborde en certains points.

Ces tubercules développés comme nous venons de

l'indiquer brièvement, peuvent rester isolés les uns des autres, indépendants, ou bien au contraire se fusionner et former des nodules plus ou moins volumineux autour desquels le poumon se congestionne et s'hépatise. Ce sont là les tubercules pneumoniques, qui constituent à tort pour Reinhardt, Virchow et leurs partisans une affection inflammatoire différente de la granulation tuberculeuse ordinaire.

Autour de ces tubercules la zone limitante est composée presque uniquement de cellules embryonnaires qui naissent ou apparaissent au sein même du tissu conjonctif périvasculaire, péribronchique et alvéolaire. Comme pour le développement du premier noyau tuberculeux, bronches, vaisseaux sanguins et lymphatiques sont oblitérés par une végétation endothéliale active et la coagulation des liquides qu'ils renferment. Les parois des alvéoles voisines s'infiltrant aussi de ces petites cellules, et c'est ainsi que sur ce point nouveau recommence le travail pathologique primitif. On pourrait être porté à considérer les nouvelles cellules qui s'accumulent autour de la zone caséuse augmentée de volume comme formant une barrière analogue au travail défensif que provoque partout un foyer d'irritation. Il n'en est rien. La zone embryonnaire est tuberculeuse au même titre que la zone caséuse, seulement son évolution est moins avancée.

C'est dans son sein, à ses dépens, que se produisent les nouveaux tubercules qui viendront grossir le premier foyer. Cependant on la voit assez souvent se convertir en tissu conjonctif et enkyster la zone centrale.

Elle forme alors une barrière autour du centre caséux, mais peu à peu la sclérose envahissant le centre lui-même, le tubercule tout entier devient fibreux et guérit.

La marche des tubercules peut être plus ou moins rapide, mais il ne faut pas croire qu'il y ait nécessairement parallélisme entre la lésion pathologique et l'altération de l'organisme.

Les cliniciens les plus distingués qui ont écrit récemment sur la phthisie pulmonaire sont d'accord sur ce sujet.

M. Pidoux dans son Traité de la phthisie (1874, p. 353) s'exprime ainsi :

« Il n'est pas rare d'observer des phthisies que l'auscultation révèle presque seule. Elle donne en effet les signes d'un deuxième ou d'un troisième degré plus ou moins circonscrit sans que les forces générales aient sensiblement souffert. Réciproquement on voit des sujets déjà cachectisés avec une lésion locale minime presque inappréciable. »

Et M. Peter :

« Tel individu est miné par une fièvre continue, par des sueurs profuses, et arrive rapidement au marasme, chez lequel on n'entend qu'un amoindrissement du murmure respiratoire, ou les râles sous-crépitaux des granulations tuberculeuses. Ce qui revient à dire qu'il est au troisième degré de la phthisie alors que les tubercules pulmonaires ne sont qu'au premier degré de leur évolution.

« A côté de ce phthisique si avancé dans sa phthisie et si

Gaulard.

2

peu dans ses tubercules, il importe de signaler ceux qui présentent les conditions inverses, c'est-à-dire qui ont des cavernes et un état général satisfaisant, des tubercules pulmonaires au troisième degré et une phthisie à peine au premier.

« Tenons grand compte de la lésion et du signe qui s'accuse, mais n'oublions pas l'individu qui les présente et qui réagit en vertu de ce qui lui reste de sa force de vitalité contre la déviation morbifique qui tend à dégrader son organisme. A l'influence néfaste de la tuberculisation peuvent résister deux forces : la tolérance de l'organe et la tolérance de l'organisme.

« J'entends par tolérance de l'organe la force (véritable force d'inertie) qui lui fait supporter plus ou moins longtemps sans en être autrement troublé que d'une façon mécanique, la présence du corps offensif, le tubercule.

« J'entends par tolérance de l'organisme la résistance de celui-ci à la lésion de l'organe, et dans l'espèce elle résulte de l'intégrité des forces digestives, de l'intégrité de l'innervation générale, et enfin de l'intégrité de la circulation ; d'où l'absence de fièvre.

C'est en vertu de cette double tolérance, spécialement de la dernière, que tel individu pourra résister pendant des années à la tuberculisation de ses poumons, surtout s'il y a coïncidence de ce que j'appelle les phénomènes de compensation et les phénomènes de substitution.

« Les phénomènes de compensation consistent dans l'intégrité des fonctions d'hématopoïèse, c'est-à-dire des organes qui président à celle-ci : tube digestif, foie, reins,

de sorte qu'il y a pendant un long temps réparation de ce côté des pertes que fait l'organisme par le système respiratoire.

Les phénomènes de substitution qui s'opèrent vers la périphérie sont des éruptions tutélaires, sorte de dérivation spontanée : la fistule à l'anus, la leucorrhée, les hémorroïdes médiocrement fluentes ; toutes choses que le médecin intelligent respecte et dont M. Trousseau me disait, qu'elles sont des maladies qu'il ne faut pas guérir.

Il ne faut donc pas, dès qu'on constate la présence de tubercules dans un organe, porter un pronostic fâcheux, mais tenir compte avant tout de la force de résistance du sujet, et de l'état dans lequel se trouvent ses fonctions hématopoiétiques. Nous pourrons, plus tard, en parlant de l'influence exercée par la grossesse sur la tuberculose, tirer de ces considérations sur la marche de la phthisie quelques conclusions intéressantes.

Voyons maintenant quelles sont, d'une manière générale les conditions favorables au développement du tubercule. Je ne puis et ne veux exposer ici en détail toutes les causes de la tuberculose. Quelques points intéressants, plus directement en rapport avec mon sujet, comme on le verra plus tard, me paraissent devoir seuls attirer mon attention.

La tuberculose est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes. Les statistiques suivantes mettent ce fait hors de doute.

Fuller (Diseases of the Lungs, 1867), pour 25,083 hommes compte 28,234 femmes.

Lombard a trouvé sur 9,594 tuberculeux 5,589 femmes et seulement 3,460 hommes.

Cette plus grande fréquence de la maladie dans le sexe féminin, semble s'accuser déjà dès l'enfance. Fuller, en effet, a compté 3,535 filles pour 3,422 garçons et Barrier 567 filles pour 362 garçons.

Mais l'activité génitale ne favorise-t-elle pas la production des néoplasies tuberculeuses? D'après les tableaux statistiques dressés par Fuller, il est permis de penser que la vie sexuelle exagère la mortalité par tuberculose. En effet, entre 15 et 20 ans, on voit 3,292 femmes et seulement 2,294 hommes atteints de la maladie.

L'influence du sexe sur la production de la tuberculose paraît donc évidente. Je crois cependant que si la femme fait plus souvent des tubercules que l'homme, c'est parce qu'elle résiste moins bien aux causes de débilitation.

Après l'hérédité, la débilitation de l'organisme est en effet la principale cause de tuberculisation.

De nombreuses influences peuvent agir sur l'économie pour la fatiguer, l'épuiser et la conduire par cette voie à la tuberculose. Qu'un individu ait une alimentation insuffisante comme qualité, comme quantité, ou bien qu'une affection de l'appareil digestif l'empêche d'avaler ou de digérer convenablement sa nourriture, et on pourra après un temps assez court le voir faire des tubercules. M. Peter a rapporté dans le deuxième volume de sa Clinique médicale plusieurs observations très intéressantes de tuberculose pulmonaire consécutive

à un rétrécissement de l'œsophage. Le cancer, l'ulcère rond de l'estomac, la dyspepsie, toutes les maladies, en un mot, qui, en troublant les fonctions digestives, troublent les fonctions hématopoiétiques, sont aussi des causes de tuberculisation.

De même que le champ de l'hématose se trouve diminué, l'organisme sera exposé à engendrer des tubercules. C'est ainsi qu'agissent la pleurésie et les autres inflammations de l'appareil respiratoire. Il y a alors à la fois inanition par les voies respiratoires et par les voies digestives, car les malades, dans ces conditions, se nourrissent d'une manière insuffisante. La bronchite, la pleurésie agissent sur l'organisme d'une manière générale; elles peuvent en diminuant en même temps l'alimentation ordinaire et l'alimentation aérienne produire la tuberculisation soit des poumons soit des autres organes. Si cette tuberculisation se fait de préférence sur les poumons, c'est que par leur structure rudimentaire et leur faible vitalité ils sont les organes les plus aptes à se tuberculiser.

L'habitude de respirer un air confiné ou vicié dispose aussi à la tuberculose, mais une cause de tuberculisation intéressante pour nous, parce que nous la retrouverons plus tard chez un certain nombre de femmes enceintes, c'est la dépression morale. Les passions tristes, en effet, font cesser l'appétit, troublent les digestions, nuisent à l'assimilation et portent par conséquent la plus fâcheuse atteinte à la nutrition générale.

Après avoir ainsi rappelé en quelques mots que la tuberculose se développe surtout sous l'influence de la

dénutrition par défaut d'alimentation, et rétrécissement du champ de l'hématose, examinons brièvement quels sont ses rapports avec les phénomènes de congestion. La congestion, pulmonaire par exemple, ne précède-t-elle pas d'assez longtemps la production des granulations tuberculeuses, et ne prépare-t-elle pas leur évolution ?

Beaucoup d'auteurs recommandables le pensent. Antoine Portal s'exprime ainsi :

« Si le sang reflue dans les vaisseaux du poumon et s'il y a prédisposition à la phthisie, les tubercules se développent rapidement sous l'influence de cet afflux considérable de sang. »

Andral est du même avis. Il existe une corrélation entre la congestion pulmonaire et l'apparition des tubercules. Au moment de se tuberculiser le poumon est le siège d'une grande congestion. Cependant il ne suffit pas d'une congestion pulmonaire ou d'une inflammation de l'organe pour donner lieu à cette production. Seules, et sans le concours d'une autre cause l'inflammation ou la congestion, quelles que soient leur durée, leur intensité, leur siège ne sauraient créer la matière tuberculeuse. Ce qui détermine la formation de celle-ci, c'est la disposition innée ou acquise dans laquelle l'inflammation ou la simple hyperémie trouvent l'organisme.

Fournet aussi pense que pour produire une phthisie, il faut : 1° une disposition acquise ou innée particulière ; 2° la congestion qui a pour effet d'appeler dans le poumon les mouvements morbides qui entraînent à leur suite

le travail de la tuberculisation et le dépôt de matières tuberculeuses.

D'autres auteurs, au contraire, sont d'avis que l'hyperémie ne joue aucun rôle dans la production des tubercules. Les granulations, suivant eux, naissent dans les tissus sans congestion appréciable, et on en trouve souvent au sein d'un tissu pulmonaire rosé et des plus normaux d'aspect, au cas de mort brusque par méningite tuberculeuse. Bien plus, la granulation serait si peu le résultat d'une congestion préalable et génératrice que l'on voit au contraire l'anémie régner dans les parties en voie de prolifération tuberculeuse.

Je ne pourrais sans témérité formuler sur ce point une opinion personnelle, mais si la congestion ne provoque pas l'apparition de la tuberculose, on ne peut nier l'action fâcheuse qu'elle exerce sur une tuberculose existante. Le tubercule fait épine, et suscite autour de lui un afflux sanguin plus ou moins considérable suivant le degré d'excitabilité du parenchyme envahi. Cette hyperémie peut rester modérée et ne jamais déterminer de symptômes fébriles, ou au contraire, dégénérer rapidement en une phlegmasie avec fièvre. Dans les deux cas, l'influence exercée sur la marche de la maladie est fâcheuse. Mais tandis que dans le premier l'aggravation de la tuberculisation est peu prononcée et se résume dans le passage de quelques granulations à l'état opaque ou caséux, le développement ou l'augmentation de volume de quelques autres ; dans le second, lorsque la fièvre se déclare, en très peu de temps les éléments

tuberculeux naissent en foule, et selon l'expression de M. Peter :

« Se pressent et s'étouffent les uns les autres comme feraient des plantes nées de graines semées en masse sur un coin de terre trop restreint et qui ne peuvent, manquant d'espace, arriver à leur plein développement. »

Aussi n'observe-t-on pas alors la granulation, mais l'infiltration tuberculeuse.

Je dois dire un mot encore de la contagion de la tuberculose pulmonaire. La phthisie est-elle contagieuse ? Sur ce point les opinions sont depuis longtemps très partagées. Les uns pour admettre la contagion s'appuient sur les faits de phthisie successive chez des époux, ceux de phthisie survenant chez des frères, des sœurs, des parents, des étrangers qui ont eu de fréquents rapports avec un phthisique.

Les autres pensent que l'on confond la contagion avec les conditions hygiéniques mauvaises. Si la femme d'un phthisique devient phthisique elle-même, c'est parce qu'elle a été exposée aux émanations malsaines provenant de tous les points du corps du malade, parce qu'elle a respiré pendant longtemps un air confiné et vicié, et s'est trouvée exposée à de nombreuses causes d'épuisement, telles que veilles prolongées, alimentation souvent insuffisante, passions tristes en raison des préoccupations douloureuses pour le présent et l'avenir.

CHAPITRE II.

DE QUELQUES MODIFICATIONS IMPRIMEES PAR LA GROSSESSE A L'ORGANISME DE LA FEMME

La grossesse imprime à l'organisme de la femme des modifications nombreuses. Il n'entre pas dans mon sujet de les exposer toutes avec détail, mais quelques-unes d'entre elles doivent plus particulièrement attirer mon attention : ce sont celles qui portent sur l'appareil circulatoire et l'appareil respiratoire,

Modifications de l'appareil circulatoire. — L'appareil circulatoire peut subir sous l'influence de la grossesse des modifications de différente nature. Un des premiers phénomènes qui frappe l'observateur, ce sont les modifications que subit le sang.

Jusqu'à une époque très rapprochée de nous les médecins pensaient que la femme enceinte était nécessairement pléthorique. C'est à la pléthore qu'ils attribuaient les symptômes incommodes éprouvés par certaines femmes, tels que vertiges, éblouissements, tintements d'oreilles, rougeurs subites à la face, chaleur spontanée par tout le corps, et surtout à la tête. Aussi tous les anciens accoucheurs donnaient le conseil de pratiquer pendant la grossesse une ou plusieurs saignées. Le soulagement momentané qui résultait de la saignée donnait créance à l'idée de pléthore.

Cependant parmi les accoucheurs du siècle dernier,
Gaulard.

quelques-uns combattaient déjà l'abus qu'on faisait sous leurs yeux de la saignée chez les femmes enceintes.

Levret, dans ses Essais dit que l'on ne doit pas de parti pris saigner toutes les femmes pendant leur grossesse, et énumère très judicieusement les indications et les contre-indications de ce mode d'intervention.

Dans un mémoire de Sacombe intitulé : Observations médico-chirurgicales sur la grossesse, et imprimé l'an II de la République, je trouve cette phrase :

« La routine aveugle prétend qu'on doit saigner du bras les femmes grosses à quatre mois et demi, à sept et à neuf. Cette erreur, dont notre siècle commence enfin à triompher, fut longtemps une cause bien funeste de dépopulation. »

Mais les idées pleines de justesse de Levret, de Sacombe et de quelques-uns de leurs contemporains ne furent confirmées scientifiquement qu'en 1842 par les analyses d'Andral et Gavarret qui démontrèrent que la grossesse, loin de produire la pléthore, est au contraire une cause d'anémie.

Le résultat de ces analyses fut le suivant : Chez les femmes, en dehors de la gestation, le chiffre normal des globules du sang est en moyenne de 127 grammes pour 1,000. Or sur 34 saignées Andral et Gavarret n'en ont trouvé qu'une à la fin du second mois, dont les globules se sont élevés à 128 sur 1,000. Chez une autre femme enceinte d'un à deux mois le sang présenta juste la moyenne physiologique ; mais dans les 32 autres cas les globules restèrent au-dessous de cette moyenne, variant

de 125 à 120 dans 6 cas, de 120 à 95 dans les 26 autres cas.

Les analyses d'Andral et Gavarret furent confirmées par celles de Becquerel et Rodier. Ces auteurs trouvèrent que chez la femme enceinte le chiffre moyen des globules du sang est de 111.8 au lieu de 125. M. Regnauld a fait sur le même sujet des recherches plus précises encore. Il a examiné le sang des femmes enceintes à différentes époques de la grossesse et obtenu de ces analyses les résultats suivants.

Le chiffre des globules diminue sensiblement dès le début de la grossesse, mais cet abaissement peu marqué dans les cinq ou six premiers mois, puisqu'il donne pour moyenne 121.04, est quelquefois considérable dans la seconde moitié et surtout à la fin de la gestation, époque à laquelle la moyenne est représentée par le chiffre de 104.49.

En même temps que les globules du sang diminuent notablement sous l'influence de la gestation, les autres éléments de ce liquide subissent aussi des modifications importantes.

Tandis que chez une femme bien portante et qui n'est pas enceinte la quantité moyenne de l'eau contenue dans le sang est de 791.1 sur 1000, cette moyenne chez la femme enceinte est, d'après les analyses de Becquerel et Rodier, de 801.6 sur 1000. M. Regnauld a tiré de ses expériences les conclusions suivantes :

« La proportion d'eau contenue dans le sang va en augmentant d'une manière sensible à mesure qu'on approche de la fin du neuvième mois ; en effet, la moyenne

des 14 premières analyses correspondant aux 7 premiers mois est exprimée par 816.04, et celle des 11 saignées par 817.70. »

L'albumine diminue dans le sang des femmes en état de gestation. D'après Becquerel et Rodier, la moyenne chez la femme non enceinte est de 70.5, et chez la femme enceinte de 66.4.

M. Regnault donne les chiffres suivants :

Moyenne physiologique de l'état de vacuité . . . 70.5

Moyenne des sept premiers mois 68.6

Moyenne des deux derniers mois 66.4

La quantité de fer renfermé dans le sang baisse sensiblement sous l'influence de la grossesse. 4.000 gr. de sang calciné donnent en moyenne chez une femme en bonne santé 0 gr. 541, tandis que chez la femme enceinte on l'a vu descendre jusqu'à 0.366.

Andral et Gavarret ont observé que la fibrine, dont la moyenne physiologique est d'après eux 3, a constamment été en quantité inférieure du premier à la fin du sixième mois. Au contraire, pendant les trois derniers mois la moyenne de la fibrine devient supérieure à la moyenne physiologique, elle touche 4 et offre un maximum qui va jusqu'à 4.8.

M. Regnault pense que la fibrine n'est pas en proportion plus considérable dans le sang des femmes enceintes jusqu'au sixième mois environ, mais qu'à partir de cette époque elle augmente à mesure qu'on se rapproche davantage du moment de l'accouchement.

J'ajouterai enfin que pendant la grossesse la masse du sang augmente. Malgré cela, en présence des modifications particulières que nous venons d'indiquer dans la composition du sang, il n'est plus permis de parler de pléthore des femmes enceintes. Au contraire, il faut avec Andral (et tout le monde est d'accord aujourd'hui sur ce point) les placer dans la catégorie des anémiques. Les désordres fonctionnels si divers de la grossesse sont l'effet de la diminution des globules et l'on peut supposer avec Andral que ces désordres seront d'autant plus grands que les globules auront eux-mêmes subi un abaissement plus considérable de leur chiffre.

Il m'a paru important, pour le sujet que je traite, de bien mettre en relief ce point intéressant de l'histoire de la gestation. C'est pourquoi j'ai rappelé un peu longuement quoiqu'elles fussent bien connues de tout le monde, les analyses d'Andral et Gavarret, Becquerel et Rodier, et Regnault.

Dans la grossesse, l'anémie est donc la règle. Je sais bien qu'il y a quelques exceptions, mais je ne m'y arrêterai pas.

Ordinairement l'anémie gravidique reste modérée et n'entraîne pas à sa suite d'inconvénients sérieux. Cependant elle peut être aggravée et portée quelquefois à un degré extrême par la coexistence d'autres phénomènes sympathiques de la grossesse.

Les vomissements sont un des symptômes les plus ordinaires des premiers mois de la gestation. Ils offrent dans leur fréquence, leur intensité, la facilité plus ou

moins grande avec laquelle ils s'accomplissent, de très grandes variantes.

Certaines femmes ne rendent que le matin à jeun et sans efforts quelques matières glaireuses et visqueuses, colorées le plus souvent par un peu de bile. Des vomissements de cette nature doivent, on le comprend, influencer très peu sur la constitution de la femme. Il n'en est plus de même quand les vomissements sont plus fréquents et plus pénibles. Dans quelques cas ils se répètent en effet après un ou après tous les repas, la femme rejette tous ses aliments. Il s'ensuit naturellement que la nutrition est incomplète et devient bientôt insuffisante. L'anémie inhérente à l'état même de gravidité augmente alors et arrive à un degré variable suivant la fréquence et la persistance des troubles digestifs.

A côté de ces troubles digestifs existent souvent chez les femmes enceintes des troubles du système nerveux, surtout des névralgies. Celles-ci occupent différents points, la tête, les parois thoraciques ou abdominales, les membres. Généralement elles sont très vives et très tenaces; on réussit difficilement à les calmer. Les douleurs qu'elles occasionnent empêchent les femmes de se nourrir et les privent quelquefois de sommeil. Comment dans des conditions semblables ne deviendraient-elles pas anémiques? Une femme non enceinte et bien portante le devient rapidement lorsqu'elle se trouve exposée aux mêmes influences nuisibles, *a fortiori* en sera-t-il ainsi pour une femme prédisposée déjà à l'anémie par son état de grossesse.

Je signalerai encore comme concourant à l'aggravation de l'état anémique des femmes grosses le ptyalisme et la leucorrhée dont beaucoup d'entre elles sont affectées.

De tous ces faits il faut conclure que la grossesse par elle-même et par les complications qui l'accompagnent souvent, est une cause puissante de débilitation de l'économie. Son action sur l'organisme peut avec juste raison, je crois, être comparée à celle qu'exercent les mauvaises conditions hygiéniques.

Si ces grossesses se répètent les phénomènes d'anémie s'exagèrent encore. Après un premier accouchement une femme fatiguée de sa grossesse se remettra plus ou moins vite, suivant qu'elle se trouvera dans des conditions d'hygiène plus ou moins convenables. Mais si avant que son sang et son organisme n'aient réparé leurs pertes, une nouvelle grossesse survient, l'influence nuisible de celle-ci empêchera la malade de recouvrer complètement ses forces. L'anémie sera plus grande que la première fois et augmentera encore à chaque nouvelle gestation.

L'allaitement aussi est une cause puissante de débilitation, surtout lorsqu'il est continué trop longtemps ou répété trop souvent.

Mais là ne se borne pas l'influence de la grossesse. Outre les altérations générales dont je viens de parler, la gestation produit encore dans l'appareil respiratoire des modifications locales importantes et qui permettent presque *a priori* de soupçonner l'action qu'elle peut

exercer sur la marche de la tuberculose pulmonaire. Je vais maintenant les étudier.

On a remarqué depuis bien longtemps que les femmes enceintes éprouvent assez fréquemment des troubles des fonctions respiratoires. Sans remonter plus loin dans l'histoire de l'art, je rappellerai que Mauriceau a écrit dans son livre « Des maladies des femmes grosses » un assez long chapitre intitulé : « De la toux et de la difficulté de respirer. »

Voici comment il explique la production de ces accidents :

« Il y a des femmes qui portent leur enfant si haut et principalement dans la première grossesse, qu'elles croient presque l'avoir dans la poitrine ; à cause de quoi elles ont une si grande oppression et difficulté de respirer, qu'il leur semble qu'elles aillent étouffer aussitôt qu'elles ont un peu mangé, cheminé ou monté seulement à un premier étage ; ce qui provient de ce que leur matrice extrêmement étendue presse fortement l'estomac et le foie, qui repoussent le diaphragme en haut et ne lui laissent pas une entière liberté de se mouvoir, dont cette difficulté de respirer est causée. Souvent aussi leurs poumons sont tellement abreuvés et pleins de sang, qui y regorge de tout le corps dans la grossesse, qu'ils ne donnent que difficilement passage à l'air. »

Pour Mauriceau, il y a donc du côté de l'appareil respiratoire pendant la grossesse, gêne mécanique et congestion.

Ses successeurs n'ont pendant près de deux siècles

rien ajouté à ces idées. Tous les livres classiques signalent l'oppression dont souffrent certaines femmes enceintes et lui assignent comme cause en dehors des maladies pulmonaires, la compression exercée sur le diaphragme et les poumons par l'utérus gravide, et la congestion des vaisseaux de ces organes.

En 1849 Küchenmeister et après lui Fabius entreprirent des expériences dans le but d'éclaircir l'action mécanique exercée par l'utérus gravide sur la cavité thoracique.

Ces expériences ont été confirmées par celles de Wintrich et d'autres plus récentes de Dohrn, professeur à l'Université de Marbourg.

D'après ces observateurs la compression des poumons attribuée par tous les accoucheurs à l'utérus développé par le produit de la conception, n'existe pas.

En effet, disent-ils, dans la plupart des cas, si la base du thorax présente une étendue antéro-postérieure moindre, son diamètre transverse est plus grand qu'après l'accouchement.

Cette opinion a été adoptée par un certain nombre d'auteurs. Je trouve par exemple à la page 79 du Traité d'accouchements de Schroder les phrases suivantes :

« Quant aux modifications du thorax chez les femmes enceintes, Dohrn a confirmé ce fait déjà signalé par Küchenmeister, Fabius et Wintrich, que la capacité des poumons ne diminue pas par le fait de la grossesse.

Il démontra que le thorax des femmes enceintes est, il est vrai, moins profond, mais que cette diminution est compensée par l'augmentation en largeur de la base. »

Gaulard.

4

Quant à moi, avec M. Tarnier, je me poserai cette question :

Faut-il conclure des expériences précitées que la capacité de la cavité thoracique ne change pas pendant la grossesse ?

Et avec lui, je répondrai :

« Assurément non. En effet le diaphragme est refoulé en haut par l'utérus et s'abaisse moins facilement ; le diamètre vertical de la cavité thoracique est donc diminué. »

Evidemment la gestation arrivée à une certaine période retrécit mécaniquement le champ de l'hématose. Il faut attribuer en partie à cette influence la dyspnée éprouvée à des degrés variables par les femmes grosses, et ce qui semble confirmer cette opinion, c'est que la gêne de la respiration est moins grande dans les derniers jours de la grossesse, lorsque le fond de l'utérus s'est abaissé par suite de l'engagement de la tête dans l'excavation.

Mais ce n'est pas tout, M. le professeur Peter a particulièrement appelé l'attention sur une modification importante imprimée par la grossesse à l'appareil respiratoire, et à laquelle il a donné le nom de pléthore pulmonaire gravidique.

Voici comment il s'exprime dans le volume II de ses Leçons de clinique médicale sur cet état physiologique du poumon chez la femme enceinte :

« La pléthore pulmonaire gravidique, état physiologique de la femme grosse, me semble révélée matériellement, physiquement, par l'élévation des chiffres ther-

miques locaux pris au 6° espace intercostal gauche chez des femmes à terme ou qui viennent d'accoucher, et qui ne présentent d'ailleurs ni troubles fonctionnels respiratoires, ni lésions anatomiques quelconques des poumons.

« Dans l'état normal la température des espaces intercostaux inférieurs (6° ou 7°) est de 3, de 5, de 6 dixièmes plus basse que celle de l'aisselle ; tandis que nous allons la voir tantôt ne différer que de 1 à 2 dixièmes seulement de celle de l'aisselle, tantôt atteindre la température axillaire, tantôt enfin la dépasser, et cela en dehors de tout état morbide du poumon. »

Suivent, à l'appui de cette proposition, un certain nombre d'observations intéressantes dont je résume quelques-unes.

1° Femme de 23 ans, accouchée dans des conditions normales et ne présentant aucun symptôme d'affection thoracique.

Le soir de l'accouchement :

Température axillaire, 37,1

Id. du 6° espace intercostal, 37,2

Surlendemain de l'accouchement :

Température axillaire, 36,5

Id. du 6° espace intercostal, 37,2

2° Femme accouchée normalement :

Température axillaire, 37,2

Id. du 6° espace intercostal, 37,7

Le lendemain :

Température axillaire, 37,2

Id. du 6° espace intercostal, 37,5

3° Accouchement normal. Poumon sain.

Le lendemain :

Température axillaire, 37,8

Celle du 5 ^e espace intercostal,	38,2
Température axillaire,	37,9
Deux jours plus tard :	
Température axillaire,	37,9
Id. du 6 ^e espace intercostal,	37,8
Viugt-quatre heures après :	
Température axillaire,	37,8
Id. du 6 ^e espace intercostal,	37,9

Dans toutes ces observations, la température à la paroi intercostale du cinquième ou sixième espace est plus élevée que dans l'aisselle ; chez la femme en dehors de l'état puerpéral on observe le contraire. Ainsi le poumon est plus chaud chez la femme grosse, surtout au terme de la grossesse, et il ne peut en être ainsi que parce que l'organe contient plus de sang. Ce plus de sang qu'il contient physiologiquement le prédispose aux congestions simple hémorrhagique ou phlegmasique.

En rapprochant ce chapitre du précédent et en comparant les conditions générales favorables au développement des tubercules, avec celles que l'état de gravidité crée dans l'organisme de la femme, n'est-il pas possible dès maintenant de soupçonner l'influence que la grossesse doit exercer sur la tuberculose ? Cette anémie gravidique d'une part, et d'autre part ce plus de sang dans le poumon ne doivent-ils pas provoquer le développement de la tuberculose, lorsqu'il y a chez un sujet prédisposition à cette maladie, ou accélérer sa marche, quand déjà l'organe est tuberculeux ?

CHAPITRE III

ÉTAT DE LA QUESTION.

Plusieurs opinions ont été émises sur le sujet qui m'occupe, je vais successivement et en détail exposer chacune d'elles. Elles sont au nombre de trois.

Autrefois on admettait généralement que la grossesse s'oppose au développement de la phthisie chez les femmes qui sont prédisposées à cette affection, ou qu'elle en arrête l'évolution déjà commencée. Mais si les anciens pathologistes étaient d'accord sur ce point ils ne l'étaient pas moins sur le suivant : la tuberculose reprend sa marche après l'accouchement et l'amélioration temporaire constatée pendant la grossesse est suivie d'une recrudescence qui souvent emporte en peu de temps la malade.

C'était l'avis de Cullen, qui du reste l'a formulé le premier.

« La grossesse, dit-il, retarde souvent les progrès de la phthisie. Ce n'est communément qu'après l'accouchement que les symptômes reviennent avec violence et produisent la mort en peu de temps. » (Eléments de médecine pratique, t. II, p. 189).

Bordeu se rangeait à cette opinion. Dans ses Recherches sur le pouls, t. I. chap. XXVII, il cite l'observation d'une femme qui à la suite d'une pneumonie avait conservé une toux presque habituelle et une fièvre lente

avec des redoublements suivis de sueurs nocturnes. Une grossesse survint pendant laquelle les accidents furent suspendus et la malade se porta assez bien. Mais dès le second jour après l'accouchement un frisson se déclarait, la malade crachait du pus, en un mot la phthisie subissait une exacerbation marquée.

Sims, Baumès, Jos. Franck, Brioude acceptèrent aussi l'opinion de Cullen. Sims, dans ses observations sur les maladies épidémiques, p. 13, déclare « n'avoir jamais vu mourir de femmes phthisiques pendant la grossesse, mais plusieurs ne survivaient que quelques jours ou quelques heures à l'accouchement. La phthisie, chez elles, paraissait se terminer par une pneumonie violente dont on ne les aurait jamais crues susceptibles, vu leur peu de forces. »

Brioude (Traité de la phthisie pulmonaire, p. 7, t. II), parle « d'une phthisie pulmonaire qui fut retardée non seulement par la grossesse, mais encore par l'accouchement. »

Dugès s'exprime ainsi dans le Dictionnaire de médecine pratique, art. Grossesse : « La marche des maladies chroniques est ralentie par l'état de grossesse ; ce qui est bien certain et bien connu pour la phthisie pulmonaire. »

La proposition formulée par Cullen passait pour si orthodoxe que Rozières de la Chassagne pouvait écrire, dans son Manuel des Pulmoniques, que « de deux femmes phthisiques au même degré, on peut être sûr que celle qui deviendra enceinte portera son fruit à terme, tandis que l'autre pourra périr avant ce temps. »

En 1817, Marc écrit à l'article Grossesse du Dictionnaire en 60 volumes : « Lorsque les femmes affectées d'un vice organique du poudon deviennent enceintes, la maladie semble suspendre ses progrès, disparaît même pendant les premiers mois de la gestation. Les accidents reparaissent pendant le quatrième mois et le cinquième mois. Cependant la plupart des femmes phthisiques parviennent jusqu'au terme de leur gestation et accouchent heureusement. Mais le rôle de la nature étant rempli, la maladie empire et les femmes succombent assez promptement. »

Ces anciens auteurs expliquaient comme il suit l'action salutaire qu'ils attribuaient à la grossesse sur la tuberculisation.

Dans la tuberculose, les poumons sont le siège d'une congestion sanguine active, et cette congestion donne lieu aux principaux symptômes qui dénotent l'affection tels que la toux, l'oppression, les hémoptysies. Que ce sang se porte après la conception sur l'utérus pour subvenir à toutes les dépenses que réclame l'excès d'activité de cet organe, et pour servir à la nutrition du fœtus, les poumons se vident de leur trop plein, et les différents symptômes qui caractérisent le début de la tuberculisation disparaissent. Après l'accouchement l'utérus revient sur lui même, et la dérivation qu'il a exercée sur les autres appareils cesse ; le sang se reporte alors sur ces organes, la congestion pulmonaire se fait de nouveau, et tous les symptômes de la phthisie reparaissent et s'aggravent avec une grande rapidité.

Ils pensaient encore que dès que la femme est fécondée,

la nature veille à la conservation du nouvel être, et la préserve pendant la grossesse des accidents de la phthisie, de même que d'un grand nombre d'autres maladies. Cette opinion erronée est encore aujourd'hui celle de beaucoup de gens du monde.

Quelques médecins de notre temps ont accepté et défendu l'opinion de Cullen et de ses contemporains.

Ainsi le Dr Larcher, qui le premier a constaté et étudié l'hypertrophie du cœur chez les femmes enceintes, pense que c'est en poussant le sang artériel vers le produit de la conception que le ventricule gauche tient dans une sorte d'arrêt la tuberculisation pulmonaire, pendant la grossesse, et cela au profit du nouvel être créé. C'est au contraire au profit de l'œuvre de destruction qu'agit le cœur encore hypertrophié après l'accouchement alors qu'il vient aggraver les maladies intercurrentes.

Gubler croyait aussi à l'influence favorable de la grossesse sur la tuberculose pulmonaire. En 1850 il soutenait son opinion devant la Société de biologie, en s'appuyant sur les arguments suivants : Suivant lui l'état de grossesse engendre ordinairement un certain degré de rachitisme. En effet, dit-il, cette espèce de cremor qui recouvre l'urine des femmes enceintes et que l'on a désignée sous le nom de kyesthéine, n'est qu'une couche de phosphate ammoniaco-magnésien sur laquelle végètent des mucédinées. Or, dans le rachitisme bien caractérisé les urines présentent le même excès de phosphate terreux. En outre, M. Gubler voit dans les ostéophytes intra-crâniennes découvertes par M. Ducrest chez des

femmes mortes à la suite de couches, les traces d'un travail réparateur analogue à celui qui se produit dans tous les os du squelette chez les rachitiques. Ces plaques osseuses de nouvelle formation, dont l'existence était considérée comme une anomalie, ont été retrouvées par M. Follin sur les os du bassin, elles se rattacheraient donc à un phénomène plus général.

Chez la plupart des femmes, dit M. Gubler, les choses en sont là, mais chez quelques autres cette altération de nutrition s'exagère sous l'influence des causes ordinaires du ramollissement des os, et l'on voit survenir des déformations rachitiques.

En sorte que l'ostéomalacie proprement dite qui succède le plus souvent à la grossesse ne serait qu'un degré plus avancé de cette ostéomalacie rudimentaire, et pour ainsi dire normale, qui avait été jusqu'alors méconnue.

M. Gubler invoque à l'appui de sa manière de voir le fait bien constaté du retard de la consolidation des fractures chez les femmes enceintes, et connaissant l'antagonisme du rachitisme avec les tubercules, il est disposé à croire avec certains auteurs que la grossesse peut entraver la marche de la phthisie pulmonaire.

Fonssagrives, dans son livre sur la thérapeutique de la phthisie pulmonaire (1866), adopte complètement la théorie de Cullen et de ses contemporains. Il commence par établir, comme ses prédécesseurs, qu'il existe entre la circulation du poumon et celle de l'utérus une solidarité étroite. « L'entretien ou le rétablissement de la menstruation la lactation et la fluxion sanguine énorme dirigée sur l'utérus par la gestation sont autant d'agents de

Gaulard.

5

contre-fluxions physiologiques. Le réseau capillaire sanguin du poumon et celui de l'utérus sont comme les deux capsules d'un sablier dont l'une s'emplit quand se vide l'autre. Cette solidarité circulatoire explique pourquoi une menstruation régulière coïncidant avec des lésions pulmonaires même avancées est pour celles-ci une sorte de soupape de sûreté et permet une prolongation de la vie à laquelle des hommes arrivés au même degré de la phthisie ne sauraient prétendre ; pourquoi une aggravation manifeste des accidents thoraciques coïncide toujours avec la suppression temporaire ou définitive de la menstruation. »

Plus loin, il invoque à plusieurs reprises cette relation étroite entre la circulation pulmonaire et utérine pour expliquer l'influence favorable, selon lui, de la grossesse, et l'action funeste, au contraire, de l'accouchement sur la tuberculose pulmonaire.

« C'est certainement, dit-il, par un mécanisme d'antagonisme fluxionnaire que l'on peut s'expliquer le répit que la grossesse procure aux phthisiques. C'est chose remarquable, en effet, que de voir la nutrition reprendre chez les poitrinaires dès que les troubles digestifs du début de la gestation se sont dissipés ; les symptômes offerts par l'appareil respiratoire accusent en même temps un amendement corrélatif qui persiste jusqu'à ce que le volume de l'utérus distendu par le produit de la gestation soit devenu une cause mécanique de dyspnée. Il y a en mot une amélioration temporaire. Si la grossesse est un bénéfice du moment l'état puerpéral est un danger imminent. A peine, en

effet, l'accouchement a-t-il eu lieu que la contre-fluxion utérine n'existant plus, des fluxions phlegmasiques se produisent vers la poitrine et les accidents de ramollissement subaigu se pressent alors avec activité. »

Une opinion absolument opposée à la précédente est professée depuis très longtemps par de nombreux auteurs qui pensent que la grossesse accélère la marche de la tuberculose.

Mauriceau était déjà de cet avis. Dans son traité d'observations sur la grossesse et l'accouchement, il rapporte plusieurs cas qui établissent de la façon la plus nette que la tuberculose pulmonaire, loin de se ralentir pendant la grossesse, poursuit sa marche et même s'aggrave. Je citerai entre autres l'observation 437. C'est celle d'une femme qui pendant sa grossesse eut plusieurs hémoptysies, accoucha avant terme, « la toux, suivant l'expression de Mauriceau, ayant malgré le traitement continué à la traccasser, et mourut six semaines après son accouchement.

Et l'observation 497 ainsi racontée par l'auteur.

« J'ai accouché une femme au terme de sept mois et demi, d'un petit garçon qui se portait assez bien pour un enfant de ce terme, quoique la mère fut pour lors presque réduite à l'extrémité, par une fièvre continue avec redoublement, procédant d'une fluxion de poitrine avec crachement de sang dont elle avait été fort travaillée il y avait près de cinq mois, ce crachement de sang se renouvelant de temps en temps avec une toux violente, lesquels fâcheux accidents l'ayant rendue phthisique et entièrement étique la firent mourir dix jours après être accouchée de ce petit enfant. »

A une époque plus rapprochée de nous, des observateurs éminents adoptèrent l'opinion de Mauriceau qui pendant très longtemps ne recruta que peu d'adhérents.

Louis, le premier, s'engagea dans cette voie. Avant lui plusieurs auteurs avaient déjà parlé d'aggravation de la tuberculose sous l'influence de la grossesse. Mais, comme je le montrerai plus loin, cette opinion n'était pas absolument franche. C'était une opinion mitigée tenant à la fois de celle de Cullen et de celle de Mauriceau.

Lui, au contraire, après quelques hésitations, finit par croire à une action funeste de la grossesse sur la tuberculose et fait appel pour le démontrer à l'observation de ses confrères.

« Nos observations, dit-il, dans la première édition de son ouvrage sur la phthisie, ne nous ont pas mis à portée de savoir si la grossesse est ou non une circonstance capable de retarder la marche de la phthisie et l'on conçoit que pour avancer quelque chose de positif à cet égard, il faudrait un nombre de faits considérables, et avoir observé plusieurs années de suite dans un établissement destiné aux femmes enceintes. Néanmoins nous remarquerons au sujet de l'influence dont il s'agit, que peut-être il y a erreur et confusion de la part de ceux qui l'admettent. Il se pourrait, en effet que plusieurs des symptômes de la phthisie fussent un peu plus obscurs dans le cours de la grossesse sans que l'affection en marchât moins rapidement. D'un autre côté, il ne serait pas impossible qu'à la suite de l'accouchement les progrès de la

phthisie fussent encore plus marqués qu'à toute autre époque de son existence et la différence observée dans la marche de la maladie avant ou après cette fonction laborieuse aurait pu être une nouvelle cause d'illusion.

Mais comment croire que la grossesse, qui produit la dyspnée, ralentisse le cours de la phthisie dont la dyspnée est toujours un symptôme plus ou moins incommode pour peu que les malades se livrent au mouvement. »

MM. les D^r Hervieux et Robert (de Strasbourg), furent les premiers qui répondirent à l'appel de Louis.

Ils publièrent presque simultanément, dans l'Union médicale de 1847, deux observations dont les conclusions furent contraires à l'opinion ancienne. Ces observations présentant dans la question que nous avons à traiter un véritable intérêt historique, nous allons donner le résumé de chacune d'elles.

Observation de M. Hervieux :

Dans le service de M. Rayer entre, le 21 novembre 1846, une femme de 22 ans, d'un tempérament lymphatique, comme l'atteste l'engorgement des ganglions cervicaux sous-maxillaires, sous-axillaires et inguinaux. La mère de cette femme était morte poitrinaire à 30 ans. Elle-même avait eu de nombreuses hémoptysies à l'époque de la puberté, une toux presque continuelle, des douleurs passagères dans le côté droit de la poitrine, et par intervalles des sueurs la nuit. A l'auscultation, on reconnaissait que les poumons n'étaient pas dans leur état normal. Cependant les signes sensibles de la tuberculisation n'étaient pas, à l'entrée de la malade, tellement évidents que M. Rayer n'eût posé à leur endroit le point classique d'interrogation. D'ailleurs une pleurésie survint dans les derniers jours de décembre du côté le plus ma-

lade, c'est-à-dire du côté droit, qui masqua par ses signes évidents les signes caractéristiques de la phthisie pulmonaire.

Mais en même temps que la pleurésie, la phthisie pulmonaire avait marché. Aussi, lorsque l'épanchement fut en partie résorbé, M. Hervieux put constater l'existence d'au moins une ou deux cavernes au sommet du poumon droit.

Le stéthoscope appliqué sur l'abdomen permettait d'entendre les battements du cœur fœtal et le souffle utérin. A dater de ce moment, les symptômes s'aggravèrent considérablement. La malade fut en proie à une dyspnée très intense avec menace de suffocation.

Le pouls, d'une petitesse extrême, battait 120 fois par minute, la respiration, non moins accélérée, donnait un chiffre de 45 dans le même espace de temps, la malade ne pouvait plus répondre aux questions ou demander les choses les plus nécessaires. La fréquence des inspirations s'opposait même à l'ingestion des boissons que la malade ne prenait que par cuillerées à bouche. C'est au milieu de cet appareil effrayant de symptômes que l'accouchement se fit.

Loin de s'amender après l'expulsion du fœtus, l'état de la femme devint encore plus grave et plus pénible. Elle mourut deux jours après l'accouchement.

M. Hervieux tire de cette observation, et à juste titre, à notre avis, les conclusions suivantes :

« Ainsi la grossesse n'a prémuni notre malade ni contre l'invasion de la pleurésie, ni contre les progrès de la phthisie pulmonaire. En d'autres termes, la fluxion dont l'utérus est le siège, a été impuissante à détourner l'action des causes génératrices d'une maladie aiguë. Elle n'a pas su davantage suspendre la marche d'une affection chronique très peu avancée. Que faut-il conclure de ce fait ? C'est que l'assertion des auteurs qui confiants dans la sollicitude de la nature pour la conservation du nouvel être, regardent la grossesse comme une sorte de

préservatif contre l'action des causes morbifiques ou comme une entrave à la marche des maladies préexistantes, a besoin d'être démontrée par de nouveaux faits.»

Dans le cas de M. Hervieux, on pourrait être tenté de rapporter à la pleurésie intercurrente l'aggravation survenue dans la tuberculose pulmonaire. Il n'en est rien. Nous reparlerons plus loin de cette observation, et tâcherons de montrer que la pleurésie elle-même n'a été probablement que la suite du coup de fouet donné par la grossesse aux tubercules pulmonaires.

L'observation publiée en 1847 par M. Robert, préparateur d'anatomie chirurgicale et pathologique à la Faculté de médecine de Strasbourg, a été recueillie à la clinique d'accouchements de mon excellent maître le professeur Stoltz.

En voici le résumé :

Femme Marie Muller, 39 ans, mariée à Strasbourg, entrée à la clinique d'accouchements le 22 décembre 1846. Elle se disait enceinte pour la cinquième fois et au sixième mois. Réglée à 18 ans, accoucha pour la première fois, il y a six ans. Rien de particulier aux trois premières couches, ses enfants succombèrent.

En 1844, fausse couche à deux mois, nulle difficulté. Aucun accident sérieux au moment où elle entre au service. Inappétence, vomissements, accompagnent le commencement de cette grossesse; en même temps, et depuis cette époque seulement, la malade fut affectée d'une petite toux sèche, presque sans expectoration; cette toux est devenue fréquente, très pénible, surtout après quelques semaines. Expectoration muqueuse, globuleuse et abondante, quelques stries sanguinolentes dans les crachats, mais n'a pas eu d'hémoptysies. La constitution de cette femme est détériorée, la maigreur extrême, aplatissement des régions

sous-claviculaires. Le côté droit ne donne rien ni à la percussion ni à l'auscultation.

Le côté gauche fournit un son mat en avant, rien en arrière ; l'auscultation en arrière, rien si ce n'est une respiration un peu forte et puérile ; en avant, de gros râles et de la résonnance cavernreuse de la voix. Bientôt tous ces phénomènes se dessinent davantage : expectoration plus considérable et mêlée de stries puriformes, l'hématose est plus difficile, accélération du pouls, sueurs nocturnes, diarrhée avec météorisation abdominale, amaigrissement extrême.

Le traitement ne fait que suspendre un instant les symptômes qui bientôt reparaissent avec plus d'intensité. L'expectoration de jour en jour est plus suspecte, l'appétit persiste encore, les mouvements de l'enfant sont perçus. Le 25 janvier l'affaiblissement est à son comble et la malade accouche à une heure après midi, à la suite d'efforts de toux, d'un enfant du sexe féminin, vivant, chétif.

A dater de ce moment, l'oppression est encore plus forte, l'expectoration plus abondante, purulente, la diarrhée plus intense ; rien du côté de la matrice, et la malade mourut trente heures après l'accouchement.

Dans ce cas, la grossesse, loin d'enrayer la marche de la phthisie pulmonaire l'a au contraire singulièrement activée. En effet, les symptômes d'obscurs qu'ils étaient à l'entrée de cette femme à l'hôpital, se sont nettement dessinés après ce moment, et les phénomènes ont marché avec une grande rapidité.

M. Stoltz fut un des premiers, sinon le premier des médecins contemporains, qui reconnut et enseigna à ses élèves que la grossesse accélère les progrès de la tuberculose. En effet, dès 1847, M. Robert, s'exprime ainsi :

« Les idées professées depuis longtemps à la clinique

d'accouchements de Strasbourg, par le professeur Stoltz, se trouvent pleinement confirmées, etc.»

L'opinion de mon maître sur ce point spécial de pathologie de la grossesse n'a pas varié comme l'indiquent les extraits suivants d'une lettre qu'il m'écrivait il y a quelques jours :

« J'ai plus d'une fois parlé dans mes leçons cliniques de l'influence de la grossesse sur la marche de la tuberculose... :

« Il est évident pour moi que la grossesse favorise le développement des tubercules.....

« Les tubercules ont la plus grande tendance à augmenter de volume et de nombre par le fait de la gestation qui modifie si profondément l'organisme de la femme et développe une espèce de fièvre continue éminemment favorable aux progrès de la maladie. »

Les arguments sur lesquels le professeur Stoltz fonde sa manière de voir lui sont fournis par l'étude des modifications imprimées à l'organisme par la grossesse, et par des faits cliniques.

« On a, dit M. Robert, considéré dans l'ancienne théorie, la grossesse comme une dérivation salutaire. Mais les idées de M. Stoltz basées sur l'anatomie et la physiologie satisfont complètement la science et la raison. »

Voici le résumé de son enseignement :

« L'activité générale, loin d'être diminuée au profit de l'utérus comme on a bien voulu le dire, se trouve au contraire exaltée, de par là même tous les appareils doivent nécessairement participer à cet excès de vitalité; ainsi

Gaulard.

6

personne ne voudra nier que dans la grossesse les digestions, les excréations, la circulation, la respiration et par conséquent l'hématose ne s'accomplissent avec plus d'activité qu'à l'état ordinaire. Nous ne voulons pas pour cela refuser à l'appareil de la gestation une activité temporaire plus grande qu'aux autres appareils, mais nous disons seulement que ce n'est pas aux dépens des autres fonctions que celle-là s'accomplit. Cette hypothèse ne tendrait à rien moins qu'à nous représenter toutes les autres fonctions dans un état de langueur pendant tout le temps de la grossesse, et il ne faut que l'observation la plus superficielle pour se convaincre du contraire. En effet, ne voit-on pas dans la généralité des cas toutes les femmes enceintes accomplir avec plus de vivacité, si je puis m'exprimer ainsi, toutes leurs fonctions vitales ?

Ne voyons-nous pas même les fonctions de relation s'exalter, se perfectionner chez quelques-unes tandis que l'on voudrait faire croire que tous les appareils se trouvent pour ainsi dire frappés d'abattement pendant le temps de la gestation ? On comprendra dès lors que la prédisposition aux tubercules ou à un commencement de tuberculisation ayant plus d'éléments de vitalité doive se développer davantage, et qu'une grossesse fasse parcourir aux tubercules toutes leurs phases dans un temps bien moins long. »

M. Stoltz considère encore comme jouant un rôle important sur l'action nocive de la grossesse dans la tuberculose, la chloro-anémie qui se développe pendant la

gestation et la gêne de la circulation produite par l'augmentation exagérée du volume de l'utérus

Deux ans après la publication de l'observation de M. Robert et des conclusions de son maître parut sur la même question un mémoire important de M. Grisolle, lu à l'Académie de médecine dans la séance du 2 octobre 1849.

M. Grisolle réunit 27 observations dont 10 lui ont été communiquées par M. Louis 24. appartiennent à des femmes dont la maladie débuta pendant la grossesse, à une époque plus ou moins rapprochée de son début, et les trois autres sont relatives à des personnes qui offraient déjà des signes rationnels de tubercules au moment de la conception, mais dont la maladie ne se déclara que plus tard. Dans aucun de ces cas la maladie pulmonaire ne fut enrayée, au contraire elle ne cessa de faire des progrès assez rapides.

Chez 13 de ces femmes suivies jusqu'à la fin, la durée totale de la maladie a plutôt été diminuée qu'augmentée; chez toutes elle s'est terminée du huitième au quinzième mois à dater du début des premiers symptômes. Elle a duré en moyenne 9 mois et demi, chiffre inférieur de plus du tiers à celui qu'a donné à M. Grisolle un nombre égal de femmes de même âge que les précédentes et devenues phthisiques en dehors de la grossesse. Ce qui a frappé encore cet auteur, c'est que cette durée est manifestement inférieure à celle que Bayle, Louis et Andral ont indiquée pour la phthisie qui atteint les classes ouvrières.

« Ainsi de quelque côté qu'on envisage les faits, dit

M. Grisolle, on arrive à conclure que la grossesse n'aurait pas sur la marche de la phthisie le pouvoir suspensif qu'on lui a attribué. Loin même d'être une circonstance favorable en prolongeant l'existence, l'état de grossesse précipiterait plutôt la marche de la lésion organique; et véritablement on ne comprendrait pas qu'il en fût autrement, car l'organisme affaibli par la diarrhée, par les sueurs nocturnes, par l'expectoration et sans cesse miné par la fièvre hectique, n'en doit pas moins pourvoir à deux existences. Ajoutons aussi que ces accidents divers, suites fréquentes de la gestation, en augmentant les souffrances apportent un obstacle de plus à la nutrition, et doivent par conséquent favoriser les progrès de la tuberculisation. »

En 1852 M. Charles Dubreuilh, de Bordeaux, présentait à l'Académie de médecine un travail intéressant intitulé : Influence de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement sur le développement et la marche de la phthisie pulmonaire. Dans ce mémoire sont consignées 13 observations qui confirment l'opinion émise quelques années auparavant par M. Grisolle. Dans tous ces cas, la tuberculose s'est caractérisée dans les trois premiers mois de la gestation. Quatre femmes paraissaient jouir d'une excellente santé au moment de leur conception ; huit autres, au contraire présentaient depuis un temps plus ou moins long des symptômes suspects, tels que toux, amaigrissement et hémoptysies.

La treizième observation est celle d'une femme qui devint phthisique à la suite de l'allaitement. La grossesse n'enraya la marche de la maladie dans aucun cas. Les

accidents loin de s'amender s'aggravèrent, et une fois avec une telle violence et une telle rapidité que la femme mourut au septième mois de sa grossesse sans être accouchée.

Cependant il existe une légère différence entre l'opinion de M. Dubreuilh et celle de M. Grisolle. Le premier de ces auteurs pense en effet, que dans les derniers mois de la gestation il y a une sorte d'interruption dans le travail morbide. La faiblesse, la toux, l'hémoptysie, la fièvre elle-même auraient un temps d'arrêt. M. Grisolle rejette cette assertion.

Parmi les médecins et les accoucheurs éminents qui ont accepté l'opinion de Stoltz, Grisolle et Dubreuilh, je citerai : MM. Guéneau de Mussy, Depaul, Hergott, Grancher, Perroud, de Lyon, Hecht, de Nancy, etc.

En Allemagne, les auteurs sont généralement d'accord pour admettre que la grossesse aggrave la tuberculose.

Voici comment s'exprime Spiegelberg sur ce sujet :

« Pour ce qui concerne la broncho-pneumonie chronique, la tuberculose, on a cru longtemps que la grossesse produisait une immunité contre elles, ou que si l'affection existait au début de la grossesse, elle suivait une marche moins fâcheuse et devenait pour ainsi dire attente. L'accouchement amenait au contraire une aggravation rapide du mal.

« Si la dernière proposition est juste la première ne l'est pas, bien que l'on ne puisse nier que quelquefois les affections déjà existantes avant la grossesse ne s'a-

mendent et permettent à la femme enceinte d'arriver à terme dans des conditions supportables.

« Ce qui prouve combien peu la grossesse préserve de la tuberculose, c'est que la forme aiguë de cette maladie peut se développer chez la femme enceinte et suivre une marche si rapide qu'elle se termine par la mort avant le terme de la grossesse.

En outre, des hémoptysies très graves ont été observées chez des femmes enceintes.

« Dans la plupart des cas de tuberculose pulmonaire observés pendant la grossesse, il semble que la maladie ne se soit développée que peu de temps avant le début ou dans le cours de cet état, car lorsque la phthisie remonte à une époque antérieure, la conception ne se fait qu'exceptionnellement.

« L'influence de l'hérédité est ici manifeste. C'est elle qui favorise le développement de la maladie pendant le mariage, la grossesse et même après l'accouchement. De temps en temps on voit des femmes rester indemnes à la première et à la deuxième couche et devenir victimes de leur prédisposition morbide à un accouchement ultérieur. »

Spiegelberg conclut qu'on doit défendre le mariage aux filles qui présentent des signes évidents de tuberculose pulmonaire ou une prédisposition héréditaire à cette maladie. « En tous cas, dit-il, il faut prévenir les parents de la possibilité du développement du germe morbide, ou d'une récurrence si déjà la maladie a marché vers une issue favorable. »

Schröder dit (p. 344) :

« Au commencement on admettait généralement que pendant la grossesse la tuberculose restait à peu près stationnaire pour faire de rapides progrès pendant les suites des couches. Autant cette dernière opinion est certaine, autant la première est peu fondée, du moins pour la grande majorité des cas. La grossesse a sur la tuberculose à l'état stationnaire une influence essentiellement funeste, aussi bien que sur la tuberculose en voie de progrès rapides, quoique la mort n'arrive pas pendant la grossesse, mais seulement dans les suites de couches. »

Hecker (Klinik der Geburtskunde. Leipsick 1861, page 172) formule ainsi son opinion :

« Il est étonnant combien peu on s'est occupé jusqu'à présent de cette question, combien peu on a lieu d'être satisfait de ce qu'on trouve dans les ouvrages didactiques de pathologie et d'accouchement sur la combinaison et l'influence réciproque de la grossesse, des maladies aiguës et chroniques concomitantes. Quelques banalités sur la diminution de la réceptivité des femmes enceintes contre certaines maladies contagieuses, ce qui, en définitive, n'empêche pas qu'elles ne puissent en contracter et que ces maladies ne puissent parcourir toutes leurs périodes : une indication sommaire qu'elles peuvent interrompre la grossesse, mais que celle-ci peut aussi ne pas en être troublée. Enfin, assertion répétée à satiété, et cependant très peu certaine que la tuberculose subit un arrêt pendant la gestation. C'est d'ordinaire tout ce qu'on dit sur ce sujet. »

Et plus loin :

« J'ai déjà fait remarquer que la doctrine d'après laquelle la tuberculose pulmonaire subirait un arrêt pendant la gestation me semble très douteuse et j'ajoute qu'elle est en opposition directe avec ce que la physiologie nous enseigne sur le développement du fœtus dans l'utérus. On sait aujourd'hui que dans les cas de tuberculisat[i]on pulmonaire, ce n'est pas un traitement affaiblissant qui convient, mais plutôt un régime tonique ; quesous l'influence du premier la maladie fait de rapides progrès. Or, le développement du fruit de la conception enlève à l'organisme maternel une quantité de matériaux nutritifs, d'où il est facile de conclure *a priori* que la tuberculisat[i]on doit faire des progrès. Si néanmoins il est rare de voir une phthisique mourir pendant la grossesse, il est d'autant plus fréquent de la voir succomber rapidement après l'accouchement. »

Il me serait facile de multiplier les citations d'auteurs allemands. A part quelques rares exceptions, elles concordent toutes. J'ai entendu, pendant que je suivais à Vienne les leçons des professeurs Spæth et Carl Braun, ces savants accoucheurs exprimer la même opinion que Hecker et Spielgeberg.

En Angleterre, Playfair est du même avis :

« Contrairement à l'opinion généralement reçue il paraît certain que la grossesse n'a pas le pouvoir de retarder la marche d'une phthisie coexistante....

« Ce qui prouve au moins que la grossesse n'en arrête pas matériellement la marche. Si nous songeons à l'impôt dont la grossesse frappe naturellement les forces vitales, nous devons admettre que cette opinion est plus

physiologiquement probable que celle qui est généralement reçue et qu'on a sans doute adoptée sans aucune raison sérieuse.

Dans un long mémoire publié tout récemment dans les Annales d'obstétrique et de gynécologie italiennes par Libero Bergesio, premier assistant de la clinique d'accouchements de Turin, la même opinion est exprimée et défendue.

Quelques auteurs, tout en admettant que la grossesse aggrave la marche de la phthisie, pensent que celle-ci dans les premiers mois subit une amélioration notable. C'était déjà l'opinion de Gardien qui disait (Traité d'accouchements, t. II, p. 87 et suiv.) :

« La toux qui survient pendant la grossesse est toujours très dangereuse, quelle que soit sa nature. S'il existait déjà avant la grossesse un vice idiopathique du poumon qui se manifestait par de la toux, des douleurs à la poitrine, au dos, entre les deux épaules, les crachements de sang font encore courir plus de dangers à la femme. Cependant on a observé quelquefois que des femmes chez lesquelles il existait avant la grossesse un vice organique considérable du poumon, se portent mieux et semblent guéries pendant les trois premiers mois de la gestation, mais que vers le quatrième ou le cinquième, la toux, les douleurs, le crachement de sang et les autres symptômes de la phthisie reviennent avec plus de force. Ces femmes parviennent cependant jusqu'à la fin de la grossesse. et accouchent heureusement. »

Capuron est du même avis :

« Notre objet n'est pas de décrire les maladies organiques.
Gaulard.

niques du cœur et des poumons ; il nous suffit de faire observer qu'elles s'aggravent toujours pendant la grossesse. Cependant on a vu des femmes phthisiques se porter mieux en apparence, croire même à une guérison radicale pendant le commencement de la grossesse ; faible et courte illusion, qui s'évanouit vers le quatrième ou le cinquième mois, car alors la toux s'exaspère, la douleur s'irrite. »

Pidoux écrit dans son *Traité de la phthisie* (1874, p. 313) :

« Les avis sont très partagés à l'égard de l'influence que la grossesse exerce sur la marche de la phthisie. Il y a deux opinions. Dans chacune d'elles on suppose des faits et ces faits sont exacts, et l'influence contradictoire de la grossesse sur la phthisie dans les deux séries est également certaine. La statistique brute ne signifie donc rien, et il faut distinguer.

« La grossesse exerce-t-elle la même influence sur la phthisie à tous les instants de son cours, et à toutes les périodes de la maladie ? Cette influence est-elle la même chez toutes les femmes enceintes, ou ne varierait-elle pas selon la nature, le tempérament, les autres états morbides de la femme et selon la nature de la phthisie ? C'est ici le cas de rappeler plus que jamais la distinction entre la tuberculose et la phthisie.

« Il faut aussi diviser la grossesse en deux périodes, la première qui s'étend de la conception jusque vers le milieu de la gestation et même un peu plus tôt ; la seconde qui s'étend du quatrième mois au plus tard jusqu'à l'accouchement. J'ai un grand nombre d'observa-

tions d'où il résulte que pendant les premiers mois de la grossesse, période de concentration et de spasme, la phthisie est enrayée et muette. J'appelle cette période, la période nerveuse ou hystérico-hypochondriaque de la gestation. Elle exerce sur la phthisie une influence tout à fait analogue à celle des névroses, elle la suspend ou tout au moins elle en enchaîne les symptômes. La toux, l'expectoration, la dyspnée, les congestions pulmonaires, l'hémoptysie elle même malgré la suppression des règles la pneumonie tuberculeuse, la fièvre, les sueurs tout le cortège du tabes tuberculeux s'immobilise et se tait pendant la période névropathique de la grossesse. La femme est tuberculeuse, mais elle ne paraît pas phthisique.

« Il n'en est pas ainsi pendant la seconde période, la période expansive et vasculaire de la grossesse, caractérisée par une direction tout opposée des mouvements fluxionnaires. La concentration heureuse de la période initiale, pendant laquelle les actions nutritives et circulatoires semblaient suspendues fait place à des actions contraires. La femme devient moins hystérique et moins hypocondriaque, l'élément vasculo-sanguin reprend son empire sur l'élément nerveux, les congestions se raniment et les forces nutritives et altérantes, latentes pendant deux ou trois mois, réagissent avec plus ou moins d'énergie. C'est le moment où les productions organiques, les tubercules pulmonaires, par exemple, sortent de leur torpeur se raniment et commencent à reprendre leur évolution subinflammatoire quelque temps engourdie.

« Il n'est pas rare de voir alors les symptômes de la phthisie latente jusque là, se réveiller et retrouver une activité plus grande qu'avant la grossesse. Généralement aussi un certain temps d'arrêt ou tout au moins de rémission se remarque dans les deux dernières semaines de la grossesse. Cette rémission se maintient et s'accroît même pendant les couches, c'est-à-dire jusqu'à l'époque où l'utérus dégagé et réduit se replace dans le petit bassin et n'est plus senti au-dessus de l'arcade du pubis.

« Mais le plus souvent, lorsque le travail puerpéral est terminé et que la femme est libre, la tuberculisation pulmonaire désormais sans antagonisme et livrée à elle-même prend une marche rapide et décidément fatale, de sorte que l'arrêt d'évolution éprouvé au début pendant quelques mois est cruellement payé par l'exacerbation tuberculeuse des dernières périodes. Voilà comment l'observation éclairée par la connaissance des lois de la grossesse permet de concilier des opinions qui semblaient s'exclure, et qui loin de se contredire se confirment et s'expliquent; voilà comment les observateurs qui concluent à l'influence favorable de la grossesse sur la marche de la phthisie et ceux qui proclament l'action horriblement nuisible et précipitante de cet état sur cette maladie, ont quelquefois raison et tort alternativement, parce qu'ils n'ont pas tenu compte des moments contraires de la grossesse et des moments différents de la maladie. »

M. Peter dans sa clinique médicale exprime sur la

marche de la tuberculose pendant la grossesse une opinion analogue à celle que nous venons de rapporter.

Il pense que le plus souvent la gestation accélère la marche de la phthisie, mais « ce qu'il y a d'intéressant dit-il, c'est que cette aggravation se produit, non pas à un moment quelconque de la gestation, mais spécialement à une époque que nous avons vue être féconde en péril pour la femme atteinte de maladie du cœur, c'est-à-dire à partir du cinquième mois. Dès le début de la grossesse il y a bien augmentation de la dyspnée, mais les accidents deviennent surtout graves à dater du cinquième mois. » Et plus loin :

« C'est-à-dire qu'à l'époque où l'enfant devenu plus gros demande une plus grande masse de sang maternel, alors apparaît chez la mère une série d'accidents qui s'aggravent à mesure qu'augmentent et le volume de l'enfant et ses besoins corrélatifs. »

Cependant comme je l'ai indiqué déjà au début de ce chapitre, des auteurs non moins recommandables ne sont pas aussi exclusifs dans leur manière de voir et pensent que tantôt la grossesse suspend et semble arrêter les symptômes de la phthisie pulmonaire, tantôt au contraire accélère la marche et le progrès de la maladie.

A. Portal dans son traité d'observations sur la phthisie pulmonaire consacre un article spécial sur la phthisie à la suite des couches. Dans cet article nous lisons :

« Combien de jeunes personnes débiles et dont la poitrine n'était pas encore développée sont devenues phthisiques à leur première grossesse. C'est surtout fréquent chez celles qu'on marie trop jeunes avant leur entier

développement, et malheureusement cela n'est que trop commun. Souvent alors la phthisie se manifeste par les premiers symptômes et elle termine par être mortelle plus ou moins de temps après les couches. Rarement portent-elles leur enfant jusqu'au septième mois ; ordinairement elles accouchent au cinquième et font souvent des fausses couches. »

Mais ailleurs Portal émet une opinion toute différente :

« Combien de personnes menacées de la phthisie pulmonaire n'a-t-on pas vues se rétablir à mesure que la grossesse avançait ou après une heureuse couche. »

Montgomery s'exprime ainsi :

« Si au début d'une tuberculisation une femme devient enceinte la maladie première diminue, se calme le plus souvent pendant le temps de la gestation, mais d'un autre côté si la phthisie est à une période avancée au moment de la conception, l'issue fatale peut être dans certains cas accélérée. »

M. Paul Dubois (Dictionnaire en 30 volumes, article Grossesse) émet une opinion analogue.

Andral énonce les propositions suivantes : « On a cru que sous l'influence de la grossesse les tubercules du poumon devenaient généralement stationnaires. Ce fait que nous sommes loin de nier n'est pas d'accord avec ce que nous avons observé. »

Mais dans les éditions suivantes de la Clinique médicale, il formule une opinion différente en disant :

« Qu'il a pu se convaincre que dans la grande majorité des cas, les symptômes de la phthisie pulmonaire se suspendent ou restent au moins stationnaires pendant

le cours de la grossesse, mais à peine celle-ci est-elle terminée, l'affection reprend tout à coup une activité singulière et la malade meurt rapidement. »

Gendrin a fait sur l'influence exercée par la grossesse sur la tuberculose des leçons qui se trouvent résumées dans la thèse du Dr Caillot (1838). Il disait à propos d'une femme phthisique en état de grossesse présentant une amélioration de l'état général. « Que la grossesse avait été cause de l'arrêt de la marche de l'affection tuberculeuse en faisant monter l'activité organique de tous les tissus à un degré plus élevé, degré nécessité pour subvenir aux besoins de la conception.

« A côté de ce fait général dû à la grossesse il faut en placer un autre. Une femme tuberculeuse devient grosse et la grossesse a pour effet de manifester des affections dyspeptiques dont elle est assez fréquemment la cause, la maladie marche avec une rapidité fâcheuse. C'est là ce que le peuple rend en disant que chez les gens à mauvaise poitrine la grossesse guérit ou tue.

« Au point de vue clinique la vérité est que lorsque les fonctions se font bien, la maladie marche très lentement ou s'arrête quand la lésion pulmonaire est peu étendue au moment de la grossesse ; si au contraire cet état a dérangé les fonctions digestives, la maladie suit une marche rapide. »

Enfin je citerai encore en terminant les lignes suivantes de MM. Cornil et Herard :

« Dans la grande majorité des cas, la grossesse loin d'enrayer la phthisie pulmonaire accélère au contraire sa marche. Mais il faut reconnaître aussi que quelque-

fois la maladie n'est influencée ni en bien ni en mal, et que même dans un petit nombre de cas les symptômes paraissent manifestement arrêtés. »

EXAMEN CRITIQUE DES DIFFÉRENTES OPINIONS

ÉMISES SUR LA QUESTION.

De toutes ces opinions, quelle est la vraie? Quelle est celle du moins que l'observation physiologique et clinique tend à faire admettre?

C'est à cette question que je vais m'efforcer de répondre après avoir examiné attentivement chacune des opinions émises sur le sujet qui m'occupe.

Nous avons vu que les anciens pathologistes étaient d'accord sur deux points:

- 1° Que la grossesse enrayait la marche de la phthisie;
- 2° Que l'accouchement et l'état puerpéral l'aggravaient.

Étudions chacune de ces propositions.

Quels sont d'abord les arguments invoqués en leur faveur?

Ces arguments, nous les connaissons. En faisant dans une autre partie de cette thèse l'exposé des opinions adoptées par les principaux auteurs qui ont étudié l'influence de la grossesse sur la tuberculose, j'ai signalé, autant que possible, en même temps que les conclusions adoptées les motifs de leur adoption. Mais il me paraît

nécessaire ici de reprendre chacun des arguments proposés et d'en peser exactement la valeur.

La grossesse enraye, suspend la marche de la phthisie, pour certains auteurs, même on devrait engager les femmes prédisposées à la tuberculose à devenir enceintes.

Pourquoi ?

Parce que, disent les uns, dès que la femme est fécondée, la nature veille à la conservation, du nouvel être, et la préserve, pendant la grossesse, des accidents de la phthisie, de même que d'un grand nombre d'autres maladies.

Les autres, comme j'ai eu déjà l'occasion de le dire pensent que la grossesse amenant vers l'utérus un mouvement fluxionnaire considérable, le sang quitte les autres organes et principalement le poumon dont la circulation est en corrélation intime avec celle de la matrice.

Les femmes enceintes jouissent-elles d'une immunité pour les maladies ? Cette assertion est journellement démentie par les faits. On peut affirmer avec le plus grand nombre des médecins actuels que non seulement la gestation ne préserve pas la femme des atteintes de la maladie, mais encore qu'elle influe d'une manière plus ou moins fâcheuse sur toutes les affections aiguës et chroniques. Cette action nuisible de la grossesse a été reconnue de tout temps. Hippocrate déjà (30^e aphorisme, livre V), s'exprime ainsi :

« Mulierem utero gerentem morbo quopiam acuto corripit letale. »

Cette sentence est heureusement trop absolue.

Les maladies survenant pendant la grossesse n'en-

Gaulard.

traînent pas toujours la mort ; dans quelques cas exceptionnels elles paraissent même favorablement influencées par l'état de gestation, mais le plus souvent elles sont plus dangereuses qu'à l'état de vacuité. Une série d'affections aiguës et surtout chroniques qui auraient pu durer plus ou moins longtemps sans entraîner de conséquences fâcheuses, prennent par le fait de la grossesse et de l'accouchement une marche aiguë et amènent prématurément la mort.

Il me suffira de rappeler, à ce sujet, les observations et les statistiques bien connues de quelques auteurs.

La gravité de la pneumonie chez les femmes enceintes est connue depuis longtemps. Grisolle est le premier qui soit entré dans quelques détails sur la question. Son pronostic est fâcheux : « La pneumonie paraît une des maladies aiguës qui doivent être le plus à redouter chez la femme grosse, car elle est alors exceptionnellement plus grave. La mortalité est grande, qu'il y ait interruption de la grossesse ou non. »

A l'appui de cette proposition Grisolle donne les chiffres suivants : « Sur 48 malades, 8 sont mortes, proportion énorme si l'on songe à leur âge. »

Ces résultats ont été confirmés par les recherches de Bourgeois, de mon ami le D^r Chatelain, de Lunéville (Journal de Médecine de Bruxelles, 1870), Muller (de Wurzburg), Verrier, Gusserow, etc.

Le D^r Chenevière, dans sa thèse (1874), réunit 57 cas de pneumonies survenues pendant la gestation sur lesquels 17 se sont terminés par la mort.

Que dirai-je de la gravité exceptionnelle des fièvres

éruptives chez les femmes enceintes? Sur 23 malades atteintes de variole, et observées par M. Serres, 22 moururent après avoir avorté.

La scarlatine et la rougeole donnent des résultats qui, sans être aussi funestes, sont pourtant beaucoup moins favorables que dans les cas ordinaires.

Rappellerai-je les observations faites par Saint-Vel et Bardinet pendant les épidémies d'ictère de la Martinique et de Limoges?

Ce qui me paraît plus intéressant au point de vue de l'étude spéciale que j'ai entreprise, c'est de connaître l'influence exercée par la grossesse sur les maladies chroniques. Cependant, pour ne pas donner trop de développement à un argument qui peut paraître accessoire, mais qui à mes yeux présente une certaine importance pour les déductions que je pense tirer plus tard des faits observés et des réflexions qu'ils m'ont inspirées, je me contenterai de choisir quelques exemples.

Les maladies du cœur sont aggravées par la grossesse, tous les auteurs sont d'accord sur ce point. Le danger, dans ces cas, peut tenir à deux causes, d'après Hecker. Tantôt, dans les derniers mois de la grossesse, la cavité thoracique est tellement rétrécie que les poumons qui déjà sont gênés dans leurs fonctions par le fait même de la lésion cardiaque deviennent œdémateux et absolument incapables de respirer. Tantôt le cœur est directement atteint par les efforts de l'accouchement, et son mécanisme déjà troublé, se trouble complètement. « Sans nier, dit M. Berthiot, l'influence toute mécanique du développement de l'utérus sur la production de

la dyspnée, nous pensons avec M. Peter, qu'il faut rechercher la cause des accidents dans les conditions nouvelles où se trouve placé l'appareil circulatoire, c'est-à-dire dans l'hypertrophie du cœur et dans l'activité plus grande de ses fonctions. » (Thèse 1876).

Quelle que soit l'explication que l'on donne du fait, il existe. La grossesse, par les modifications qu'elle imprime à l'appareil circulatoire, exerce une influence funeste sur les maladies du cœur.

Le cancer est-il aggravé par la grossesse? Pour le cancer utérin le fait est certain. La grossesse l'aggrave en changeant les modifications vitales de l'organe.

M. le professeur Depaul a eu l'occasion d'observer pendant deux mois une femme enceinte atteinte de cancer et il a pu apprécier d'une façon non douteuse les progrès de la maladie pendant les derniers mois de la grossesse.

Cohnstein qui s'est occupé particulièrement de cette question, a constaté que le cancer utérin subissait une exacerbation pendant la grossesse chez beaucoup de femmes, mais particulièrement chez les multipares.

De ces faits il faut nécessairement conclure que la femme enceinte est exposée à devenir malade comme toute les autres femmes, et que chez elle beaucoup de maladies aiguës et chroniques sont plus graves qu'à l'état de vacuité.

Ne puis-je pas déjà après cela me poser cette question :

Si la grossesse accélère la marche de tant d'affections si elle agit d'une manière si fâcheuse sur un poumon atteint de pneumonie, pourquoi donc exercerait-elle une action

plus favorable sur un poumon semé de granulations grises, ou atteint de pneumonie tuberculeuse ? Pourquoi une femme bien portante et prise inopinément de pneumonie franche mourrait-elle plus facilement en état de gestation qu'une femme malingre poitrinaire ou disposée à le devenir par ses antécédents héréditaires ou hygiéniques ?

Une cancéreuse qui devient enceinte aggrave sa situation. Une tuberculeuse, au contraire, l'améliorerait. Quelle est donc cette vertu spéciale au tubercule qui lui permet de se soustraire ainsi à l'influence nuisible d'un état que depuis Hippocrate tous les médecins considèrent comme un excitant pernicieux des maladies existantes ?

Ou bien la grossesse agit-elle d'une manière particulière sur le poumon d'une femme tuberculeuse ?

Elle produit, dit-on, du côté de l'utérus, une dérivation sanguine salutaire.

Mais si cette dérivation se produit effectivement, pourquoi ne l'observe-t-on que chez les tuberculeuses, ou pourquoi réserve-t-elle pour cette catégorie de malades ses effets bienfaisants. Je comprends difficilement que les auteurs qui ont adopté l'opinion de Cullen sur l'influence exercée par la grossesse sur la tuberculose et la théorie de la dérivation utérine pour l'expliquer, n'aient pas cru aussi que la gestation diminue la gravité de la pneumonie et des maladies du cœur. Dans ces affections la congestion pulmonaire est certainement un des principaux éléments de danger. Si l'utérus gravide attire à lui la plus grande partie du sang de l'organisme, toute congestion devrait cesser dans les autres organes, et

les maladies dont elle constitue le phénomène capital devraient s'amender. Il n'en est rien cependant.

Pendant la grossesse, les vaisseaux utérins se dilatent considérablement, la matrice prend il est vrai une activité plus grande, mais cet état ne constitue pas une véritable dérivation. En effet, les autres appareils ne languissent pas comme semblent le croire les partisans des idées de Cullen; eux aussi reçoivent plus de sang, qu'à l'état normal. Pour le poumon en particulier, la congestion due à l'état de gravidité et soupçonnée déjà par les auteurs anciens, a été démontrée d'une manière péremptoire par M. Peter. Que reste-t-il des arguments invoqués pour soutenir que la grossesse exerce sur la tuberculose une influence salutaire? Nous venons de voir que la femme enceinte, loin de jouir d'une immunité pour la maladie doit au contraire à son état une aggravation presque constante des affections dont elle est atteinte. En outre, cette dérivation, cette révulsion, si je puis m'exprimer ainsi, que l'on attribuait à l'utérus gravide n'existe pas, ou du moins, si elle existe, est insuffisante pour décongestionner les organes et particulièrement le poumon, et produire l'effet salutaire dont on la jugeait capable.

M. Gubler, nous le savons, a expliqué l'influence salutaire qu'il attribue à la grossesse sur la tuberculose par l'existence d'un certain degré de rachitisme physiologique chez la femme enceinte, et l'antagonisme de cette maladie avec le tubercule: Y a-t-il réellement antagonisme entre la tuberculose et le rachitisme? Quelques auteurs le pensent. Beylard dans sa thèse intitulée: Du

rachitisme, de la fragilité des os, de l'ostéomalacie, Paris, 1852, dit :

« On ne rencontre pour ainsi dire jamais, chez les rachitiques, d'engorgement des ganglions du cou et rarement des tubercules dans les poumons. »

Trousseau, dans sa clinique, s'exprime ainsi : « Tandis que les scrofuleux présentent presque invariablement après la mort des lésions organiques tuberculeuses, tandis que s'ils ont succombé à des maladies osseuses, à des affections abdominales, à des accidents thoraciques, vous trouverez presque toujours sinon des tubercules pulmonaires, du moins des ganglions bronchiques tuberculeux qui, chez les jeunes enfants, sont la manifestation la plus fréquente de la diathèse, rarement, très rarement, je le répète, nous trouverons traces de tuberculisation chez les rachitiques, même chez ceux qui ont été emportés par des affections pulmonaires chroniques. »

M. Bouchut adopte aussi cette opinion :

« On a dit que le rachitisme ne s'observait jamais en même temps que plusieurs autres maladies ordinaires chez les enfants. Ainsi on a formulé entre le rachitisme et les tubercules pulmonaires ou mésentériques la même loi d'antagonisme que Boudin a voulu établir entre la fièvre intermittente et ces mêmes affections. Cette observation a été faite par Guersant qui l'a publiée dans son article sur le rachitisme, et son exactitude a été soutenue par Ruz qui n'a rencontré à l'hôpital qu'un très petit nombre de tubercules chez les enfants atteints de dégénérescence rachitique des os, tandis qu'au contraire l'affection tuberculeuse existe chez les $\frac{2}{3}$ des enfants qui succom-

bent à d'autres maladies. Le fait est vrai d'une manière générale, mais je dois dire qu'il souffre quelques exceptions. »

L'antagonisme entre le rachitisme et les tubercules ne me paraît rien moins que démontré. Et du reste les femmes enceintes sont-elles vraiment rachitiques ? Peut-on considérer comme un signe du rachitisme le dépôt des ostéophytes crâniens et iliaques ? Ce dépôt constitue-t-il, comme le veut Gubler, un travail de réparation analogue à celui qui se passe chez les rachitiques ? L'analogie me paraît singulièrement forcée.

J'ai cherché en vain dans les auteurs français et étrangers qui ont étudié les modifications imprimées par la grossesse au système osseux de la femme la reproduction, sinon la confirmation de l'idée de M. Gubler. Tous parlent plus ou moins longuement des ostéophytes du crâne et du bassin, aucun ne fait même allusion à ce prétendu rachitisme physiologique.

Je crois pouvoir conclure de cette étude que l'opinion de Cullen et de ses partisans n'est pas exacte, la grossesse n'exerce pas sur la tuberculose une action salutaire.

Mais, disaient Cullen, Bordeu, Baumès et autres écrivains du même avis, si la grossesse enraye les progrès de la phthisie, l'accouchement l'exaspère, et l'amélioration temporaire est suivie d'une recrudescence qui souvent emporte en peu de temps la malade.

L'influence de l'accouchement et de l'état puerpéral sur la phthisie pulmonaire est discutée depuis longtemps. Quelques rares médecins, parmi lesquels je

citerai M. Grisolle, ont pensé que l'accouchement et l'état puerpéral n'ont pas généralement sur la marche de la phthisie l'influence qu'on leur suppose. Cependant le plus grand nombre des auteurs est d'avis que l'accouchement et les suites de couches exercent une action fâcheuse sur la marche de la phthisie. MM. Herard et Cornil s'expriment ainsi, à ce sujet :

« Les observations que nous avons recueillies, au nombre de 7, établissent pour nous le fait d'une façon non-douteuse. »

Lebert (*Archiv für Gynecologie*) après avoir fait l'analyse du mémoire de Grisolle, dit : « L'influence fâcheuse de la grossesse sur la tuberculose n'est pas aussi constante que l'admet Grisolle. Et quand à ce qui concerne l'influence de la puerpéralité, son optimisme me paraît incompréhensible, car d'après mes propres observations cette influence sur la marche de la tuberculose me semble plus funeste même que celle de la grossesse. »

Il me serait facile de multiplier les citations, mais cela me paraît absolument inutile.

L'accouchement est une fonction extrêmement pénible. Il n'est pas supposable que cet acte si complexe qui entraîne à sa suite un bouleversement si profond n'agisse pas d'une manière déplorable sur une femme tuberculisante. Les phthisiques accouchent presque toutes sans éprouver beaucoup de douleurs et dans un temps assez court. Cela s'explique par le volume généralement moins considérable de l'enfant, mais plus encore peut-être par la moindre résistance que les tissus affaiblis opposent à leur distension. Cependant tout est relatif.

Gaulard.

9

Un accouchement facile pour une femme vigoureuse sera au contraire pour une femme fatiguée par la maladie une opération laborieuse et susceptible, on le comprend, d'aggraver son état. Et l'influence sera d'autant plus fâcheuse que le travail sera plus long et plus pénible. Non seulement, en effet, les contractions utérines, et les efforts de la période d'expulsion augmentent la faiblesse de la femme, mais encore elles provoquent des poussées congestives vers les poumons.

L'effort consiste essentiellement dans la contraction des muscles expirateurs et dans l'étroitesse des voies que doit parcourir l'air pour le porter au dehors. Au moment de l'effort, la circulation pulmonaire est remarquablement gênée, l'air renfermé dans les poumons étant comprimé oppose en ce moment obstacle à l'arrivée du sang dans le réseau capillaire. Le sang s'accumule dans le cœur droit, puis dans les veines, et pour peu que l'effort se prolonge, les veines de la tête, du visage, du cou, des membres supérieurs se distendent. Les respirations sont donc relativement rares pendant chaque douleur; mais la douleur une fois passée, la fréquence respiratoire augmente beaucoup par compensation. Le sang accumulé dans les veines se précipite dans le poumon, sous une plus forte pression. Le poumon devient hyperémié.

On comprend que ces poussées sanguines fortes et répétées agissent défavorablement sur une tuberculose, à quelque degré qu'elle soit parvenue. On comprend même que sous leur influence un vaisseau pulmonaire puisse se rompre pendant les efforts du travail et qu'une hémop-

tysie plus ou moins sérieuse soit la suite de cette éruption. Or une hémoptysie se produisant chez une femme tuberculeuse ou disposée à le devenir est un symptôme grave. Si la maladie est déjà avancée, si la femme est notablement anémiée par une tuberculose préexistante, une perte de sang même peu considérable augmentera sa faiblesse. Et si la tuberculose n'a pas encore fait sur l'organisme de la malade des ravages aussi grands, l'hémoptysie n'en exercera pas moins une influence fâcheuse. Je ne discuterai pas ici l'action tuberculisante directe de l'hémoptysie formulée par Hippocrate, soutenue par Morton, Hoffmann, par Andral avec certaines réserves, combattue par Laennec, Graves et beaucoup d'autres auteurs, et presque généralement rejetée aujourd'hui. Mais, comme le dit M. Charles Fernet dans l'article Hémoptysie du Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques : « En supposant que l'hémoptysie soit incapable d'engendrer le tubercule, ne peut-elle pas provoquer le développement d'une inflammation chronique du poumon, et cette inflammation devenant rapidement caséuse, ne peut-elle entraîner la fonte de l'organe et tous les phénomènes de la consommation pulmonaire ? »

Il est donc évident que le travail de l'accouchement, par la fatigue excessive qu'il impose à la femme, par les mouvements congestifs qu'il détermine du côté du poumon, et par les hémorrhagies qu'il peut produire doit exercer une influence fâcheuse sur la tuberculose.

Cette opinion est du reste confirmée par des faits nombreux où l'on voit des femmes succomber quelques

heures ou quelques jours seulement après l'accouchement. Comme je le démontrerai plus loin, la maladie, dans ces cas, s'est aggravée sous l'influence de la grossesse, mais il est impossible, je crois, de nier que la parturition ait contribué à en précipiter la terminaison fatale.

L'état puerpéral aussi aggrave la tuberculose pulmonaire.

« La cause de cette aggravation est-elle due, dit Lebert (loc. cit.), au traumatisme, à la faiblesse, à l'épuisement de la femme, aux pertes sanguines, à l'écoulement lochial qui exerce une action si fâcheuse sur un organisme fatigué? Il est impossible de faire à ces questions une réponse satisfaisante. J'ai remarqué seulement qu'on ne trouve ordinairement dans ces cas aucune affection puerpérale inflammatoire.

Il ne faut par conséquent leur attribuer aucune influence sur la marche de la tuberculose. »

Lebert pense avec raison que l'état puerpéral aggrave la tuberculose en affaiblissant la femme. Toute cause débilitante, nous le savons, est une condition favorable à la production et au développement des tubercules. Or l'écoulement sanguin qui suit immédiatement l'accouchement, l'écoulement lochial qui, chez certaines femmes, est abondant et persistant, sont au premier chef des sources d'affaiblissement. Je dois, sans y insister longuement, dire quelques mots d'un des phénomènes les plus importants de la période puerpérale, la lactation.

Un assez grand nombre d'auteurs croyaient que l'allaitement chez les femmes tuberculeuses exerçait une

action salutaire sur la maladie en produisant une dérivation sanguine vers les mamelles. C'est la répétition de la théorie de Cullen sur la dérivation utérine. Mais le raisonnement et les faits démontrent que la lactation doit avoir sur les personnes tuberculeuses ou prédisposées à le devenir l'influence la plus désastreuse. Ses malheureux effets sont faciles à comprendre, si l'on tient compte non seulement des pertes occasionnées par la sécrétion, mais encore des fatigues physiques et morales auxquelles est exposée la femme qui nourrit. Je pourrais ici rapporter les observations nombreuses qui établissent les relations de l'allaitement et de la tuberculose. Je craindrais, en le faisant, de dépasser les limites de mon sujet. Je me contenterai donc de renvoyer pour la lecture de ces observations à la thèse de Caresme, aux mémoires de Dubreuilh et de Grisolle, à la clinique de M. Peter, etc.

Un point sur lequel je ne puis être d'accord avec Lebert est cette sorte d'antagonisme qui lui semble exister entre la tuberculose et les affections puerpérales inflammatoires.

« On ne peut, dit-il, leur attribuer aucune influence fâcheuse sur la marche de la tuberculose. » Cependant les maladies de ce genre sont des causes puissantes de débilitation par la douleur qu'elles déterminent et l'obstacle qu'elles apportent à une nutrition régulière.

Caresme cite dans sa thèse une observation de péritonite puerpérale ayant entraîné à sa suite un phlegmon iliaque droit, et qui semble avoir joué un rôle impor-

tant dans le développement et l'issue fatale d'une tuberculose concomitante. Voici cette observation :

Femme de 35 ans, d'un tempérament lymphatique, soumise depuis son enfance à un travail pénible, et depuis deux ans à de violents chagrins. Personne ne tousse dans sa famille. Elle a eu la rougeole à 4 ans ; de la gourme pendant son enfance ; pas d'engorgement ganglionnaire, pas d'ophtalmie chronique. Première grossesse vers le milieu de l'année 1863. Pendant la première moitié de cette grossesse, elle a vomi et a eu des douleurs épigastriques et une perte de l'appétit ; pendant la seconde moitié, les vomissements ayant cessé, l'appétit a reparu. Accouchement à terme normal. Dès le lendemain douleurs d'abord dans la fosse iliaque gauche, puis dans la fosse iliaque droite. L'état de la malade a été très grave pendant deux mois et demi. Entrée à Cochin (22 janvier 1864) avec un plegmon du ligament large droit. Pendant tout le temps de son séjour à l'hôpital, la femme se trouvait dans un grand état de faiblesse. Son appétit cependant était assez bon. Lorsqu'elle est sortie de l'hôpital, au bout d'un an, elle avait repris un peu de force et d'embonpoint. Mais bientôt sa santé s'altéra. Elle cracha deux ou trois gorgées d'un sang mousseux, rouge noirâtre, les règles qui s'étaient toujours montrées régulièrement diminuèrent d'abondance puis cessèrent complètement. Elle avait toujours une tumeur sensible à la pression dans la fosse iliaque droite. Survint alors une pneumonie dont la résolution fut incomplète. La malade s'amaigrit, s'affaiblit et mourut dans un état de marasme absolu. A l'autopsie on trouva une vaste caverne tuberculeuse au sommet du poumon gauche et dans le reste de la hauteur de l'infiltration tuberculeuse jaune en voie de ramollissement et d'élimination avec de nombreuses cavernes de petites dimensions ; à droite des tubercules ramollis étaient parsemés dans les lobes supérieur et moyen. Il y avait une collection purulente dans le ligament large droit.

Le rôle joué par l'affection puerpérale dans le développement de cette tuberculose me paraît considérable.

Cette personne n'avait pas dans sa famille d'antécédents tuberculeux, elle n'avait pas non plus présenté de manifestation scrofuleuse accusée, pas de prédisposition aux affections thoraciques. Son régime hygiénique n'était évidemment pas des meilleurs, cependant elle travaillait beaucoup et se nourrissait assez bien. Des vomissements avaient troublé la première moitié de la grossesse ; dans la seconde partie ils avaient disparu et l'appétit était revenu. La cause qui a, chez cette femme prédisposée peut-être à la tuberculose par ses antécédents, déterminé l'apparition de la maladie en empêchant la pneumonie terminale de marcher à résolution, c'est le phlegmon du ligament large.

Je conclus de là, contre l'opinion de Lebert que les maladies puerpérales inflammatoires, de même que les phénomènes physiologiques de la puerpéralité sont des excitants nuisibles de la tuberculose à cause de leur action débilante.

Mais l'état puerpéral n'agit-il pas aussi directement sur l'appareil respiratoire ?

Les auteurs qui expliquent l'influence salutaire de la grossesse sur la tuberculose par la dérivation sanguine vers l'utérus, admettent d'autre part que la contre-fluxion utérine n'existant plus après l'accouchement, des fluxions phlegmasiques se produisent vers la poitrine et les accidents de ramollissement aigu se pressent alors avec activité. Le sang se porte-t-il réellement vers les poumons après l'accouchement ? Les opinions sur ce point sont diverses.

Spiegelberg le croit et voici comment il s'exprime :

« Avec l'expulsion de l'enfant, la pression diminue subitement dans l'aorte ; cela suffit pour élever la pression dans le système veineux. Mais elle s'élève dans ce dernier encore plus et surtout parce que les voies utérines étant devenues en partie impraticables pour le sang, la masse de ce liquide s'en trouve encore relativement augmentée.

« L'hémorrhagie qui accompagne l'accouchement ne suffit pas pour la réduire à la norme de l'état non puerpéral. Enfin, après l'accouchement, les excursions du diaphragme devenant plus étendues, le sang arrive plus abondant aux poumons. »

Schatz est d'un avis opposé. Ses arguments peuvent être résumés ainsi :

Après l'accouchement, les vaisseaux de l'abdomen n'étant plus comprimés par l'utérus gravide, la circulation s'accomplit plus librement dans les parties inférieures du corps, et la tension diminue relativement dans les parties supérieures de l'arbre aortique. Pourquoi le sang s'accumulerait-il dans les vaisseaux du poumon ? Rien ne gêne la circulation pulmonaire. Au contraire ne peut-on avec une certaine raison supposer que l'hypertrophie du ventricule gauche qui ne disparaît sans doute pas subitement, tendra à faciliter la déplétion des veines de la petite circulation.

Quant à moi, je serais assez disposé à accepter cette explication. Je comprends que pendant la grossesse, sous l'influence de la pression exercée sur les vaisseaux de l'abdomen la tension augmente dans la partie supérieure de l'arbre aortique, et qu'il en résulte des phéno-

mènes congestifs du côté de la poitrine; je comprends aussi que pendant l'accouchement, la matrice restant volumineuse, et la femme faisant des efforts considérables, la circulation pulmonaire soit gênée. Mais le travail terminé, si l'utérus n'a plus besoin de recevoir autant de sang, la circulation des extrémités inférieures qui pendant la gestation était entravée au point de se laisser produire des varices volumineuses, cette circulation, dis-je, devient plus active. Il en est ainsi évidemment de la circulation des organes abdominaux que l'utérus a cessé de comprimer, et en admettant même, comme je l'ai fait, malgré les expériences de Küchenmeister et de Dohrn, le rétrécissement de la cavité thoracique pendant la grossesse et son ampliation après le travail, je suis disposé à croire avec Schatz, que la tendance à la congestion pulmonaire résultant de cette ampliation sera compensée par l'énergie fonctionnelle plus grande du cœur, et l'appel sanguin qui se fera du côté de l'abdomen et des membres inférieurs.

Je conclus de cette discussion un peu longue de l'action de la puerpéralité que cette action sur la tuberculose est fâcheuse, mais moins sans doute à cause de la fluxion sanguine qui se ferait vers le poumon après le travail de l'accouchement, qu'à cause de la débilitation de la femme déjà anémiée, par l'écoulement sanguin, l'écoulement lochial, etc.

En résumé, comme Cullen et les médecins qui ont accepté son opinion, je crois que l'accouchement et l'état puerpéral sont capables d'accélérer la marche de la tuberculose. Mais la grossesse exerce-t-elle sur cette ma-

Gaulard.

10

ladie une action directement opposée ? Je suis intimement convaincu que non seulement la gestation n'a pas sur la tuberculose une influence salubre, mais encore qu'elle l'aggrave.

Les observations qui démontrent ce fait sont nombreuses.

Tantôt la tuberculose existait déjà au moment de la conception, et a été aggravée par la grossesse, tantôt, au contraire, elle se développe pendant la gestation et sous son influence. Les cas de tuberculose préexistante à la grossesse sont relativement peu nombreux. Si l'affection à son début, alors que les symptômes généraux et locaux sont encore peu accusés, ne s'oppose pas à la conception, il n'en est plus de même de la maladie confirmée et arrivée à un degré plus avancé. Et cela se comprend très bien, si l'on réfléchit à l'influence profonde que les tubercules exercent sur la constitution, ainsi qu'aux désordres utérins qui surviennent généralement à une période aussi avancée de la maladie.

Du reste, presque tous les auteurs sont d'accord pour admettre que la conception, sans être impossible comme le pensent à tort quelques médecins mal renseignés, est beaucoup plus rare chez les femmes phthisiques.

Les médecins se sont peu occupés jusqu'aujourd'hui de l'influence exercée par la grossesse sur la tuberculose. Dans ces dernières années on a publié sur cette question un assez grand nombre d'observations. Mais elle ne me paraissent pas avoir été relatées toujours avec la rigueur scientifique que l'on est en droit d'exiger de pareils documents, lorsqu'on veut tirer de leur examen des con-

clusions pratiques. Cependant j'ai pu réunir un certain nombre de cas de tuberculose existant chez des femmes au moment de la fécondation, et de l'étude impartiale de ces faits je crois pouvoir conclure que la maladie est souvent aggravée par la gestation.

Andral parle dans sa clinique de neuf observations de tuberculisation pulmonaire, chez des femmes enceintes. Je n'ai trouvé nulle part le détail de ces observations, mais il dit que dans quatre cas, la phthisie qui n'était encore que très peu avancée au moment où se manifestèrent les premiers signes de grossesse, arriva à son dernier terme pendant la durée de celle-ci.

Deux femmes succombèrent avant d'être accouchées, et les deux autres quelque temps après.

Je crois devoir ajouter à ces neuf cas l'observation suivante rapportée par le même auteur.

Une femme née d'un père mort phthisique était restée simplement délicate et sujette à s'enrhumer jusqu'à l'âge de 23 ans, époque à laquelle elle devint enceinte. Parvenue sans accident jusqu'au quatrième mois de sa grossesse elle fut prise alors d'une abondante hémoptysie qui se renouvela plusieurs fois jusqu'au moment de l'accouchement. A peine celui-ci fut-il terminé qu'un nouveau crachement de sang survint, une fièvre ardente s'alluma, tous les signes de la phthisie pulmonaire la plus aiguë se développèrent et dix-huit jours après son accouchement, la malade avait cessé d'exister.

Grisolle, dans son mémoire de 1849, cite 27 cas de tuberculose gravidique, dont 17 ont été observés par lui.

Dans trois de ces cas les signes rationnels de la présence de tubercules existaient au moment de la con-

ception. Dans aucun cas l'affection pulmonaire ne fut enrayée, loin de là, elle ne cessa de faire des progrès rapides.

Dans le travail de M. Dubreuilh, de Bordeaux, se trouvent plusieurs observations du même genre. En voici le résumé :

1° Jeune femme de 17 ans d'une constitution délicate, d'un tempérament lymphatique. Toux ancienne assez intense considérée comme symptomatique d'une simple irritation. Après le mariage cette toux devint plus sérieuse et s'aggrava surtout pendant une grossesse qui survint peu de temps après. Fausse couche. Les accidents thoraciques font alors des progrès rapides, et la malade meurt dans le marasme quelques mois après l'avortement.

2° Femme de 24 ans d'un tempérament lymphatique porté au dernier degré. Première grossesse à la suite de laquelle se déclare une petite toux accompagnée de douleurs entre les deux épaules. Cette toux augmente considérablement pendant une seconde grossesse. Signes certains de tuberculisation pulmonaire. Fausse couche au 5^e mois. Dès lors la voix devient enrouée, les crachats plus abondants et les symptômes de la phthisie s'aggravent progressivement. Mort neuf mois après l'avortement.

3° Le D^r Dubreuilh père est appelé auprès d'une femme qui venait de succomber aux progrès rapides de la phthisie pulmonaire à sept mois de la première grossesse et pratique l'opération césarienne. Il apprend bientôt du médecin ordinaire de cette malade qu'elle était d'une constitution frêle et toussait assez souvent; depuis le commencement de la gestation les accidents s'étaient aggravés.

4° Femme de constitution frêle, de tempérament nerveux. Quatre grossesses très rapprochées. Après la dernière, apparition d'une toux légère, mais continue. A ce moment aussi pneumonie traitée par plusieurs saignées et applications de sangsues. Cinquième grossesse. Une douleur aiguë se fait alors sentir entre les deux épaules; d'autres plus vagues dans les deux poumons, mais

vives sur les côtés; la toux augmente, surviennent enfin des vomissements de sang. Phthisie confirmée. Etat très grave. Accouchement normal. Contre toute attente la malade a vécu encore plusieurs années.

5° Mme A... avait toujours eu une santé délicate; grande, pâle, maigre, elle se plaignait souvent de douleurs vers la poitrine et crachait quelquefois du sang. Devenue enceinte, la toux prit un caractère plus continu, la fièvre s'établit et les symptômes de la phthisie pulmonaire se prononcèrent chaque jour, en suivant dans leurs progrès le développement de la gestation. Vers le terme de sa grossesse, la malade était réduite à un état d'émaciation très avancée, les accidents étaient arrivés à tel point que l'on crut maintes fois qu'elle succomberait avant son accouchement. Celui-ci se fit naturellement. Mort de la femme trois jours après sa délivrance.

6° Mme F..., de constitution très forte et née de parents très robustes. Première grossesse fatigante à la suite de laquelle une toux se déclare. Deuxième grossesse. Amaigrissement suivi d'un accroissement de la toux. La malade, malgré les conseils qu'on lui donne, nourrit son enfant. Au bout de quatre mois la phthisie est arrivée à un degré extrême et amène la mort peu de temps après.

7° Femme de 33 ans qui a toujours eu de la disposition à s'enrhumer avec la plus grande facilité. Avant son mariage, elle n'avait fait cependant aucune maladie grave. Première grossesse qui augmente la toux sans qu'il se produise d'hémoptysie; allaitement qui dure deux mois. Deuxième grossesse plus douloureuse encore que la première; l'expectoration fut alors sanglante. Phthisie confirmée qui marche rapidement et entraîne la mort trois mois après l'accouchement.

L'observation suivante recueillie à Strasbourg dans le service de M. le professeur Hirtz démontre aussi l'influence fâcheuse exercée par la grossesse sur une tuberculose préexistante.

E. Sch... âgée de 36 ans, constitution délicate, tempérament lymphatique, nerveux. Antécédents hygiéniques mauvais.

Quatre grossesses dont la troisième a été gémellaire; allaite tous ses enfants, pour le moins pendant huit mois.

La malade assure n'avoir commencé à tousser qu'à la suite de ses couches de jumeaux, ce qui ne l'a pas empêchée d'allaiter son quatrième enfant pendant huit mois.

Le début de la cinquième grossesse a été troublé par des vomissements abondants qui ont duré quatre mois. La toux a augmenté rapidement, les crachats étaient quelquefois teints de sang. A sept mois l'état de la femme était le suivant :

Maigreur extrême, toux incessante, crachats nummulaires, sueurs nocturnes, exacerbations fébriles tous les soirs.

Accouchement normal et spontané. Mort de la malade trois semaines après la délivrance.

Le Dr Caresme, dans son intéressante thèse (1863), relate trois cas de phthisie pulmonaire existant avant la gestation et aggravés par cet état.

1^{re} Célestine M..., d'un tempérament lymphatique, d'une constitution faible, d'une santé chétive, née d'un père maladif, mais ne toussant pas et d'une mère forte et robuste. Elle a une sœur de 36 ans qui tousse depuis quatre ans et a eu, étant enfant, de la gourme et de l'engorgement ganglionnaire. Conditions hygiéniques assez mauvaises surtout depuis quelques années. Elle a eu de la gourme jusqu'à l'âge de 10 ou 12 ans, une ophthalmie chronique de six mois à l'âge de 8 ans et une de deux mois à 24 ans; de l'engorgement ganglionnaire sous-maxillaire et des abcès glandulaires de 12 à 20 ans; de fréquentes céphalalgies avec envies de vomir pendant son enfance; une rougeole à 10 ans, une autre à 12 ans; une fièvre scarlatine à 12 ans. En un mot état maladif presque constant. Cependant cette femme n'a jamais été sujette à tousser.

Il y a deux ans, à la fin de l'automne elle a été prise à la suite d'un refroidissement d'une forte toux avec point dans le côté

gauche. Ces symptômes furent intenses pendant une quinzaine de jours, puis ils diminuèrent, mais la toux continua.

La malade toussait depuis trois mois lorsqu'elle devint enceinte, elle accoucha de deux enfants qui ont vécu cinq heures. Suites de couches normales. La toux augmenta dès le commencement de la gestation, pendant toute la durée et jusqu'au retour de couches à partir duquel elle a été moins forte pendant six mois. Malgré cette amélioration de la toux, l'amaigrissement devient de plus en plus grand, et six mois après les symptômes s'aggravent pendant une année. La phthisie existe, mais la marche est peu active.

2^e Marie C..., âgée de 40 ans, journalière.

D'un tempérament lymphatique, d'une constitution résistante, cette femme qui ne peut donner sur ses antécédents héréditaires aucun renseignement a toujours été d'une bonne santé. Dans les dernières années conditions hygiéniques assez mauvaises. Première grossesse à 28 ans et une autre à 34. La première se passa sans accident et se termina par un accouchement normal et à terme. Dans le courant de la seconde, elle eut une fluxion de poitrine dont elle se remit parfaitement et sa santé ne parut point avoir souffert de ces deux gestations. Deux ans environ après sa seconde couche, elle contracta une toux intermittente, mais revenant fréquemment et qui bientôt devint continue. C'est quelques mois plus tard qu'elle commença une troisième grossesse. Aucun accident digestif ne compliqua cette nouvelle gestation arrivée aujourd'hui à sept mois et demi environ. Ni vomissements ni pyalisme, appétit conservé. Toutefois, il y eut de l'oppression dès le début. Pendant la première partie, la toux resta à peu près ce qu'elle était; il y a environ trois mois et demi elle fut beaucoup plus violente, l'oppression s'accrut, l'appétit diminua; pas de vomissements, pas de diarrhée; parfois de la fièvre, sueurs la nuit, affaiblissement et amaigrissement.

A l'auscultation, on trouve tous les signes d'une phthisie confirmée.

Les renseignements sur cette malade s'arrêtent là.

3^e Victoire D..., brocheuse, entre le 13 février 1865 à l'hôpital de la Charité, service de M. Beau.

D'un tempérament lymphatique, cette femme dont la mère est

morte phthisique et le père cancéreux a eu à subir de nombreuses privations, des excès de travail et de veilles surtout depuis deux ans; elle a été mal et insuffisamment nourrie. Réglée à 17 ans, elle l'a toujours été régulièrement. Elle a eu à 5 ans une affection fébrile mal déterminée; à la suite une éruption impétigineuse de la face, puis une ophthalmie chronique; à 8 ans une attaque de rhumatisme articulaire aigu qui a duré deux mois; à 12 ans une fièvre typhoïde suivie de fluxion de poitrine; à partir de 13 ans, des attaques d'hystérie fréquentes. De tout temps elle a été sujette à tousser et à 17 ans elle a commencé de cracher du sang. Ces hémoptysies revenaient fréquemment, elles étaient abondantes et s'accompagnaient en général d'attaques d'hystérie. La malade continuait toujours à tousser plus ou moins, presque sans interruption.

A 20 ans, elle devient enceinte, les quatre premiers mois de la grossesse se passent sans complications; mais à partir du cinquième, la toux augmente notablement il survient plusieurs hémoptysies. L'accouchement eut lieu à la fin d'août 1864; à la suite il se déclara une péritonite qui dura vingt-trois jours. Après cette péritonite la toux change de caractère, elle devient beaucoup plus fréquente, nauséuse; elle s'accompagne d'une oppression considérable pendant deux mois surtout, d'une expectoration purulente abondante, d'une douleur dans le côté de la poitrine, avec perte de l'appétit, battements de cœur, frissons et fièvre tous les soirs vers quatre heures, sueurs la nuit, affaiblissement et amaigrissement très prononcés. Cet état persiste à peu près le même jusqu'à l'entrée à l'hôpital, et alors on constate outre les symptômes précédents, de la matité sous la clavicule gauche et au même niveau une respiration très faible, avec de gros craquements humides mêlés de souffle par la toux; dans les fosses sus et sous-épineuses gauche des râles humides et du souffle augmentant par la toux; retentissement de la voix; rien à droite; souffle à la base du cœur au premier temps.

Lebert (Archiv für Gynæcologie, t. IV) s'exprime ainsi au sujet de l'influence exercée par la grossesse sur une tuberculose préexistante : « Avant tout, il m'a

paru important de vérifier l'influence exercée par la grossesse et la puerpéralité sur des femmes que j'avais connues tuberculeuses avant leur mariage. Dans mes treizes années de pratique à Breslau, j'ai vu une série de jeunes filles qui, après la puberté, étaient prises de fréquentes hémoptysies et présentaient des signes évidents de tuberculose pulmonaire. Chez les unes la maladie a traversé successivement toutes ses périodes et abouti en un an ou au moins en peu d'années à une issue fatale; chez les autres, mais plus rarement, la maladie s'est amendée, et les jeunes filles sont redevenues en apparence fortes et bien portantes. Toujours, dans ces circonstances, j'ai fait remarquer aussi bien aux parents qu'aux malades que le mariage pourrait produire chez elles une rechute dont les conséquences seraient incalculables. Après avoir suivi mes conseils pendant plusieurs années ces jeunes filles ont fini cependant par se marier.

Très souvent, au moment du mariage, on venait me demander s'il existait encore des traces de tubercules pulmonaires. Un examen attentif me permettait de répondre négativement, mais ordinairement j'ajoutais que par suite du mariage une rechute était non seulement possible, mais probable. Dans le petit nombre de cas où je n'ai pas procédé ainsi, j'ai eu plus tard à le regretter amèrement.

De toutes celles qui se sont mariées, j'en connais une chez qui la guérison se maintint, et qui mena deux grossesses à terme sans qu'il en résultât pour elle le moindre dommage. Les enfants aussi naquirent et s'élevèrent dans de bonnes conditions.

Dans deux autres cas, la guérison fut aussi définitive et les grossesses et les suites de couches furent normales; malgré leur répétition fréquente, la tuberculose pulmonaire ne récidiva pas, mais les enfants restèrent très faibles; dans un des cas sept sur neuf, et dans l'autre quatre sur six moururent de méningite tuberculeuse.

Généralement la tuberculose qui existait avant le mariage et paraissait guérie ne se réveilla que dans la deuxième ou troisième grossesse; une, deux et même plusieurs grossesses pouvaient se passer heureusement sans que l'épée de Damoclès suspendue sur la tête de ces malheureuses cessât de les menacer.

D'autres fois, au contraire, la maladie se réveilla déjà à la première grossesse, et les malades ne survécurent que quelques semaines ou quelques mois à la première couche. »

Lebert ajoute à ces réflexions l'observation suivante :
« Récemment j'ai montré à la polyclinique deux malades, la mère et la fille, qui toutes deux étaient tuberculeuses. La maladie de la mère remontait à 15 ans. La fille avait été bien portante jusqu'à son mariage. Elle accoucha il y a un an, l'enfant mourut à l'âge de trois mois. Trois semaines après l'accouchement la femme fut prise d'une métrorrhagie qui ne put être arrêtée qu'au bout de huit jours. Un peu plus tard survint une hémoptysie considérable suivie d'une seconde quelques semaines après. La malade, dès lors, baissa notablement. Elle toussait constamment, crachait beaucoup, était tourmentée de sueurs nocturnes et de diarrhée. Cependant elle redevint enceinte, et avorta. Le fœtus était

âgé d'environ deux semaines. Depuis lors, le marasme ne fait qu'augmenter et la malade marche rapidement à sa fin. »

En 1876, M. le Dr Ortega a publié dans une thèse remarquable un certain nombre d'observations de grossesse survenue chez des femmes tuberculeuses ou prédisposées à le devenir. En voici le résumé succinct :

1° Une jeune femme présentant depuis plusieurs années des signes rationnels de phthisie pulmonaire devient enceinte; la maladie se dessine davantage, les symptômes augmentent pendant tout le cours de la grossesse; ils s'aggravent aux derniers jours, et alors on constate des signes d'induration limitée aux sommets; le travail arrive à terme, l'accouchement se fait bien, en peu de temps, l'enfant est vivant et bien portant, sa mère l'allait; elle éprouve un certain soulagement, mais les symptômes réapparaissent, la lésion pulmonaire marche, et cinq semaines après l'accouchement on constate déjà deux cavernes pulmonaires.

Cette femme n'avait jamais éprouvée de privations, mais elle appartient à une famille de phthisiques. Elle commença à s'enrhumer les hivers à l'époque de sa première menstruation qui ne fut régulière que pendant les trois premières années, elle présentait depuis longtemps des signes d'une phthisie lente, et il fallut une grossesse pour donner un coup de fouet à sa diathèse;

2° Une femme appartenant à une famille de phthisiques n'avait pas eu de maladies sérieuses, mais elle s'enrhumait les hivers et toussait toujours un peu, elle devient enceinte; dans les six premiers mois, la diathèse ne paraît pas influencée, mais au bout de ce temps, la toux augmente et la malade commence à cracher; aux derniers temps, la toux était plus fréquente; l'accouchement se fait à terme et facilement, les couches et leurs suites sont heureuses. Pendant la première quinzaine qui suivit l'accouchement la toux resta stationnaire; après ce temps, amendement pendant deux mois, puis nouvelle aggravation, et six mois après l'accouchement on constatait des signes de tuberculose pulmonaire au deuxième degré.

3° Une jeune fille appartenant à une famille de phthisiques rachitiques, présentant les signes rationnels de la phthisie, devient enceinte ; tous les symptômes diminuent d'intensité, il y a une grande amélioration ; à huit mois et demi, on constate des signes de caverne pulmonaire, l'accouchement se fait à terme, l'enfant est vivant et bien portant ; pendant dix jours l'amendement observé durant la grossesse continue ; mais au bout de ce temps le tableau symptomatique reparaît, et elle quitte l'hôpital vingt-cinq jours après l'accouchement sans que les symptômes aient l'air de vouloir s'amender.

4° Une femme présentant des antécédents héréditaires tuberculeux, ayant été réglée tard, s'enrhumant souvent, et toussant toujours un peu, devient enceinte à l'âge de 28 ans, bonne gestation ; la toux diminue pendant la grossesse, l'accouchement est normal, les suites bonnes ; elle allaite son enfant pendant quinze jours ; quelques jours après l'accouchement, elle est prise de toux, et d'une pleurésie probablement tuberculeuse, et cinq semaines après l'accouchement, cette femme est cachectique, et l'on constate des signes de caverne pulmonaire au sommet droit.

5° Une femme appartenant à une famille de phthisiques ayant toujours toussé et craché du sang, et chez qui la menstruation s'est établie avec difficulté, devient enceinte ; tout de suite après, il y a une aggravation dans les symptômes ; signes rationnels de phthisie. Cet état se maintient pendant six mois, puis il survient un amendement ; l'amélioration se dessine de plus en plus, enfin la femme tousse peu pendant le dernier mois, l'accouchement se fait facilement ; pendant les dix premiers jours, elle tousse aussi peu que pendant le neuvième mois, douze jours après l'accouchement, un engorgement du sein se déclare, elle recommence à tousser et elle présente alors des signes d'induration limitée aux sommets des poumons.

6° Une femme dont le frère est probablement phthisique s'enrhume tous les hivers et tousse souvent ; il y a un an elle a eu une bronchite qui dura plus d'un mois, et dont elle se rétablit. Elle devient enceinte, la grossesse est normale, elle ne se met à tousser que vers le dernier mois, mais aux derniers jours la toux était très forte. Accouchement normal. Dix jours après l'accouchement la toux n'avait pas encore diminué, et elle présentait des signes

rationnels et physiques de tuberculose pulmonaire au premier degré.

7° Une jeune femme avec des antécédents héréditaires tuberculeux, ayant toujours toussé un peu, devient enceinte; tout de suite après, aggravation, signes rationnels et physiques de tuberculose pulmonaire; un mois après elle va mieux, au quatrième mois de la gestation, elle disait ne s'être jamais mieux trouvée, mais la lésion pulmonaire persistait quoique silencieuse;

8° Femme sans antécédents héréditaires tuberculeux, avec une certaine prédisposition pour les affections thoraciques. Elle s'enrhumait souvent. Trois grossesses, et chaque fois, du troisième au huitième mois, elle éprouvait une aggravation; légère amélioration pendant le neuvième mois et les premiers jours de l'accouchement, mais peu après la toux devenait plus fréquente pendant deux mois, puis tout se calmait, cependant à la troisième couche cette amélioration n'a pas eu lieu. Quatre mois après l'accouchement on constatait des signes rationnels et physiques de tuberculose pulmonaire.

9° Femme sans hérédité tuberculeuse, a toujours toussé dès sa plus tendre enfance; à 17 ans deux hémoptysies; de 20 à 38 ans huit grossesses qui sont à terme, sept allaitements prolongés; pendant la gestation la toux augmentait beaucoup, après l'accouchement elle diminuait; mais après le dernier accouchement elle augmenta et s'accompagna des signes rationnels de tuberculose pulmonaire.

Un an après le dernier accouchement, elle était cachectique.

10° Jeune fille sans antécédents héréditaires, toussait d'ordinaire un peu; pendant le siège de Paris, fièvre typhoïde. Trois ans après, grossesse. La toux disparaît à peu près complètement, mais recommence dix jours après l'accouchement. Onze mois plus tard, caverne au sommet du poumon gauche.

11° Femme dont les antécédents héréditaires sont inconnus et qui s'enrhumait tous les hivers. Survient une grossesse. La toux continue et devient très fréquente, vers le septième mois. Deux grossesses ultérieures, la toux s'aggrave chaque fois; neuf mois après le dernier accouchement, signes rationnels de phthisie et une caverne au sommet du poumon gauche.

Voici enfin une observation très intéressante recueillie tout récemment au service de M. le professeur Depaul par mon ami le Dr Budin chef de clinique.

Le 7 avril 1880 entre à l'hôpital des Cliniques, la nommée D..., âgée de 18 ans, journalière. Cette femme de bonne constitution a été réglée pour la première fois à 12 ans 1/2, et depuis très régulièrement tous les mois pendant quatre jours. Il y a un an, elle est accouchée à terme à l'hôpital des Cliniques d'où elle sortit bien portante. Son enfant fut nourri au biberon et mourut au bout de quelque temps. Pendant l'hiver de 1879-1880, elle toussa beaucoup et eut à plusieurs reprises des hémoptysies. Sur ces entrefaites elle devint enceinte. A son entrée à l'hôpital elle a des douleurs et avorte le même soir. La grossesse remontait environ à cinq mois. Deux jours après elle fut prise d'une douleur très violente dans le côté gauche et se mit à tousser. La fièvre était vive, la peau chaude. 9 avril matin, pouls 124 puls., tempér. 40°. 9 avril soir, P. 120, T. 40°,6.

A l'examen de la poitrine le premier jour on ne constate rien d'anormal, cependant la percussion indique à droite un peu moins de sonorité qu'à gauche. Le lendemain matin, on trouve une submatité plus marquée, et à l'auscultation on finit par entendre quelques râles crépitants fins. Les crachats sont visqueux, mais non colorés. Le soir, état général grave, affaissement, matité plus marquée à droite, en bas et en dehors, râles crépitants fins, bronchophonie, crachats légèrement jaunâtres. Cet état semblait s'améliorer peu à peu lorsque, tout à coup, pendant la nuit, deux ou trois jours après le début de la fièvre, la malade est prise d'un accès convulsif avec écume à la bouche et contractures des mâchoires. A huit heures du matin, au moment de la visite, elle n'exécute aucun mouvement. Les yeux sont fixes, les bras soulevés conservent pendant un temps assez long (3, 4, 5 minutes), la position qu'on leur donne absolument comme dans la catalepsie; en même temps il y a anesthésie complète, on pique les mains, les bras et les jambes, sans déterminer aucune douleur apparente. Le soir, même état : anesthésie complète, mêmes phénomènes de catalepsie.

De même pour toute la journée du lendemain 14 avril.

15 avril matin. La malade a été très agitée et délira toute la nuit, on a dû lui mettre la camisole de force. Mouvements continus des bras et des jambes, les talons frottent le lit et deviennent très rouges. Incontinence des matières fécales.

Soir. La malade a été plus calme pendant la journée, et la fièvre paraît moins vive. L'auscultation pratiquée pendant ce moment de repos, ne donne rien, parce que la femme ne respire presque pas.

16 avril matin. La nuit a de nouveau été très mauvaise, très agitée. Ce matin, la malade paraît plus calme. En lui parlant très fort M. Depaul obtient des réponses par monosyllabes qui paraissent sensées, puis le délire reparaît.

Soir. Même état.

17 avril matin. Agitation, cris, pendant la moitié de la nuit. Ce matin, elle s'agite encore, et parle avec une incohérence absolue. On peut piquer les membres supérieurs et inférieurs sans déterminer de mouvements réflexes.

Soir. Dépression profonde, agonie. Mort à 1 heure du matin.

Autopsie faite le 19 avril.

Cavité thoracique. — L'ouverture de la plèvre au niveau du bord antérieur des poumons, permet de constater : à droite, des adhérences anciennes au sommet du poumon, dans l'étendue de 4 à 5 centimètres. Au niveau de la face latérale, on distingue en écartant l'organe des parois costales, quelques adhérences récentes et peu résistantes.

A gauche, les adhérences du sommet sont beaucoup plus étendues, en outre il y a sur toute la face latérale et au niveau du bord postérieur des fausses membranes jaunes verdâtres recouvrant la presque totalité du poumon. Sauf en avant et en bas, dans la portion qui recouvre le cœur, la base est fixée au diaphragme par des adhérences anciennes. Pas de liquide dans les plèvres.

Poumon droit. — A la coupe, on découvre au sommet de nombreux noyaux tuberculeux, et au centre une caverne de la grosseur d'une aveline entourée de petits foyers remplis d'une matière blanchâtre caséuse. Tout autour des points de congestion intense.

A la base, emphysème très net.

Poumon gauche. — Les lésions sont encore beaucoup plus accusées. On tombe au sommet sur une caverne d'un volume égal à celui d'une petite noix. Le tissu pulmonaire est criblé de granulations caséiformes et de points de péripneumonie. A la coupe, il crie sous le scalpel et présente une assez grande résistance.

Ganglions bronchiques nombreux ayant subi la transformation crétacée.

Cœur. — Le péricarde contient une ou deux petites cuillerées d'un liquide séreux jaunâtre. La surface extérieure du cœur est remarquable par sa surcharge graisseuse, les sillons interventriculaires et auriculo-ventriculaires sont comblés par du tissu adipeux.

Le volume de l'organe est normal, mais les parois des ventricules sont modifiées dans leur consistance et leur épaisseur.

Ventricule droit. — La fibre musculaire est très pâle et présente par places une couleur feuille morte; les parois sont peu épaisses, molles et en certains points transparentes.

Ventricule gauche. — Ici, au contraire, la fibre musculaire est rouge, les parois sont hypertrophiées et résistantes.

Cavité abdominale. — *Foie.* — La face convexe du lobe droit est très adhérente au diaphragme dont on ne peut la séparer sans déchirer le tissu propre de l'organe. A la coupe, rien de particulier. Aspect normal.

Rate. — Volume ordinaire, tissu ferme.

Reins. — Légèrement congestionnés.

Intestins. — Rien à signaler.

Péritoine. — Présente çà et là quelques traces de péritonite ancienne. Adhérences entre les anses intestinales. Au niveau du cul-de-sac recto-utérin on aperçoit deux ou trois taches rouges, dues à une extravasation de sang récente et de la grandeur d'une pièce de vingt centimes. Les vaisseaux qui les entourent et particulièrement les veines sont turgides.

Organes génitaux. — Vulve et vagin normaux.

Utérus peu revenu sur lui-même. La section permet de constater sur la face postérieure l'insertion du placenta. Des coupes pratiquées dans plusieurs sens à ce niveau ne font découvrir aucune trace de pus.

Mais l'organe le plus intéressant est le cerveau.

La calotte du crâne enlevée, on l'a examinée pour voir s'il n'existait pas d'ostéophytes ou de points osseux comprimant l'encéphale. Cet examen n'ayant rien fait trouver, on a pratiqué une première incision de chaque côté de la faux du cerveau, puis du centre de cette ligne deux incisions latérales dirigées jusqu'à la tente du cervelet. A gauche rien d'anormal. La pie-mère et l'arachnoïde ne présentent pas la moindre trace d'œdème, ni d'inflammation, la couleur du lobe gauche est absolument normale. A droite, au contraire, en rabattant, les lambeaux latéraux on tombe sur un foyer d'encéphalite. La face interne de la dure-mère est recouverte d'un enduit purulent, séro-sanguinolent, couleur de chocolat. Le simple passage de la pulpe du doigt suffit pour enlever ce dépôt. La surface extérieure du cerveau ne présente rien de particulier.

Examen de la base. — A gauche, léger ramollissement de l'extrémité antérieure de la première et de la deuxième temporale dans une étendue de 2 centimètres, empiétant surtout sur la surface externe de ces deux circonvolutions. Le ramollissement a cela de remarquable que seules les couches superficielles de la substance grise sont intéressées. Sur plusieurs coupes on constate que la substance blanche est saine. On a disséqué attentivement le tronc de l'artère sylvienne et toutes ses ramifications, de même que la cérébrale postérieure et les vaisseaux superficiels de la pie-mère, sans trouver aucun caillot, ni aucune trace de dégénérescence granulo-graisseuse. La pie-mère et l'arachnoïde ne sont pas épaissies.

A droite l'examen minutieux de chacun des vaisseaux qui irriguent l'hémisphère droit et les méninges n'a permis de constater quoi que ce soit de pathologique, mais de ce côté il existe un ramollissement beaucoup plus étendu. Celui-ci occupe la surface de la première, deuxième et troisième temporale, le pied de la pariétale ascendante, part d'une ligne verticale passant à 2 centimètres environ de l'extrémité antérieure du lobe temporal et s'étend en arrière sur le lobe occipital jusqu'à 1 centimètre environ en avant de son extrémité postérieure. Sur toute cette étendue on distinguait un état grenu de la substance grise ulcérée.

Des coupes verticales et distantes de 1 centimètre les unes des autres montrent dans le reste de la substance cérébrale un cer-

tain degré de congestion. Il existait un petit piqueté rouge formé par les capillaires distendus. Les pédoncules, la protubérance, le cervelet et le bulbe sont sains.

Nous venons de relever 32 observations de tuberculose existant au moment où la grossesse se produit. Sur 7 de ces observations, nous manquons de détails circonstanciés. Quant aux autres, afin de permettre de se rendre compte plus facilement de l'influence exercée par la grossesse sur la maladie, nous en consignons les faits dans le tableau synoptique ci contre:

On pourrait trouver certainement d'autres observations de tuberculose étudiée au point de vue spécial qui nous occupe, c'est à dire de l'influence exercée sur la maladie par une grossesse consécutive. Par exemple, dans les Annales d'obstétrique et de gynécologie de Milan (1879), Bergesio Libero, assistant de la clinique d'accouchements de Turin, a publié sur l'action réciproque de la grossesse et de la tuberculisation un mémoire assez long dans lequel il indique sans détails qu'une tuberculose préexistante a été influencée d'une manière funeste par la gestation.

Mais je crois que les cas relativement nombreux rapportés plus haut, ajoutés à ceux que je me propose de relater ou résumer encore, paraîtront suffisants pour justifier les conclusions que je pense tirer bientôt de leur examen.

Les cas de tuberculose développée et aggravée pendant le cours de la grossesse sont beaucoup plus nombreux que les précédents. Il me serait impossible de les

Constitution et tempérament :		Conditions hygiéniques.		Antécédents héréditaires.			Nombre de grossesses Nature.	Etat de la malade avant la grossesse et au moment où elle devient enceinte.	Etat de la malade au terme ou après l'accouchement.	Influence exercée par la gestation.	Etat de la malade au terme où se produit la grossesse.	Etat de la malade à terme ou après l'accouchement.	Influence exercée par la gestation.
bonne.	mauvaise.	bonnes.	mauvaises.	certaines.	incertaines.	pu							
La constitution est signalée comme bonne dans 4 ou 5 cas au maximum.	Dans le reste des observations les femmes sont de constitution faible, délicate, de tempérament lymphatique.	Pour le plus grand nombre des cas, les conditions hygiéniques antérieures nous sont inconnues. Dans les observations où elles sont indiquées, elles étaient toujours mauvaises.		9 ou 10 cas.	Pour le reste des observations, les antécédents héréditaires ne sont pas indiqués ou notés comme incertains.	3 ou 4	Deux. 4 cas. Trois. 2 cas. Cinq. 2 cas. Huit. 1 cas.	Toux assez intense, sans phthisie confirmée.	Marasme et mort quelques mois après l'avortement.	Aggravation pendant la grossesse.	Signes rationnels de phthisie.	Amendement dans l'état local durant encore 10 jours après l'accouchement à huit mois. Cavernes.	Amélior. apparente, mort quelques mois après l'existence de cavernes doit faire croire à l'influence fœtale de la grossesse.
	Quelques-unes avaient fait antérieurement des maladies graves; je trouve dans les observations : 3 pneumon.; 1 pleurésie; 2 fois traces de scrofule; 1 rougeole; 1 scarlatine; 1 rhumatisme articulaire; 1 fièvre typh.						Dans quelques observations on signale des vomissements durés plus ou moins longtemps, sans que cependant ils présentent une gravité exceptionnelle.	Toux légère.	Mort avant terme.	Id.	Disposition à s'enrhumer.	Diminution de la toux cinq semaines après l'accouchement; cachexie tuberculeuse, pleurésie.	Amélioration apparente. — A quoi est due la pleurésie?
							Plusieurs femmes avaient présenté aussi du ptyalisme.	Hémoptysie.	Etat tellement grave que l'on craint la mort avant terme.	Id.	Hémoptysie, sans signes rationnels de phthisie.	Maladie confirmée à terme.	Aggravation.
								Toux sans symptômes évidents de phthisie.	A terme, état grave; mort 4 mois après l'accouchement.	Id.	Disposition à la toux.	Dans les derniers jours de la grossesse, toux très-forte; 10 jours après l'accouchement, signes rationnels de phthisie.	Id.
								Disposition à s'enrhumer.	A la fin de la 2 ^e grossesse, hémoptysie; état grave; mort 3 mois après l'accouchement.	Id.	Hémoptysies.	Aggravation pendant la grossesse, amendement après. Cachexie après 8 grossesses.	Id.
								Simple toux.	Etat grave à 7 mois; mort 3 semaines après l'accouchement.	Id.			
								Toux depuis 3 mois.	Augmente depuis le commencement de la gestation. S'amende après l'accouchement; phthisie confirmée cependant.	Id.			
								Toux intermittente.	Augmentation à partir de 3 mois. Renseignements incomplets.	Id.	AGGRAVATION.		
								Hémoptysies.	Toux. Hémoptys. plus fréquentes à partir de 5 mois.	Id.			
								Signes rationnels de phthisie avant grossesse.	A terme, induration des sommets, cavernes 5 semaines après.	Id.			
								Disposition à s'enrhumer.	A six mois, toux plus fréquente, exor-tion. 6 mois après l'accouchement, phthisie au 2 ^e degré.	Id.			

0 1 2 3 4 5 (cm)

rapporter tous, avec détail, aussi me bornerai-je à choisir dans le nombre quelques observations qui me paraissent particulièrement intéressantes. Je rappellerai que l'on trouve déjà dans Mauriceau (observation 497) des exemples de tuberculose développée pendant la gestation.

Mais le premier cas vraiment concluant est celui de Louis, que je crois devoir insérer intégralement à cause même de l'époque de sa publication qui lui donne, dans l'étude du sujet, une réelle valeur historique.

Une couturière, âgée de 26 ans, de taille moyenne, de constitution faible, à Paris depuis quatre ans, fut admise le 26 avril 1841 à l'hôpital Beaujon, où elle mourut le 6 mai suivant. Son père avait succombé, six jours auparavant, à une maladie de longue durée, pendant laquelle il avait eu de la toux, des palpitations et de l'enflure. La mère vivait encore, assez bien portante. Quant à notre malade, elle n'avait pas été très bien soignée dans son enfance, et depuis avait souvent manqué du nécessaire; elle avait eu 2 enfants, l'un âgé de 5 ans, l'autre de 8 mois. La première grossesse et ses suites avaient été heureuses; il en avait été de même des trois premiers mois de la seconde grossesse. Mais dès lors, il y a quatorze mois environ, la santé se détériora, la malade fut toujours plus ou moins souffrante. Au début, douleurs à l'épaule droite et dans la région lombaire correspondante, amaigrissement, perte des forces, fièvre, sueurs copieuses, inappétence, sans toux. Les questions les plus réitérées, les plus capables d'amener une réponse affirmative au sujet de ce dernier symptôme, furent faites à la malade qui assura constamment n'avoir commencé à tousser qu'au cinquième mois de la grossesse. Dès lors la toux fut sèche, à part quelques crachats sanglants, et du moment où les premiers symptômes se manifestèrent jusqu'à l'accouchement, c'est-à-dire pendant cinq mois, la malade fut forcée de garder le lit. Peu après ses couches, qui n'offrirent rien de remarquable, la malade reprit ses travaux ordinaires, quoique

faible, toussant, atteinte de diarrhée, mais ayant de l'appétit. Ces symptômes, auxquels étaient joints des frissons irréguliers, des sueurs copieuses pendant la nuit, quelquefois des efforts de vomissements, ne lui permirent pas de travailler au delà de trois à quatre mois, après lesquels elle fut forcée de s'aliter. Il n'y eut de crachats que dans les deux mois qui précédèrent l'entrée de la malade à l'hôpital; ce fut aussi durant ces deux mois que l'amaigrissement fit les progrès les plus rapides.

Le 27 avril, lendemain de l'admission de la malade à l'hôpital, maigreur assez considérable, intelligence développée, mémoire excellente, voix voilée, comme depuis quelque temps; dyspnée médiocre, toux assez fréquente, accompagnée de crachats abondants verdâtres, opaques. Du côté de la poitrine douleur mal limitée, non continue, d'une médiocre intensité, sous la clavicule droite, dans une hauteur de 5 centimètres, son obscur, expiration prolongée; en arrière, dans les parties correspondantes, son moins obscur, respiration bronchique, avec bronchophonie et quelques craquements. Mêmes phénomènes du côté gauche, à part l'obscurité du son; soit médiocre, anorexie complète, langue humide, déglutition facile, ventre un peu plat, comme à l'ordinaire. Le foie débordait les côtes de 5 centimètres, et était indolent sans saillies; le poulx, médiocrement accéléré et régulier, d'une extrême faiblesse. Il n'y avait pas eu de frissons dans les derniers quinze jours.

Du 28 avril jusqu'au jour de la mort, il y eut tous les jours des vomissements assez abondants, des sueurs nombreuses, et la malade s'éteignit, pour ainsi dire, sans accidents nouveaux. L'autopsie ne put être faite.

L'observation suivante, insérée dans la Gazette médicale de 1846, page 1012 est très-intéressante aussi à cause de la forme adoptée par la maladie et de la rapidité effrayante de sa marche.

Au n° 18, salle Sainte-Anne (Charité), entra une jeune femme de 21 ans, accouchée à terme depuis deux mois; les règles n'avaient pas reparu. Il y a cinq mois, le sixième mois par con-

séquent de la grossesse, elle fut prise d'une toux sèche et d'oppressions qui durèrent pendant toute la dernière partie de la grossesse et persistèrent après son accouchement. Elle avait auparavant joui d'une très bonne santé. Quatre jours après sa délivrance, elle fut prise de fièvre.

C'est alors qu'elle entra à l'hôpital. Elle offrait une très grande faiblesse, fréquence du pouls (124 pulsations), de la dyspnée (32 inspirations) des sueurs nocturnes abondantes, une toux fréquente; à ces symptômes se joignirent de la stupeur, des bourdonnements d'oreille avec surdité incomplète, des troubles avec affaiblissement de la vue qui inspirèrent un instant l'idée d'une fièvre typhoïde.

Mais, en examinant avec soin la malade, on ne tarda pas à être dissuadé de cette idée. On reconnut en effet dans le côté droit de la poitrine un râle sibilant et crépitant dans la presque totalité du poumon, et sous la clavicule du même côté un souffle caverneux caractéristique, signes incontestables de phthisie. Les principaux signes pathognomoniques de la fièvre typhoïde manquaient d'ailleurs; il n'y avait eu ni épistaxis, ni taches, ni sensibilité du ventre. Il ne pouvait subsister aucun doute à cet égard.

Au bout de quinze jours d'hôpital il survint de la diarrhée; 10 à 12 selles par jour; la fièvre augmenta ainsi que la toux et la dyspnée, les sueurs devinrent colliquatives, le délire qui s'était manifesté dès le début de la fièvre devint de plus en plus intense.

Enfin, en auscultant tous les jours la malade, on constata que l'excavation faisait de jour en jour des progrès rapides.

C'est, comme on le voit, un exemple de phthisie à marche aiguë laquelle s'est développée pendant le cours de la grossesse, cinq mois ont suffi pour conduire la malade au dernier degré du marasme.

Dans l'observation que M. Robert recueillit au service de M. le professeur Stoltz et que j'ai rapportée plus haut la tuberculose se déclara aussi dans le cours de la grossesse.

Des 27 cas cités par Grisolle, 23 se sont présentés dans les mêmes conditions.

Aucune des malades dont parle M. Dubreuilh n'avait présenté, avant d'être enceinte, le moindre symptôme suspect du côté de la poitrine.

Quant aux prédispositions héréditaires, elles étaient manifestes dans trois cas. La femme de l'observation II était née d'une mère hémoptysique, celle de l'observation III, avait perdu son père d'une affection de la poitrine et sa mère d'une maladie sur laquelle les renseignements font défaut; enfin, la mère de la malade de l'observation VIII était morte d'hémorrhagie pulmonaire, et son frère de phthisie.

Dans la famille de la première malade personne n'avait jamais présenté de signes de tuberculose.

La constitution est notée comme bonne dans trois cas sur quatre, seule la malade de la première observation avait le tempérament lymphatique.

Les conditions hygiéniques dans lesquelles avaient vécu ces femmes étaient régulières pour trois d'entre elles; la quatrième (observ. III), orpheline de bonne heure, s'était abandonnée à l'ardeur de son tempérament érotique, menant une vie abandonnée aux plaisirs et aux excès de tout genre. Cependant elle avait résisté aux secousses imprimées à sa constitution et n'était devenue malade que dans le cours de sa grossesse.

J'ajouterai enfin que dans tous les cas l'accouchement fut normal et spontané, et que les malades moururent, l'une huit jours, l'autre quatre mois, la troisième sept

mois et la dernière huit mois après leur accouchement. L'affection avait duré six, dix, quatorze, seize mois.

J'emprunte à la thèse de M. Bahuaud (1863) le résumé des cas suivants observés par lui :

1^o Femme de 33 ans. Bon tempérament, pas traces de scrofule. Santé antérieure excellente. A vécu dans de bonnes conditions hygiéniques. Aucun antécédent héréditaire, le père étant mort de vieillesse, et la mère d'une affection aiguë en dix jours. Trois grossesses :

La première, gémellaire, s'est très bien passée. Allaitement pendant dix-sept mois.

Deuxième grossesse. Salivation abondante (1 litre 1/2 par jour). Allaitement, 17 mois.

Troisième grossesse. Dans les trois premiers mois, santé parfaite, au quatrième mois, salivation. Sixième mois, amaigrissement extraordinaire.

La toux se déclare alors et l'appétit se perd.

Accouchement à terme, facile. Allaitement, 8 mois. Aggravation de la toux, qui nécessite l'entrée à l'hôpital le 25 mars. Mort le 17 avril.

2^o Femme de bonne constitution et bonne santé antérieure. Pas d'antécédents héréditaires. A vécu dans des conditions hygiéniques satisfaisantes. Première grossesse. Les six premiers mois se passent bien ; au septième mois, hémoptysies qui se répètent plusieurs fois, toux sèche, amaigrissement. Accouchement facile. La toux persiste après la délivrance, mais dix jours après l'accouchement la malade se trouve assez bien rétablie pour sortir de l'hôpital.

3^o La personne qui fait l'objet de cette observation jouissait d'une bonne santé. Pas d'antécédents héréditaires. Première grossesse. Dans les deux premiers mois, rien d'anormal. Dans le cours du troisième mois, elle se met à tousser et à maigrir, des hémoptysies abondantes se déclarent. La malade vomit jusqu'au huitième mois et accouche à terme. Après l'accouchement, la maladie semble s'amender, cependant à ce moment la phthisie est confirmée.

4° Excellente santé. Les parents n'ont jamais eu d'affection thoracique grave. Bonnes conditions hygiéniques. Deux enfants, le premier à 29 ans, et le second quatre ans plus tard. Deuxième grossesse en 1862. Début de cette grossesse pénible à cause de symptômes, de dyspepsie.

Au quatrième mois, la malade commence à tousser et à cracher du sang. A partir du sixième mois la toux augmente notablement ainsi que l'amaigrissement. Huitième mois, expectoration purulente, vomissements que rien ne peut arrêter. Après l'accouchement qui est naturel, la femme cesse de vomir, mais elle meurt quinze jours plus tard.

5° Bonne constitution, pas de scrofule. La mère est morte d'apoplexie, le père est goutteux. La malade elle-même n'a jamais toussé. Elle a sept frères et sœurs bien portants. Deux grossesses antérieures dont la première moitié a été troublée par des vomissements. Troisième grossesse cinq ans après. Vomissements pendant cinq mois. Accouchement à terme. N'a allaité aucun de ses enfants. Quatre semaines après l'accouchement, pleurésie droite, à la suite de laquelle reste un peu de gêne de la respiration. Deux mois après environ quatrième grossesse. La gêne respiratoire persiste. Depuis lors sueurs nocturnes, amaigrissement progressif. Six semaines avant l'accouchement hémoptysie qui se répète dans le dernier mois de la grossesse. La toux se déclare dans ce dernier mois. Accouchement à terme et naturel. Trois mois après les forces de la malade étaient un peu remontées.

6° Bonne santé. Pas d'hérédité. Sept enfants. Vers le milieu de la quatrième grossesse la malade commence à tousser et à maigrir. Ces symptômes s'aggravent dans les derniers mois. Après l'accouchement qui est naturel, la toux augmente.

7° Constitution lymphatique. Aucun renseignement quant à l'hérédité. La femme s'est toujours bien portée avant la grossesse. Dès le premier mois vomissements, amaigrissement et toux sèche accompagnée dans les mois suivants d'expectoration abondante et caractéristique de phthisie pulmonaire. La maladie ne s'amende pas après l'accouchement.

8° Bonne santé. Constitution faible. Aucun renseignement précis quant à l'hérédité. Première grossesse. Dans les quatre premiers mois, pas d'accidents. Au cinquième mois, toux sèche qui

s'accroît jusqu'à la fin. Ni expectoration, ni hémoptysie. Accouchement facile naturel. Exaspération marquée dès le deuxième jour.

Caresme rapporte six observations de tuberculose ayant débuté pendant la grossesse.

1° Malade n'ayant ni antécédents héréditaires connus, ni antécédents personnels accusés. Elle avait toujours eu une bonne santé et n'avait jamais été sujette à tousser. Enceinte une première fois, elle ne paraissait en avoir aucunement souffert. Mais, dix ans plus tard une seconde gestation amène la perte de l'appétit, de l'amaigrissement, de la faiblesse, et quatre mois après de la toux, qui n'a plus cessé, a changé peu à peu de caractère, est devenue nauséuse et enfin s'est accompagnée bientôt de tous les signes de la phthisie que l'on constatait lors de l'accouchement. La délivrance ne parut pas d'abord influencer la maladie thoracique, mais un repos de quelques jours produisit une amélioration.

2° Femme lymphatique, maigre et chétive, mais d'une bonne santé, sans antécédents héréditaires bien accusés, a eu un régime toujours convenable. Deux grossesses en dix ans. La première ne porte aucune atteinte à l'état général, et dans l'intervalle qui la sépare de la seconde il n'apparaît aucun phénomène morbide. Mais la seconde gestation amène dès le début une oppression continuelle, puis au cinquième mois une affection thoracique aiguë dont il serait difficile de préciser la nature mais qui paraît être une pleurésie. La toux persista jusqu'à la couche, puis il y eut une amélioration notable et tout semblait terminé quand huit jours après survinrent de nouveaux accidents analogues aux premiers. Phthisie au 2° degré.

3° La malade qui fait le sujet de cette observation était très robuste malgré d'assez mauvaises conditions hygiéniques. Première grossesse suivie d'une lactation de seize mois. Sous cette double influence la femme tombe dans un état d'anémie notable, cependant aucune manifestation tuberculeuse n'apparaît. Trois années de fatigues répétées ne suffisent pas non plus pour en

Gaulard.

13

provoquer. Il faut pour cela l'intervention d'une seconde grossesse. Au cinquième mois se déclarent des accidents thoraciques à marche subaiguë qui durent jusqu'à l'accouchement. Quinze jours après phthisie au 3^e degré à droite et au 2^e degré à gauche.

4^e Femme héréditairement prédisposée aux tubercules; elle avait elle-même des antécédents scrofuleux, mais sa santé s'était toujours maintenue bonne, et notamment elle n'avait jamais eu d'affection thoracique. D'autre part elle n'avait été soumise à aucune cause hygiénique active de débilitation. Dans ces conditions, elle a cinq grossesses, bonnes du reste, dans l'espace de huit ans. La troisième laisse après elle une faiblesse qui ne disparaîtra pas. Trois ans après, la cinquième grossesse se complique à deux reprises d'accidents thoraciques probablement tuberculeux. Deux mois après l'accouchement phthisie au 3^e degré.

5^e Hérité scrofulo-tuberculeuse, douteuse chez la mère de la malade, mais certaine chez un de ses frères. Bonne constitution et bonne santé antérieure. Hygiène détestable. Grossesse pendant laquelle se déclare une bronchite suspecte qui ne guérit plus et aboutit à une phthisie pulmonaire. La femme meurt un an après son accouchement.

6^e Pas d'hérédité, pas d'antécédents scrofuleux, pas de rhumes fréquents. Hygiène très convenable. Trois grossesses en moins de trois ans, toutes trois sans complication. Les premières manifestations tuberculeuses apparaissent au neuvième mois de la troisième grossesse. Trois mois après phthisie au 3^e degré.

Je pourrais ajouter aux observations que je viens de rapporter celles qui se trouvent dans l'intéressante thèse du D^r Ortega, mais je me contenterai, pour ces dernières d'en dresser une statistique. Ortega a vu, dans 17 cas, la tuberculose se déclarer pendant la grossesse.

Neuf fois la maladie a débuté dans la première moitié de la grossesse, et huit fois seulement dans la seconde moitié. Dans trois cas l'hérédité était évidente, mais dans les autres elle n'existait pas ou était incertaine. Les con-

ditions hygiéniques antérieures sont passées sous silence dans la plupart des observations, dans quelques cas elles étaient bonnes, dans d'autres au contraire plus ou moins mauvaises. Une malade, par exemple, était ouvrière de fabrique et soumise à l'action irritante des poussières et des vapeurs de chlore ; une autre obligée de cacher sa grossesse à sa famille, s'est trouvée pendant toute sa durée dans un état moral défavorable ; une troisième se livrait à des excès de tout genre.

Plusieurs des femmes observées par le D^r Ortega ont eu à diverses périodes de leur grossesse ou de leur puerpéralité des affections qui ont pu, dans une certaine mesure influencer la marche de la tuberculose. L'une d'entre elles a été atteinte de pleurésie au septième mois une autre un mois après l'accouchement, une troisième de rougeole deux mois après sa délivrance, une quatrième enfin de pneumonie au septième mois.

L'observation 28 de la thèse d'Ortega est particulièrement intéressante. La malade qui en fait le sujet a présenté avant et pendant la grossesse des accidents syphilitiques qui ont pu activer la marche de la phthisie.

Guguel (Nathalie), 27 ans, domestique, est entrée à la Clinique le 26 septembre 1875, dans le service de M. le professeur Depaul, n° 2.

Pas d'antécédents héréditaires ; à 15 ans première apparition des règles, qui ne reviennent que deux ans après ; dans l'enfance elle aurait eu le croup et la rougeole ; sa santé jusqu'à l'âge de 25 ans a été bonne, jamais de toux. A 25 ans elle vient à Paris et se place comme cuisinière ; elle gagne la vérole et se fait soigner pendant trois mois à Lourcine d'où elle serait sortie guérie et au-

rait repris son travail. Elle devint enceinte le 15 janvier 1875, six semaines après elle se refroidit et fut prise d'une toux qui dura deux mois; elle avait en même temps la fièvre et crachait beaucoup, tout cela se calma sans traitement; à quatre mois et demi; des accidents syphilitiques reviennent sous forme de gommès, ce serait le nom qu'aurait donné à la maladie M. le professeur Trélat qui la traita dans son service à la Charité pendant un mois d'où elle serait sortie guérie. A six mois la toux revient avec fièvre et crachats abondants; elle se calme de nouveau pour reprendre six semaines avant l'accouchement et augmenter jusqu'à la délivrance; mais cette fois les crachats contenaient des filets de sang. Chose curieuse et très importante pour le clinicien: à huit mois, les accidents syphilitiques sous forme de plaques muqueuses à la bouche et d'éruption à la peau, reparaissent de nouveau; quatorze jours avant l'accouchement elle entra à la Clinique où M. Charpentier ordonna le protoiodure de mercure. L'accouchement eut lieu le 14 octobre facilement, l'enfant était à terme et ne pesait que 2,450 grammes; dix jours après sa naissance il n'avait pas de coryza, il tétait bien et avait l'air de se porter assez bien. Lorsque cette femme n'était pas à l'hôpital, elle n'avait pas tout ce qu'il lui fallait, car elle n'avait pas beaucoup de travail, aussi elle éprouva un peu de misère. La toux qui était très fréquente avant l'accouchement diminua pendant cinq jours, mais après ce temps elle revint très fréquente, s'accompagnant de fièvre, de sueurs nocturnes et de crachats jaunes épais.

Fosse sus-épineuse droite: matité, expiration prolongée soufflante; au-dessous de l'épine: souffle caverneux, pectoriloquie, râles; fosse sous-claviculaire: expiration prolongée, frottement et râles; au sommet gauche les signes indiquent de l'induration. Seize jours après l'accouchement elle quitta l'hôpital toussant de plus en plus.

Toutes les autres femmes ont joui avant le développement de leur tuberculose d'une santé parfaite. La maladie s'est déclarée quelquefois pendant la première grossesse, le plus souvent après des grossesses répétées suivies elles-mêmes d'allaitements plus moins prolongés.

Dans tous les cas, l'affection après avoir pris naissance à une période plus ou moins avancée de la gestation s'est notablement aggravée jusqu'au terme.

Voici le résumé de la situation des femmes au moment du travail ou après :

1 mort 6 jours après l'accouchement.	
— 3 semaines — — —	
— 15 jours — — —	
— 3 mois — — —	
— 15 — — —	

Phthisie avec cavernes au moment de l'accouchement. 1 fois.

Un mois à six semaines après l'accouchement. 4 fois.

Huit mois après l'accouchement. 1 fois.

Quatorze mois après l'accouchement 2 fois.

Cinq mois après l'accouchement, avant terme. 1 fois.

Dix-huit mois après l'accouchement, avant terme. 1 fois.

Vingt-sept mois, après l'accouchement, avant terme. 1 fois.

Dans un cas quinze jours après l'accouchement on ne constatait que des signes d'induration pulmonaire.

Mon ami le Dr Lahalle, d'Épinal, a bien voulu me communiquer l'observation suivante que je transcris textuellement.

H..., Alsacienne, âgée de 26 ans, toujours bien portante avant son mariage, de taille moyenne. Mariée en février 1879, enceinte

presque aussitôt après son mariage, elle venait me consulter à la fin de juin 1879 pour un rhume, mais surtout pour une hémoptysie assez forte qui avait eu lieu dans la journée. A l'auscultation je trouve à gauche une inspiration rude et une expiration prolongée, un peu de submatité à la percussion; à droite, respiration à peu près normale, cependant l'inspiration est un peu rude. Trois ou quatre hémoptysies eurent lieu pendant la grossesse. En décembre 1879 accouchement absolument normal.

La femme H... vint me retrouver en mars dernier, époque où elle eut une nouvelle hémorrhagie. Elle me raconta alors que dans les premières semaines qui suivirent ses couches elle se trouvait mieux, mais que depuis environ huit jours son rhume semblait reprendre une nouvelle intensité. Je l'auscultai de nouveau et trouvai la poitrine à peu près dans le même état qu'avant l'accouchement, seulement il y avait quelques râles humides en plus.

Dans ce cas, la femme jouissait d'une bonne santé avant de devenir enceinte. C'est pendant la grossesse que la tuberculose s'est développée.

J'ai pu moi-même, dans ces dernières années observer un fait du même genre.

Une sage-femme des environs d'Epinal, robuste, de grande taille, bien constituée, sans antécédents héréditaires (le père et la mère sont arrivés bien portants à un âge avancé et vivent encore), fut prise d'une pleurésie pour laquelle je la soignai et dont elle guérit rapidement et complètement. Deux ans après environ, elle se maria et devint enceinte presque immédiatement. Dès le début de la grossesse elle commença à tousser. Cette toux fit pendant tout le cours de la gestation des progrès rapides. Au moment de l'accouchement qui fut normal et facile on constatait dans les deux poulmons la présence de cavernes. La malade mourut peu de temps après la délivrance. Son enfant ne put être élevé.

Mon excellent confrère et ami, M. le Dr Eugène Marchal, de Nancy, ancien chef de clinique de M. le profes-

seur Stoltz, a bien voulu me communiquer les observations suivantes de tuberculose pulmonaire développée pendant le cours de la gestation.

1^o Joséphine Gérard, femme Jacques, âgée de 28 ans, née à Madonville, petite, délicate, cheveux châtons clairs, réglée depuis l'âge de 14 ans régulièrement huit jours par mois assez abondamment, s'est bien portée jusqu'en 1875, au moment de la naissance d'un premier enfant, venu au monde au mois de janvier, à terme, qu'elle n'a pas allaité faute de lait (cet enfant est mort six mois après de diarrhée).

Aussitôt après son accouchement, la femme Jacques a commencé à tousser et à maigrir. La menstruation s'est néanmoins rétablie d'une façon normale jusqu'aux premiers jours de septembre 1875. La grossesse s'est manifestée très rapidement, par des vomissements alimentaires abondants qui ont duré jusqu'à la fin du cinquième mois. La toux n'a pas cessé d'augmenter, et la femme enceinte dit avoir dépéri depuis son premier accouchement; elle entre à la Maternité le 14 mars 1876, avec menaces d'accouchement prématuré qui disparaissent sous l'influence de lavements laudanisés pour ne se reproduire qu'un mois plus tard.

Le 15 avril, à 4 heures du soir, la femme Jacques accouche d'un enfant du sexe féminin présentant tous les caractères d'immaturation et ne pesant que 1,645 grammes. (Mort le quatrième jour.)

Dès l'entrée de la femme Jacques à la Maternité, l'on avait constaté que la respiration était très courte, que les deux sommets étaient mats surtout à la partie antérieure; la respiration rude, quelques craquements humides; dans les jours qui suivirent l'accouchement les accidents thoraciques prirent plus d'intensité du côté droit: souffle marqué principalement à l'expiration. Craquements plus nombreux et plus humides: exacerbations quotidiennes le soir.

Vers le vingt-cinquième jour, engouement de tout le poumon droit. Matité de toute la base, où l'on entend des râles muqueux presque ronflants. Ces râles muqueux sont bientôt remplacés par du souffle dans toute la partie inférieure droite; à gauche, au contraire, respiration puérile (supplémentaire).

Le trente-deuxième jour, engouement léger du poumon gauche. Ces phénomènes généraux se dissipent au bout de quelques jours, et la femme Jacques quitte la Maternité pour entrer à Saint-Charles, le 30 mai 1876, quarante-quatre jours après son accouchement, ne présentant plus que les phénomènes des sommets, c'est-à-dire du gargouillement du sommet droit, et des craquements humides du sommet gauche.

2^e Anne Pernot, âgée de 36 ans, ménagère, née à Ceintrey, a eu quatre enfants à terme et un avortement au troisième mois, entre le deuxième et le troisième enfant; était habituellement bien réglée en dehors de l'état de grossesse; elle n'a allaité aucun de ses enfants faute de lait. La dernière époque menstruelle a eu lieu le 15 juillet 1872, la femme Pernot raconte qu'à cette époque elle était bien portante et que personne dans sa famille n'a jamais été atteint d'affection thoracique; ce n'est que deux mois après qu'elle fut prise d'un rhume qui augmenta d'intensité jusqu'au mois de décembre, époque à laquelle elle entra à l'hôpital Saint-Charles. Les signes de l'affection thoracique étaient alors assez peu apparents pour que le médecin considérât tout d'abord cette malade comme affectée d'accidents nerveux symptomatiques de la grossesse. La toux avait, du reste, un caractère spasmodique qui déterminait à différentes reprises des vomissements et des menaces d'accouchement. Cependant un examen plus attentif de la poitrine permit de reconnaître déjà quelques signes de tuberculose des sommets : submatité; expiration prolongée; rudesse du bruit respiratoire; quelques craquements.

Le 12 février, la femme Pernot entre à la Maternité : elle est extrêmement maigre; sa respiration est courte, sueurs nocturnes. L'expectoration est médiocrement abondante, visqueuse, mélangée de quelques petits filets de sang. La partie supérieure gauche de la poitrine est mate, sonorité à peu près normale dans les 2/3 inférieurs. Respiration bronchique jusqu'à la base de l'omoplate (souffle). Diminution du bruit respiratoire dans la partie inférieure. Même signe du côté droit.

Pendant tout le mois de février il se produit régulièrement des exacerbations fébriles, accompagnées de frissons tous les soirs.

Le 10 mars, à la suite d'un effort de toux, rupture spontanée de la poche des eaux. Accouchement après douze heures de travail

d'un enfant du sexe masculin vivant, pesant 2,005 grammes. Cet enfant succombe le quatrième jour de sa naissance. A partir du moment de l'accouchement l'affection thoracique marche à la façon d'une pneumonie du sommet et la femme Pernot succombe huit jours après son accouchement. Elle présente la particularité suivante : que dans les jours qui ont précédé le travail, la température qui était de 33°,5 le matin et de 38° le soir, s'est élevée dès le deuxième jour après la délivrance à 39°,5 le soir et n'est pas redescendue au-dessous de 38° le matin.

A l'autopsie, on rencontre des cavernes au sommet des deux poumons, avec hépatisation du 1/3 supérieur du poumon droit.

Dans la dernière observation, l'affection thoracique a débuté pendant une grossesse et fait pendant une grossesse ultérieure des progrès manifestes et rapides.

3° Marie Dorida, âgée de 28 ans, née à Dompierre (Vosges), brodeuse, entre à la Maternité le 22 novembre 1875, en douleur d'enfant.

Grande, lymphatique, très décolorée, a été réglée depuis l'âge de 12 ans, régulièrement quatre jours par mois, peu abondamment. D'une bonne santé habituelle, et est accouchée une première fois, il y a onze ans, d'un enfant du sexe masculin, qui a été alimenté artificiellement, il vit encore aujourd'hui. Les suites de couches ont été normales ; sa menstruation s'est établie d'une façon très régulière depuis cette époque jusqu'à la fin de mars 1875. Dans le mois d'avril, la fille Dorida a contracté une affection rhumatismale articulaire qui l'a forcée à garder le lit presque au moment de son accouchement. A partir du mois de juin, elle a commencé à tousser ; jamais avant cette époque, elle n'avait eu ni rhume, ni hémoptysie, ni amaigrissement.

La fille Dorida étant entrée en travail, n'est examinée au point de vue de son affection thoracique que le lendemain de son accouchement, qui se termine le 22 novembre à 11 heures du soir, par la naissance d'un enfant du sexe féminin vivant, du poids d'environ 1500 grammes, d'une longueur de 40 centimètres.

L'examen de la poitrine est pratiqué le 23. Il est permis de

Gaulard.

constater une diminution de sonorité sous la clavicule gauche, et une exagération sous la clavicule droite. Craquements secs et humides, inspiration rude; en arrière, matité dans les fosses sous et sus-épineuses gauches; souffle dans la fosse sous-épineuse droite.

La malade dit avoir eu une hémoptysie peu abondante : diarrhée depuis deux mois; pas de sueurs nocturnes; amaigrissement très considérable.

Les jours suivants, l'affection thoracique prend un caractère d'acuité qui se trouve compliquée au sixième jour par une inflammation de la séreuse abdominale et se termine par la mort le 10 décembre.

Cavité thoracique. — Adhérences pleurales anciennes, cavernes aux deux sommets, surtout à gauche, où le lobe supérieur est occupé par une vaste excavation remplie d'un pus sanieux, et traversé par des tractus en tous sens. Le reste de l'étendue des deux poumons est farci de noyaux tuberculeux. Engorgement des ganglions bronchiques.

Cœur. — Gras; légère hypertrophie concentrique du cœur gauche. Absence de lésions valvulaires. La plèvre pariétale et viscérale est parsemée de granulations.

Abdomen. — Epanchement séro purulent dans le bassin. Les anses intestinales présentent une injection assez prononcée, mais ne sont pas recouvertes de fausses membranes. On observe sur tout le parcours de l'intestin grêle des taches ou des bandes fortement vasculaires, et faisant une légère saillie; ces bandes présentent une teinte violacée, et en certains points une teinte grisâtre due à un commencement de sphacèle. En ouvrant l'intestin à ce niveau on rencontre des ulcérations irrégulières dont quelques-unes ont détruit la muqueuse d'une manière complète. A 30 centimètres environ de la valvule iléo-cœcale on rencontre dans l'intestin grêle une petite perforation lenticulaire. Ces ulcérations sont évidemment de nature tuberculeuse car on rencontre des granulations de cet ordre au niveau de la séreuse.

Le petit bassin est occupé par un pus jaunâtre.

Utérus et ovaires. — L'utérus a environ 10 centimètres de hauteur; sa surface péritonéale est injectée. Les ovaires sont farcis de noyaux caséux.

Foie. — Très-volumineux; gras.

Rate. — Normale.

Rein. — Très anémié. La substance corticale offre une teinte très jaune due à une *dégénérescence graisseuse* complète.

Dans un mémoire intéressant publié en 1861 par M. le Dr Perroud, de Lyon, cet honorable confrère a rapporté les observations suivantes :

1^o Sophie S..., âgée de 26 ans, est issue de parents exempts de tout vice diathésique et ne présente aucun tuberculeux dans sa famille; elle n'a jamais été malade et a toujours offert les caractères d'une forte constitution, une belle carnation, et les attributs du tempérament lymphatique sanguin. Il y a deux ans elle épousa un homme tuberculeux qui mourut phthisique le 8 mai 1860, laissant sa veuve enceinte de cinq mois. Cette grossesse qui était la première de notre malade eut un commencement assez beau, mais environ à partir du quatrième mois, Sophie X... commença à tousser; cette toux devint de plus en plus fréquente et s'accompagna de quelques hémoptysies. L'embonpoint de la malade disparut un peu, et il survint quelques sueurs nocturnes et des douleurs thoraciques localisées surtout en avant au-dessous des clavicules et en arrière entre les deux épaules.

Au huitième mois de la grossesse, la malade accoucha d'un enfant chétif qui ne vécut qu'un mois et dont on ne put malheureusement pas faire l'autopsie.

Depuis cette époque, l'état de notre malade s'aggrava de plus en plus, et le 9 octobre 1860, elle entra à l'Hôtel-Dieu, dans le service du Dr Colrat, où elle fut couchée au n^o 125 de la 3^e salle des femmes fiévreuses.

A cette époque, c'est-à-dire trois mois après son accouchement, Sophie J... n'avait pas eu son retour de couches; elle avait très sensiblement maigri, mais elle présentait encore quelques traces de la vigoureuse constitution qu'elle tenait de ses parents et dont elle avait joui avant sa grossesse, si bien qu'on crut, au premier abord, à une simple bronchite chronique; cependant on ne tarda pas à constater au sommet des poumons, surtout à gauche, des craquements et de l'expiration prolongée, plus tard ces

signes firent place à des gargouillements; les crachats devinrent purulents et nummulaires, la fièvre hectique s'alluma, la dyspnée augmenta, finit par s'accompagner de cyanose de la face et d'œdème des membres inférieurs, et la malade mourut le 2 janvier 1861, dans cet état de marasme dans lequel tombent les phthisiques quand ils arrivent à la dernière période de leur mal.

A l'autopsie on trouva au sommet du poumon gauche, une cavité tuberculeuse de la grosseur d'un œuf de poule; le poumon droit ne présentait que des tubercules à l'état cru. De nombreuses adhérences attachaient, surtout à gauche, les sommets des poumons à la cage thoracique.

2° Une jeune femme de 25 ans, d'une belle constitution, issue d'une famille sur laquelle n'avait jamais sévi la diathèse tuberculeuse, épousa un homme d'une constitution chétive et comptant des phthisiques parmi ses ascendants et ses collatéraux : un de ses frères, notamment était mort de la poitrine à l'âge de 28 ans. Cet homme mourut lui-même poitrinaire un an après son mariage, laissant sa veuve enceinte de trois mois.

Au cinquième mois de sa grossesse, Mme X... vit sa santé, jusqu'alors florissante, commencer à décliner, elle se mit à tousser, maigrit, perdit ses forces et accoucha au septième mois de sa grossesse d'un enfant chétif qui ne vécut que quelques jours.

Depuis lors, l'état de notre malade s'aggrava rapidement, ce qui la décida à entrer à l'Hôtel-Dieu, où elle fut admise dans le service de M. le Dr Colrat (3^e salle des femmes fiévreuses, n° 101), au commencement du mois de novembre 1860, un mois après son accouchement.

A son entrée à l'Hôtel Dieu Mme X... présenta des signes non équivoques de phthisie au 3^e degré; la maladie fit de rapides progrès, et deux mois après l'entrée de la malade à l'hôpital, on put, par l'autopsie, vérifier la justesse du diagnostic.

J'ai placé ici ces deux observations à cause des conclusions que l'auteur en a tirées. En effet, M. le Dr Perroud pense que dans ces deux cas la tuberculose pulmonaire a été transmise du père à la mère par l'intermédiaire du fœtus. Je ne puis nier le fait d'une manière absolue.

L'étroitesse des rapports de circulation qui unissent à la mère l'enfant pendant sa vie intra-utérine sont assez étroits pour que l'on puisse admettre la possibilité de la transmission d'un état diathésique du mari à la femme par l'intermédiaire du fœtus. De même alors que la mère peut transmettre ses maladies au fruit qu'elle porte, de même on comprend qu'elle puisse recevoir de cette nouvelle partie d'elle-même la vitalité que l'embryon tient de l'influence paternelle pendant la conception. Ce fait est admis aujourd'hui par beaucoup d'auteurs pour la syphilis. Voici, par exemple, le résumé des notes que j'ai recueillies à Vienne à la clinique des maladies syphilitiques du professeur Sigmund.

« Aussi souvent, dit-il, que j'ai vu un enfant venir au monde avec des signes évidents de syphilis, j'ai trouvé aussi chez la mère des traces manifestes de la même maladie. Dans aucun fait bien observé, je n'ai vu le père transmettre la syphilis à l'enfant, et la mère rester indemne. » Des observations de syphilis transmise à la femme par l'intermédiaire du fœtus sont rapportées par Cullerier (*Archives générales de médecine*, Paris, 1854) Bouchut (*Traité des maladies des enfants*), Hutchinson (*Méd. Times*, London, 1856), Bærensprung (*Die heredit Syph.*, Berlin, 1864) et d'autres auteurs encore.

Du reste, les exemples rapportés par Richter, Fleury, Valleix, Clark, Chaussier, Husson, prouvent que le nouveau-né reçoit par hérédité non pas seulement une prédisposition à la diathèse tuberculeuse, mais bien cet état morbide lui-même dans certains cas. Mais si la transmission de la tuberculose du père à la mère

par l'intermédiaire du fœtus me semble possible, je dois dire cependant que les observations de M. le D^r Perroud, pas plus que celles de Simpson et de Barrier ne me paraissent concluantes. En effet, je cherche en vain dans ces cas la preuve évidente de la transmission pathologique. L'autopsie des enfants n'a pas été faite. Étaient-ils tuberculeux, ou portaient-ils en eux le germe de cette affection sans localisation visible? Il est certainement permis de le supposer, mais cette supposition ne doit pas servir de base à une affirmation scientifique.

Les femmes dont l'histoire fait le sujet de ces observations ont vécu et cohabité avec des hommes profondément tuberculeux. Si nous admettons que la phthisie pulmonaire est contagieuse, nous comprendrons facilement qu'elles aient pu la gagner directement de leurs maris, et que la grossesse n'ait fait qu'activer le développement de l'affection restée latente. Si nous nions au contraire l'influence de la contagion, nous pourrions avec beaucoup d'auteurs attribuer la création sinon de la maladie, du moins de la prédisposition morbide aux mauvaises conditions hygiéniques auxquelles ces femmes ont été soumises plus ou moins longtemps. La grossesse, par les conditions particulières où elle place l'organisme et sans qu'il soit nécessaire d'invoquer l'intervention de l'enfant, a fait éclater et marcher rapidement un état pathologique qui sans elle serait peut-être resté latent ou du moins aurait progressé lentement.

Voici enfin trois observations inédites que M. le pro-

fesseur Stoltz recueillit à la clinique de la Faculté de Strasbourg, et qu'il a bien voulu me communiquer :

1^o Muller (Marie), de Arnolsheim, canton de Molsheim, âgée de 34 ans, mariée à Strasbourg depuis six ans, amaigrie, d'une constitution détériorée, entre à la Clinique, le 22 décembre 1846, se disant enceinte pour la cinquième fois et au sixième mois. Réglée pour la première fois à 18 ans, toujours depuis exactement. Accouchée pour la première fois il y a six ans d'une fille qui vécut vingt mois; pour la deuxième fois il y a cinq ans d'une fille morte à l'âge de trois mois d'une affection cérébrale; pour la troisième fois il y a quatre ans, d'une fille qui n'a vécu que six mois. La femme n'éprouva point d'accidents pendant ces trois grossesses; elle a allaité ses trois enfants.

Il y a deux ans, elle avorta deux mois après la conception et n'éprouva aucun accident à la suite de cet avortement. Elle l'attribua à un effort qu'elle fit pour soulever un fardeau. Les règles n'ont plus reparu depuis six mois. Au début de sa grossesse, la femme éprouva de l'inappétence, des vomissements qui ont duré pendant un mois. Elle est affectée depuis la même époque d'une petite toux sèche ou avec un peu d'expectoration qui d'abord ne l'incommodait pas beaucoup, mais qui depuis trois semaines est devenue très fatigante. La malade se plaint en outre d'abattement et de grande faiblesse; cependant elle dit n'avoir pas perdu l'appétit. Elle sent les mouvements de son enfant depuis trois semaines. Jamais elle n'a craché de sang. Ce qui frappe particulièrement le professeur Stoltz dans l'examen de cette femme, c'est l'aplatissement de la région supérieure et antérieure (sous-claviculaire) de la poitrine. Celle du côté gauche rend un son mat qui fait immédiatement présumer un amas de tubercules. Toute la région postérieure du thorax est assez voutée et résonnante. L'auscultation n'y découvre aucun bruit anormal, si ce n'est une expectoration un peu forte, puérile, à gauche. Antérieurement à droite respiration claire; à gauche, souffle, gros râle, résonnance cavernreuse de la voix. Tuberculisation, caverne. Pas de réaction, un peu de transpiration la nuit. Cet état se continue les jours suivants, la malade continue à tousser et à maigrir d'autant plus qu'une forte diarrhée se déclare.

Le 25 janvier elle accouche à la suite d'efforts de toux d'un enfant du sexe féminin, petit et chétif, pesant 1,040 grammes et meurt le lendemain soir.

L'autopsie fut pratiquée et permit de constater les lésions suivantes :

Cadavre émacié, infiltration légère des pieds et des jambes.

Poitrine. — Poumons adhérents dans la presque totalité de leur étendue. Infiltration tuberculeuse générale. Dans l'intervalle, quelques portions de poumon non infiltrées, mais engouées. Au sommet du poumon droit tubercules isolés dont plusieurs ramollis, deux petites cavernes comme des noisettes. Le sommet du poumon gauche est tellement adhérent qu'on ne peut le décoller qu'en ouvrant une large vomique aux trois quarts vide, pouvant contenir une grosse pomme et à la surface de laquelle on voit des orifices béants de tuyaux bronchiques. La totalité du poumon gauche est plus farcie de tubercules que le droit.

Cœur. — Oreillette droite du cœur fortement distendue par un caillot fibrineux jaune. Beaucoup de sérosité dans le péricarde.

Abdomen. — Foie volumineux, un peu pâle, mais pas gras. Rate volumineuse et molle. Glandes mésentériques tuberculeuses, quelques unes ramollies. Toute l'étendue du mésentère et de l'épiploon présente des tubercules miliaires semi-transparents. Dans plusieurs endroits de l'iléon on voit partir de la surface de l'intestin, sous le péritoine, une trainée blanchâtre en chapelet, arborisée et se rendant par un tronc commun à une glande mésentérique tuberculeuse, comme un vaisseau lymphatique fortement distendu par du mercure. Cette trainée est dure et renferme de la matière tuberculeuse.

Le canal intestinal ouvert, on trouve l'estomac, le duodénum et le jéjunum à peu près dans l'état normal. L'iléon présente une grande quantité d'ulcérations arrondies à bords élevés, à base dure, tuberculeuse ; les ulcérations sont d'autant plus nombreuses et larges qu'on approche de l'extrémité inférieure de l'intestin grêle. Dans le cæcum et toute l'étendue du gros intestin, ce sont des ulcérations larges, irrégulières, bordées par la membrane muqueuse boursoufflée, augmentant d'étendue et devenant confluentes dans le rectum.

Cette observation est à la fois très intéressante et très concluante. Voici, en effet, une femme qui avant sa dernière grossesse ne toussait pas. Enceinte pour la quatrième fois, elle est prise dès le début de cette nouvelle gestation d'une toux sèche qui persiste et augmente pendant six mois. A cette époque elle entre à la Maternité de Strasbourg, et là M. le professeur Stoltz trouve une caverne au sommet du poumon gauche. Il n'a donc fallu à l'affection que six mois pour naître et parcourir toutes ses périodes. La malade est morte un mois après, le lendemain de son accouchement.

2^e Boileau (Catherine), de Strasbourg, âgée de 26 ans, mariée depuis trois ans. Constitution détériorée, taille moyenne, cheveux blonds, tempérament lymphatique, sanguin. Entre à la Clinique le 4 novembre 1863 au soir, se disant enceinte pour la troisième fois, au cinquième mois et sentant depuis trois jours des douleurs abdominales intermittentes. Menstruée pour la première fois à l'âge de 14 ans et peu abondamment. Accouchée deux fois chez elle, la première il y a trois ans et la dernière il y a un an. Les couches et suites de couches furent heureuses. Après son dernier accouchement elle se remit bien, ne fut pas malade et ne toussa point. Ses règles parurent pour la dernière fois à la fin de mai, époque de début d'une nouvelle grossesse.

C'est à ce moment que correspond aussi le début d'une affection pulmonaire qui s'annonça par une forte hémoptysie. La malade se mit alors à tousser et bientôt maigrit considérablement. Au mois de novembre elle entre à l'hôpital de Strasbourg pour une affection aiguë de poitrine accompagnée d'une fièvre très intense et d'une dyspnée considérable, qui était venue s'ajouter depuis quelques jours à son affection tuberculeuse. Dix jours après, prise des douleurs de l'enfantement, elle est transportée à la Maternité où elle accouche dans la nuit. Pendant tout le travail l'oppression avait augmenté, et la cyanose était telle que l'on crut à un commencement d'asphyxie. Le lendemain, la femme est à demi assise

Gaulard.

15

sur son lit, haletante, la respiration est fréquente, la face pâle, plombée, joues plaquées, lèvres cyanosées, peau chaude, pouls petit (130 pulsations), soif vive, appétit nul, langue sèche, jaune au centre, légèrement humide et rouge sur les bords, léger strabisme interne qui, paraît-il, n'existait pas auparavant.

La percussion du thorax donne une matité presque complète pour le côté gauche en avant et en arrière.

A l'auscultation on entend de ce côté en avant et en arrière, au sommet des gargouillements et des craquements humides (ramollissement tuberculeux. Cavernes en voie de formation). En arrière, sur les deux tiers inférieurs et de côté, râles crépitants très nombreux (pneumonie tuberculeuse).

A droite, la percussion donne un son normal, même tympanique en avant. Respiration bronchique; dans la fosse sus-épineuse elle est soufflée.

Ces symptômes ne font que s'aggraver et amènent la mort deux jours après l'accouchement.

L'autopsie a été pratiquée avec soin, mais je n'indiquerai que les lésions trouvées dans les organes thoraciques.

A l'ouverture du thorax, les poumons ne s'affaissent pas. Au sommet du poumon gauche existent quelques adhérences qui se déchirent facilement.

2° Tout le poumon gauche est farci de tubercules miliaires, il est fortement engoué, ne crépite pas; au sommet du lobe supérieur sont quelques cavernules. Le poumon droit présente à peu près le même aspect, mais à un degré moindre. En examinant sa surface pleurale on voit une foule de tubercules miliaires dont on retrouve de grandes quantités dans son parenchyme. Celui-ci crépite encore, mais assez mal. Les ganglions bronchiques sont tuberculeux et ramollis.

Dans ce cas encore la grossesse a eu sur la marche de la tuberculose pulmonaire une influence désastreuse. Chez cette femme, des tubercules existaient peut-être avant la dernière gestation, mais ils étaient restés à l'état latent et n'avaient donné lieu à aucun symptôme

appréciable. A peine est-elle enceinte qu'elle crache du sang en grande quantité et moins de six mois après elle succombait avec des cavernes dans les poumons.

3^e Steckel (Madeleine), native du Neuhof, près Strasbourg, âgée de 28 ans, entre à la clinique d'accouchements le 2 septembre 1863, à 7 heures 1/2 du matin, se disant enceinte pour la première fois au commencement du neuvième mois, en travail d'enfantement depuis quelques heures. Taille moyenne, constitution détériorée, tempérament lymphatique. Menstruée à 17 ans, régulièrement toutes les trois semaines et abondamment.

A eu quelques vomissements au début de la grossesse. Tousse depuis qu'elle est enceinte, et a été prise il y a quelques mois d'une hémoptysie abondante. Depuis cette époque elle se voit maigrir et sent ses forces lui échapper. La toux est fréquente et sèche. Il n'y a pas de matité sous la clavicule droite, mais sous la clavicule gauche la sonorité est affaiblie. A l'auscultation on entend sous la clavicule gauche des râles caverneux; sous la clavicule droite la respiration est très rude et l'expiration prolongée. Pas de sueurs nocturnes.

L'accouchement se fait spontanément et naturellement trois heures après l'entrée de la malade à l'hôpital.

Une semaine plus tard elle meurt sans qu'il survienne de nouveaux symptômes.

A l'autopsie on trouve dans les organes thoraciques les lésions suivantes :

Adhérences anciennes et très résistantes, existant sur toute la hauteur du poumon gauche. A droite pas d'adhérences. Le poumon gauche présente au sommet une caverne grande comme une noix remplie de pus. A côté de celle-ci on remarque des cavernules comme des noisettes. Tout le reste du poumon est farci de tubercules crus et caséux de toutes les grosseurs.

Au sommet du poumon droit on rencontre un grand nombre de tubercules crus en partie ramollis, mais pas de cavernes. Le reste de l'organe est sain.

Cette observation est absolument semblable aux précédentes et non moins remarquable qu'elles.

Enfin, dans un nombre assez considérable de cas, la tuberculose semble ne s'être déclarée que plus ou moins longtemps après l'accouchement. Voici une observation de ce genre qu'a bien voulu me communiquer M. le professeur Stoltz :

Une jeune femme qui avait cependant dépassé l'âge où la phthisie se déclare ordinairement s'est mariée à 27 ans. Elle paraissait parfaitement bien portante, ses parents vivaient, ils sont devenus vieux, mais ont succombé à des bronchites chroniques.

Pendant la grossesse, la jeune femme eut de fréquents vomissements, qui se renouvelèrent pendant le travail de l'enfantement. On jugea à propos de lui interdire l'allaitement, son enfant, très bien portant en apparence, eut une nourrice à la campagne, forte et saine.

La mère se rétablit péniblement sans symptômes caractéristiques d'une affection locale. L'enfant succomba presque subitement entre les mains de la nourrice après avoir été refroidi, supposait-on. Il avait onze mois.

L'autopsie fit reconnaître une tuberculisation très accentuée des glandes bronchiales. La jeune femme avait presque constamment de la fièvre. Bientôt elle prit une toux sèche, elle eut des transpirations abondantes, la menstruation se supprima. Il se déclara un état de consommation dans lequel elle succomba trois mois après son enfant.

L'ouverture du corps permit de constater un état de tuberculisation générale, surtout très développé dans les tissus sous-séreux. Les plèvres, le péricarde, tout le péritoine présentaient des centaines de tubercules, du volume d'un grain de millet jusqu'à celui d'une grosse châtaigne.

Dans une thèse soutenue à Strasbourg en 1867, sous la présidence de M. Stoltz, par le D^r Mayer se trouvent

7 observations de tuberculose développée après une ou plusieurs gestations.

L'hérédité, celle du moins qui est accusée par la santé des parents, ne se trouve bien nette que deux fois, et dans ces deux cas il y a eu lymphatisme ; cette diathèse existait encore dans trois autres cas.

Trois fois on a rencontré une constitution relativement bonne et trois fois des troubles de la menstruation antérieurs à la grossesse ou à la tuberculose.

Presque toujours les conditions hygiéniques dans lesquelles avaient vécu les malades étaient mauvaises ; deux fois seulement elles paraissaient satisfaisantes :

Dans un cas, il y a eu coïncidence d'une affection puerpérale, qui a paru être le point de départ des accidents morbides.

Caresme a publié 12 cas dans lesquels la phthisie s'est déclarée postérieurement à l'accouchement.

Voici le résumé qu'il en donne :

« Dans 12 cas, la phthisie s'est déclarée consécutivement à une gestation, sept fois après la première grossesse, une fois après la troisième, deux fois après la quatrième, une fois après la cinquième, une fois après la huitième. Deux fois, d'autres grossesses sont venues ultérieurement compliquer la maladie pulmonaire.

L'hérédité ne s'est trouvée bien nette que deux fois. Ces malades dont la mère était morte poitrinaire étaient toutes deux lymphatiques. Elles n'avaient cependant eu ni l'une ni l'autre d'accidents scrofuleux. Chez la première la phthisie s'est déclarée à 39 ans et demi, à la suite de 8 grossesses et de privations de toute espèce ;

elle a suivi une marche assez lente provoquant surtout très peu de réaction organique. Chez la seconde, les premiers symptômes morbides ont apparu à 20 ans et demi et la marche s'annonçait comme devant être rapide; il n'y avait eu de privation que pendant la grossesse. Deux fois encore une hérédité douteuse semble résulter de l'apparition précoce chez un frère de manifestations scrofuleuses qui se rencontrent du reste aussi chez la malade, et de la mort d'une sœur qui crachait le sang. La femme de l'observation V présentait tous les signes de la scrofule; elle était maigre, toujours sujette à tousser, et avait eu pendant son enfance de la gourme et de l'engorgement ganglionnaire; la phthisie a débuté chez elle trois mois et demi après l'accouchement et a parcouru toutes ses périodes en une année. La femme de l'observation X était lymphatique, mais n'a rien offert de particulier au point de vue dont nous nous occupons. Il est enfin une malade chez laquelle nous avons pu constater l'hérédité, non plus par rapport aux ascendants et aux collatéraux, mais par rapport aux enfants, c'est la femme de l'observation I; à cet égard, elle est d'autant plus intéressante que sur 6 enfants qu'elle a eus, les trois premiers venus alors que la mère n'avait encore présenté que des traces légères de scrofules ont été à peu près indemnes de tout phénomène de cette nature, tandis que les trois derniers, nés au milieu d'accidents scrofulo-tuberculeux de plus en plus prononcés chez la mère, ont offert, eux aussi, des signes de scrofule dès les premiers temps de la vie. Sur les 7 autres cas, une fois aucun renseignement n'a pu être obtenu

relativement à l'hérédité morbide, et six fois elle a été complètement niée. On sait toutefois le peu de valeur que l'on doit attacher aux données fournies par les malades des hôpitaux sur ce point, surtout lorsqu'elles sont négatives. Obscures et incertaines le plus souvent lorsqu'il s'agit du père de la mère, des frères et des enfants, elles deviennent complètement nulles pour les autres parents, et l'on ne peut dans tous les cas les accepter que sous toutes réserves.

Dans les douze cas, nous avons rencontré le tempérament lymphatique.

La constitution notée faible deux fois seulement, est donnée comme bonne et résistante dans tous les autres cas.

L'âge auquel la phthisie s'est déclarée a beaucoup varié.

Nous avons trouvé : 18 ans $1/2$, 20 $1/2$, 22 $1/2$, 25 $1/2$, 28, 31, 34 $1/2$, 37 $1/2$, 38 $1/2$, 39 $1/2$.

De la leucorrhée a existé chez trois malades ; quant aux conditions hygiéniques, trois fois seulement nous trouvons un régime convenable, et auquel on ne peut attribuer aucune action fâcheuse sur la santé. Dans les autres cas, ou bien l'alimentation est insuffisante, ou bien les malades ont été soumises depuis leur enfance à un travail dur et excessif. Quelques-unes ont subi de mauvais traitement, des veilles prolongées, ou été en proie à de violents chagrins. Enfin, la profession a paru dans deux cas avoir eu une certaine part dans la production de l'affection pulmonaire, une fois par les refroidissements fréquents auxquels elle exposait et par l'action du feu de

charbon, une autre fois en obligeant à un séjour constant au milieu d'une température très élevée.

Antécédents pathologiques — Trois fois il y a eu des signes de scrofule dès l'enfance, une fois des attaques hystéro-épileptiques pendant cinq années, une fois enfin, outre les symptômes scrofuleux, deux attaques de rhumatisme articulaire aigu. Dans un cas, on trouve une rougeole à 4 ans et demi et une variole à 19 ans tandis que la phthisie éclate à 34 ans; dans un autre, cinq mois de fièvre intermittente, trois ans avant l'apparition des tubercules; dans un troisième, une fièvre typhoïde à 15 ans et des fièvres intermittentes de 36 à 37 ans. Cette dernière malade n'est devenu phthisique qu'à 38 ans.

Notons encore une pleurésie droite à 12 ans, huit ans et demi avant que la malade devienne tuberculeuse; deux fois une pleurésie gauche, quatre ans avant la phthisie. Ces pleurésies ont complètement guéri toutes les trois.

Une malade avait des angines fréquentes, une oppression habituelle avec battement de cœur, et fut prise d'une bronchite au neuvième mois de la cinquième grossesse, six mois avant l'explosion de la phthisie.

Dans le cours de la grossesse on a rencontré cinq fois des troubles digestifs, vomissements, ptyalisme, inappétence, diarrhée.

L'accouchement s'est toujours passé sans accidents, mais dans le plus grand nombre des cas on constatait à ce moment l'existence d'une chloro-anémie prononcée, caractérisée par de l'affaiblissement, de l'aménorrhée,

des pertes blanches, de l'inappétence. C'est au milieu de cet état de santé déplorable que les malades sont prises, un temps plus ou moins long après l'accouchement, des symptômes de la phthisie confirmée.

Les suites de couches n'ont pas toujours été très bonnes. Nous noterons en effet deux abcès du sein, un cas de tumeurs hémorroïdales se compliquant de fistule anale. Enfin dans un cas une péritonite puerpérale entraîne à sa suite un phlegmon iliaque droit qui, après avoir nécessité un séjour de 15 mois à l'hôpital, persiste jusqu'à la mort.

L'intervalle qui a séparé le début des manifestations thoraciques du terme de la gestation a varié depuis quelques jours jusqu'à 21 mois. La tuberculisation a commencé trois fois immédiatement après la couche ; deux fois, 3 mois et demi ; une fois, 5 mois, 6 mois, 8 mois, un an, 14 mois, 15 mois, 21 mois après l'accouchement.

Deux fois l'accouchement a été prématuré. Dans l'observation III il se fit à cinq mois et fut immédiatement suivi des symptômes de l'affection thoracique. Dans l'observation VIII, sur 4 grossesses il y eut deux fausses couches ; l'une termina la deuxième gestation à quatre mois, l'autre, la troisième à six mois. Aucun phénomène morbide ne se manifesta après la première ; la seconde fut suivie d'un affaiblissement qui se prolongea jusqu'au début de la phthisie six mois après la quatrième gestation.

En résumé, les fausses couches ne paraissent avoir en rien modifié l'action de la grossesse sur la tuberculisation.

Gaulard.

16

Nous n'avons constaté qu'un cas de lactation. La malade a nourri quatre fois de dix à vingt mois. Le premier allaitement a paru apporter quelque soulagement à l'état de souffrance qui résultait de la grossesse; il en a été de même du troisième, bien qu'il se soit compliqué d'un abcès du sein, mais le second et le quatrième ont été extrêmement pénibles, et c'est pendant ce dernier que la phthisie s'est déclarée. »

La thèse d'Ortega contient outre les observations dont nous venons de présenter un tableau très succinct, l'histoire de quinze femmes devenues tuberculeuses après leur accouchement. De ces 15 observations cinq lui sont personnelles, quatre ont été empruntés à la thèse de Caillot, quatre à celle de Delsouiller, une se trouve dans la thèse de Lassègue (1856), et la dix-septième appartient à Brioude (37^e observation, Traité de la phthisie, t. V).

Cinq de ces malades présentaient des antécédents héréditaires, pour les douze autres ils étaient nuls ou du moins très incertains. La santé habituelle de ces femmes était bonne, elles ne toussaient pas avant leur grossesse, mais beaucoup d'entre elles avaient été exposées avant ou pendant la gestation à des fatigues, des privations, des chagrins. Les observations sont muettes sur la marche de la grossesse et les troubles qu'elle a pu déterminer dans les différentes fonctions. Dans tous ces cas l'accouchement a été normal.

Plusieurs de ces femmes allaitent leurs enfants pendant un temps quelquefois très long. Quant à l'affection thoracique, elle débute à une époque plus ou moins

éloignée de l'accouchement, tantôt immédiatement après, tantôt seulement plusieurs mois plus tard.

Nous voyons des femmes avec des cavernes dans les poumons cinq ou six mois après leur délivrance. Quelques-unes d'entre elles devenues tuberculeuses après un ou plusieurs accouchements redeviennent enceintes. Chez toutes, cette nouvelle grossesse aggrave la maladie et en accélère la marche.

J'indiquerai encore ici une observation très curieuse publiée dans le *Lyon Médical* de 1871 par le D^r Perroud.

Virginie C..., coquetière, demeurant à Lyon, entre à l'Hôtel-Dieu, le 20 février 1869.

Cette femme d'un tempérament lymphatique et de constitution chétive a 30 ans. Elle a toujours été menstruée et n'a jamais été malade. Elle a déjà eu deux enfants qui sont morts dans le premier âge, l'un de croup, l'autre d'éclampsie. Ces deux grossesses ont été très bonnes, elles ont atteint heureusement leur terme normal et l'accouchement fut chaque fois facile et exempt d'accidents.

A la fin de 1868 la malade s'aperçut que son ventre grossissait, puis ses seins se gonflèrent et donnèrent un peu de lait, des vomissements survinrent ainsi que tous les maux qu'elle avait éprouvés pendant ses deux premières grossesses.

Dans le courant du mois de mars, il se manifesta une métrorrhagie assez abondante qui dura trois semaines; le ventre néanmoins continua à se développer très régulièrement et la malade sentit très manifestement vers le quatrième mois les mouvements du fœtus.

La grossesse était extra-utérine. Au septième mois le faux travail se déclara et les mouvements de l'enfant cessèrent de se faire sentir.

Deux mois après de la toux se manifesta et l'auscultation permit de constater la formation et suivre les progrès de cavernes au sommet des deux poumons. La maladie marcha rapidement dès

lors à la cachexie, la fièvre hectique s'alluma et la mort survint.

A l'autopsie, on trouva le sommet des deux poumons très manifestement sclérosé et creusé de petites cavernes de la grosseur d'une amande et remplis d'une sanie puriforme. Ces lésions étaient plus avancées à droite, de sorte que le lobe supérieur de ce poumon présentait à la coupe l'apparence d'une éponge grossière imbibée d'un liquide sale.

M. le Dr Perroud fait suivre cette observation des réflexions suivantes :

« Faut-il voir dans la présence du fœtus se crétifant et se momifiant dans l'abdomen, une cause d'infection ayant déterminé dans les poumons des cavernes de la même manière que l'expérimentation pathologique en provoque sur les animaux? Peut-être cependant nous ferons remarquer que ce sont surtout des granulations tuberculiformes plutôt que des cavernes que l'on détermine dans les poumons des animaux en expérience lorsque l'on insère dans leurs tissus, sous la peau ou dans la cavité péritonéale, des fragments de muscles ou d'autres tissus qui ne tardent pas à subir la dégénérescence granulo-graisseuse. Or, chez notre malade l'autopsie ne nous montre de granulations ni dans les poumons ni dans le péritoine. »

Si nous jetons maintenant un coup d'œil d'ensemble sur les nombreuses observations que nous venons de rapporter ou de résumer, nous voyons que dans l'immense majorité des cas la tuberculose pulmonaire a été aggravée par la gestation. Dans la première catégorie nous trouvons deux espèces de femmes : les unes présentaient avant de devenir enceintes des signes de

phthisie plus ou moins avancée (quelques-unes avaient eu déjà une ou plusieurs hémoptysies); les autres au contraire n'offraient aucun symptôme de tuberculisation confirmée, mais une simple disposition à s'enrhumer. Chez toutes, la grossesse a exercé sur la poitrine une influence fâcheuse. Celles dont la phthisie était manifeste au moment de la conception ont avec beaucoup de peine atteint le terme de la gestation; celles qui sans offrir aucun signe caractéristique de tuberculose étaient malheureusement douées d'une disposition spéciale à s'enrhumer, présentaient au terme de leur grossesse des symptômes évidents de phthisie et souvent de phthisie très avancée. Beaucoup de ces malades sont mortes peu de temps après leur accouchement, ou même ont succombé avant le terme de leur grossesse. Dans deux cas, la gestation semblait avoir amélioré la situation, mais cette amélioration n'était qu'apparente. En effet, dans l'un de ces cas, où il existait au moment de la conception des signes rationnels mais peu accusés de tuberculose, à huit mois, on trouvait des cavernes dans les poumons, malgré un certain amendement des symptômes généraux. Dans l'autre, la toux diminuait pendant la grossesse, et peu de jours après l'accouchement se produisait une pleurésie bientôt suivie de cachexie. Cette pleurésie, que l'on n'a pu attribuer à aucune cause particulière, a été le résultat du coup de fouet imprimé aux tubercules du poumon par l'état de gravidité, et sans doute aussi par les poussées congestives déterminées de côté des organes thoraciques par le travail même de l'accouchement.

Pour les observations de la deuxième catégorie l'influence de la grossesse est plus évidente encore. C'est dans son cours en effet que la tuberculose s'est déclarée, et la maladie a pris naissance tantôt dès le début, tantôt au contraire à une période plus ou moins avancée.

Dans la troisième série de faits, l'affection n'a commencé que plus ou moins longtemps après l'accouchement. Faut-il, dans ces cas, attribuer toute l'influence à l'accouchement et à la puerpéralité ? Dans les observations de la première catégorie, les femmes ont presque toutes succombé plus ou moins longtemps après le travail, et cependant il ne viendra à l'idée de personne de nier dans ces cas l'influence nuisible exercée par la grossesse sur la tuberculose. Comme je l'ai déjà dit, en effet, les malades qui présentaient au début de la gestation des symptômes peu importants, étaient au contraire à terme ou même avant dans un état de santé généralement grave.

Pour les observations de la dernière série, je suis certainement loin de contester que l'accouchement et la puerpéralité aient contribué à aggraver la situation et à hâter la terminaison, Il me paraît même hors de doute que dans certains cas, par exemple dans ceux rapportés par Caresme et où les suites de couches ont été compliquées de phénomènes pathologiques, tels que lymphangite mammaire, tumeurs hémorroïdales avec fistule à l'anus, phlegmon du ligament large, l'état puerpéral a joué dans la production de la tuberculose un rôle très-important. Mais l'époque même du début de la maladie ou de la mort, si rapprochée, le plus souvent, du terme

de la grossesse me font penser que celle-ci n'a pas été indifférente au développement des tubercules.

Lebert, sur ce sujet, s'exprime ainsi :

« Quand on veut apprécier l'influence de l'accouchement et de la puerpéralité sur la tuberculose, il faut tenir compte que dans la grande majorité des cas, la maladie s'est déjà très-aggravée pendant la grossesse. »

Avec tous les maîtres qui m'ont donné leur opinion sur ce sujet, et avec la presque unanimité des auteurs contemporains, je suis d'avis, je le répète, que la grossesse loin de suspendre, d'enrayer la marche de la tuberculose, comme on le croyait et l'enseignait autrefois, exerce au contraire sur cette maladie une influence fâcheuse. Elle l'active, le plus souvent, et dans le plus grand nombre des cas, en raccourcit la durée.

Son action ne diffère nullement de celle de l'accouchement. Même dans les cas où celui-ci semble devoir être seul mis en cause, il n'agit, je crois, que consécutivement dans le même sens que la grossesse. C'est la grossesse qui prépare la poudre, le travail et la puerpéralité peuvent y mettre le feu.

Plusieurs médecins ont cherché à déterminer approximativement l'accélération imprimée à la tuberculose par la gestation en comparant la durée normale de cette affection à celle qu'elle présente chez les femmes phthisiques qui ont supporté une ou plusieurs grossesses. En moyenne la tuberculose pulmonaire dure 16 à 18 mois. Or, chez treize femme observées jusqu'à la fin par Grisolle, la durée totale de la maladie a plutôt été diminuée qu'augmentée; chez toutes elle s'est terminée du hui-

tième au quinzième mois à dater du début des premiers symptômes ; elle a duré en moyenne neuf mois et demi, chiffre inférieur de plus du tiers à celui qu'a donné à Grisolle un nombre égal de femmes de même âge que les précédentes, et devenues phthisiques en dehors de la grossesse. Ce qui a encore frappé cet auteur, c'est que cette durée est inférieure non-seulement à celle des cas ordinaires, mais encore à celle que Bayle, Louis et Andral ont indiqué pour la phthisie qui atteint les classes ouvrières.

M. Dubreuilh a trouvé que, dans ses observations, la durée moyenne de la vie des femmes a été plus considérable que la durée de la vie des malades qui font le sujet des observations rapportées par Grisolle.

L'auteur attribue ce fait à ce que ses observations ont été prises en grande partie dans la pratique privée, tandis que Grisolle n'a observé que dans les hôpitaux.

Lebert (Archiv. für Gynæcologie) a dressé un tableau de 25 cas dans lesquels la durée de la maladie jusqu'à la mort a pu être déterminée d'une manière précise « ce qui, dit-il, n'est pas toujours facile. »

La tuberculose s'est terminée par la mort en

1 mois	—	1 fois.
1.2 »	—	1 »
2.3 »	—	1 »
3.6 »	—	5 »
6.9 »	—	2 »
9.12 »	—	9 »
1.2 ans	—	2 »
2.3 »	—	2 »

3.4	»	—	1	»
5.6	»	—	1	»

En résumé :

Jusqu'à 3 mois	12 0/0
» 6 »	20 0/0
De 6 mois à un an	44 0/0
De 1 an à 6 ans	24 0/0

Les trois cas de tuberculose terminés par la mort en trois mois démontrent d'une manière frappante l'influence funeste exercée dans l'espèce, par l'état de gravidité. Dans les observations dont j'ai plus haut résumé les faits principaux, nous en avons vu quelques-unes à peu près semblables. Heureusement elles sont l'exception. Les cas les plus fréquents de la statistique de Lebert sont ceux où l'action de la grossesse et de ses suites a réduit la durée de la maladie à un maximum d'un an. Ce chiffre coïncide à peu près avec celui de Grisolle.

« Ces cas, dit Lebert, constituent les deux tiers de mes observations et peuvent par conséquent être considérés comme formant la règle. Ils montrent que les différentes phases de l'activité sexuelle chez la femme aggravent notablement la tuberculose pulmonaire et en hâtent la terminaison fatale. »

En un mot, nous voyons que chez les femmes enceintes la tuberculose marche plus vite que chez les autres femmes. Il serait impossible, je crois, de donner une preuve plus évidente et plus certaine de l'influence fâcheuse exercée sur cette affection par la grossesse.

Du reste si, nous reportant à nos deux chapitres du

début, nous comparons entre elles les conditions favorables au développement des tubercules et les modifications imprimées par la grossesse au sang et à l'appareil respiratoire de la femme, nous comprendrons *a priori* que la gestation doit activer la tuberculisation et particulièrement celle du poumon. En effet, quelles sont les causes qui produisent la tuberculose ? Les maladies qui entravent ou empêchent complètement la nutrition, les mauvaises conditions hygiéniques, les chagrins, enfin toutes celles qui débilitent l'économie.

La congestion sanguine suffit-elle pour tuberculiser un organe chez un individu prédisposé ? Je ne chercherai pas à résoudre ce problème difficile, mais je rappellerai que l'hypéremie avec ou sans fièvre est une cause d'aggravation de la tuberculose ?

Or, chez la femme enceinte, qu'observons-nous ?

Le sang subit des modifications importantes, le nombre des globules rouges diminue, la quantité d'eau augmente, la femme, en un mot, devient anémique.

Et cette anémie est portée quelquefois, à un degré considérable, parce que la grossesse se complique de troubles plus ou moins profonds de la nutrition. Tantôt, en effet, la femme perd presque complètement l'appétit, tantôt les aliments pris sans répugnance sont rejetés presque immédiatement. La malade se trouve dans les mêmes conditions que celle dont l'alimentation est insuffisante.

On trouve aussi chez certaines femmes enceintes cette dépression morale, qui est une cause importante de tuberculisation. Dans l'observation suivante de

M. Peter, elle a presque suffi pour faire éclater la maladie.

Le 24 novembre 1869, je recevais dans mon service une femme âgée de 27 ans. Cette femme a son père et sa mère qui vivent encore, bien portants; le premier âgé de 66 ans, la seconde de 67 ans, ayant été impunément mère de 9 enfants, et nourrice de 20. Ses frères et sœurs sont tous mariés et également bien portants.

Dans ces conditions de bonne origine et de bonne santé personnelle, cette femme quitte à 22 ans son village pour être cuisinière d'abord à Dinan, puis à Saint-Malo, où rompant avec un passé qui lui avait fait une réputation de vertu, elle cède aux suggestions d'un séducteur. Pendant huit mois encore elle reste dans son pays, dévorant sa honte, constamment dans les larmes, et se refusant pour ainsi dire toute nourriture.

Puis elle arrive à Paris, il y a seize mois; là, au bout de deux mois son séducteur se décide à l'épouser, et ils vivent ensemble domestiques dans la même maison.

Ainsi épuisée par de longs mois d'un chagrin, rebelle à toute consolation, cette pauvre femme a le malheur de devenir grosse vers la fin du premier mois de son mariage. Tourmentée d'abord par des étourdissements, elle voit survenir au bout de trois mois des vomissements incoercibles que remplacent d'insupportables efforts si elle laisse son estomac vide. Cependant, arrivée au terme physiologique de ses souffrances, elle devint assez facilement mère.

Quelques jours après ses couches, la malade est prise un jour de frissons, puis d'oppression; elle tousse un peu sans avoir d'expectoration. Au bout de quinze jours, elle se relève et vient reprendre son service. Une faiblesse persisante entretenue par le manque d'appétit l'en empêche. Elle va alors à l'hospice Dubois, où on la traite par des vomitifs. Elle en sort améliorée. Mais elle reprend sa cuisine et l'oppression se reproduit, ses règles disparaissent alors définitivement. L'appétit est perdu, les digestions sont souvent troublées. Fièvre le soir. Ni sueurs, ni diarrhée.

Au point de vue des lésions, on trouve en avant et au sommet

de la submatité, et des râles gargouillants à gauche; de l'affaiblissement du murmure vésiculaire à droite.

En arrière et au sommet gauche quelques râles muqueux, surtout après la toux. Il n'y a donc pas lieu de douter de l'existence de tubercules, et de leur ramollissement surtout à gauche.

Dans ce cas, le chagrin éprouvé par la femme a certainement joué un rôle important dans la production de la tuberculose, et il faut, je crois, tenir grand compte de cette dépression morale chez les filles mères, lorsque l'on veut apprécier l'influence que la grossesse exerce chez elles sur le développement ou la marche d'une phthisie pulmonaire. Mais, dans l'espèce, je crois que l'état moral n'a pas seul agi, et que les vomissements incoercibles observés dans le cours de la gestation ont contribué aussi à l'éclosion des tubercules.

En outre, pendant la gestation le champ de l'hématose est diminué et cependant cette fonction a besoin d'être plus active. Si le sang perd de sa qualité pendant la grossesse il augmente au contraire en quantité et cette masse liquide plus considérable doit être hématisée. D'où la nécessité pour l'appareil respiratoire d'une activité plus grande qui détermine chez la femme enceinte cette pléthore pulmonaire que M. Peter a particulièrement bien étudiée. Il faut aussi, à l'exemple de Bergesio, tenir compte du passage plus considérable à travers les vésicules pulmonaires de l'acide carbonique, gaz délétère pour la vie des tissus. Cette exhalation exagérée d'acide carbonique ne saurait par elle-même être un agent de destruction, mais, ajoutée aux autres

modifications énumérées plus haut, elle peut certainement apporter son coefficient d'altération.

Débilitation de l'organisme, fatigue, hyperémie, congestion de l'appareil respiratoire, ne sont-ce pas là précisément toutes les conditions favorables à la production des tubercules en général et des tubercules pulmonaires en particulier ? Et puisqu'il en est ainsi, comment la grossesse n'exercerait-elle pas sur la tuberculose une influence fâcheuse ?

Je pourrais ici invoquer à l'appui de la thèse que je soutiens un argument que j'ai déjà développé plus haut. Comme nous l'avons vu, en effet, toutes les maladies aiguës et chroniques, et particulièrement celles des organes thoraciques, sont aggravées par la gestation. Pourquoi en serait-il autrement de la tuberculose, alors que pendant l'état de gravidité l'organisme de la femme se trouve dans la situation la plus propice à la production et à la maturation des tubercules ? Je sens parfaitement la subtilité de ma proposition. Cependant, ne peut-on jamais conclure par analogie, surtout quand les faits observés nous y portent naturellement ?

L'influence exercée par la grossesse sur la tuberculose est évidente surtout dans les cas de grossesses répétées. Des observations énumérées plus haut un grand nombre concerne des multipares. Quelques-unes d'entre elles, quoique prédisposées à la phthisie, ont mené à bon terme une ou deux grossesses et se sont parfaitement remises de leurs couches, mais rarement elles ont été aussi heureuses la troisième fois. Et cela ne doit pas nous étonner. Une femme anémiée par une grossesse

qui vient de se terminer a besoin d'un certain temps pour reconstituer ses forces surtout si elle ne vit pas dans des conditions hygiéniques favorables. Survienne une nouvelle conception avant que les effets de la première soient complètement réparés, et naturellement la disposition au développement ou à l'accélération de la tuberculose augmentera avec la débilitation de l'organisme.

Je prévois les objections assez nombreuses que peut soulever la croyance à l'aggravation gravidique de la tuberculose.

On dira et avec raison en apparence que la plupart des phthisiques dont on attribue la production ou l'aggravation de la maladie à la grossesse se trouvaient avant toute conception, dans l'état le plus favorable pour faire des tubercules. Presque toutes présentaient en effet des antécédents héréditaires, tantôt le père ou la mère, tantôt des frères ou des sœurs, ou des collatéraux étaient morts tuberculeux. En outre, les conditions hygiéniques, physiques et morales dans lesquelles elles avaient vécu avant l'apparition de leur maladie étaient déplorables et bien propres à la faire éclater et à en accélérer la marche.

Beaucoup d'entre elles semblaient aussi particulièrement disposées à la tuberculisation par leur constitution délicate et leur tempérament lymphatique. On sait, en effet, quel rôle important quelques médecins attribuent encore aujourd'hui à la constitution dans la production des tubercules. On a été jusqu'à décrire une constitution tuberculeuse. Ses principaux caractères seraient la gracilité des membres et le peu d'épaisseur et la mollesse des muscles, l'étroitesse de la poitrine, surtout en

haut, la blancheur de la peau, la rareté des poils et leur coloration pâle, la longueur des cils, une teinte bleuâtre des conjonctives, la largeur des yeux, une croissance rapide, une grande faiblesse unie à une grande excitabilité nerveuse, et comme conséquence peut-être, une circulation facile à troubler, des congestions des épistaxis, du moins dans l'enfance, souvent de la dyspnée.

L'hérédité, la mauvaise hygiène sont, je le sais, des conditions éminemment favorables pour le développement de la tuberculose. Qu'un individu soit prédisposé à cette maladie par sa naissance, et très souvent pour la cause la plus légère, ou même sans cause apparente, il pourra en être atteint ; à plus forte raison s'il est soumis à des conditions hygiéniques peu convenables ; telles que : alimentation insuffisante, refroidissements, travail excessif, etc., ou s'il fait des excès qui l'épuisent. Cependant, si nous parcourons nos observations, nous verrons que dans le plus grand nombre des cas les femmes malgré la mauvaise hygiène qu'elles subissaient avaient joui, avant leur grossesse, d'une bonne santé, ou que celles qui présentaient déjà, à l'époque de la conception, quelques symptômes suspects du côté de la poitrine, n'offraient pourtant que des signes peu accusés de tuberculose. J'admets parfaitement que l'hérédité, les conditions hygiéniques plus ou moins défectueuses aient pu chez ces malades favoriser et même commencer la tuberculisation des poumons ; j'admets que quand même la grossesse ne serait pas survenue, la plupart de ces malheureuses auraient fini par contracter l'affection à laquelle elles étaient prédisposées, et même par succom-

ber. Mais je suis convaincu que la gestation et surtout les gestations répétées, en ajoutant leur action débilitante à celle des causes précitées ont hâté l'invasion et la marche de la maladie.

Quant à la constitution, ce serait certainement aller trop loin que de nier absolument son influence, sinon sur la production, au moins sur la marche de la tuberculose ; elle lui fournit selon l'expression de M. Pidoux (discours à l'Académie, 3 décembre 1867), un terrain favorable. Mais on a lui attribué un pouvoir exagéré. Laennec, l'un des premiers, s'éleva contre cette exagération et montra que la tuberculose emporte le plus souvent les personnes les plus robustes. M. Louis qui inclinait primitivement pour les constitutions faibles et délicates, mit plus tard très fortement cette opinion en doute en se rappelant l'analyse de ses observations relatives à la marche de la phthisie, de laquelle il résultait que la maladie avait parcouru ses diverses périodes aussi rapidement chez les individus forts que chez les individus faibles, et même plus vite chez les premiers que chez les seconds.

M. Fournet déclare que les deux tiers des individus soumis à son observation avaient une constitution ordinaire. M. Briquet a compté trente-trois sujets forts et deux faibles dans une série de faits qu'il a analysés à propos de la question de l'hérédité de la phthisie, les autres n'avaient rien de remarquable dans leur vigueur, ni en plus ni en moins. Du reste un assez grand nombre de femmes dont l'histoire fait le sujet de nos observations sont citées comme jouissant d'une bonne

constitution. Je ne soutiendrai pas cependant que chez les personnes faibles, délicates, peu résistantes, la grossesse ne puisse déterminer plus facilement l'explosion d'une affection tuberculeuse.

Il en est de même des maladies qui ont précédé la conception, et particulièrement de la scrofule et des lésions des organes thoraciques. La phthisie, et d'une manière plus générale la tuberculisation, doit elle être séparée de la scrofule ou bien les deux maladies constituent-elles une seule et même diathèse? Je sortirais de mon sujet en discutant cette intéressante question, mais quelle que soit l'opinion que l'on adopte, il faut reconnaître que les deux états ont entre eux un lien étroit de parenté et sont souvent réunis sur le même sujet. Une personne scrofuleuse deviendra plus facilement phthisique qu'une autre, et si une ou plusieurs grossesses viennent s'ajouter à cette prédisposition pathologique et agir dans le même sens, nécessairement les dangers de tuberculisation augmenteront.

Une pleurésie, par les adhérences qu'elle détermine entre les poumons et les parois thoraciques, tend à rétrécir le champ de l'hématose, à amener, suivant l'expression de M. Peter, un certain degré de famine par insuffisance de la respiration, et à créer ainsi dans l'organisme une situation favorable au développement des tubercules. On pourrait donc avec une certaine apparence de raison croire que dans les observations de femmes qui avant ou pendant leur grossesse ont été atteintes de pleurésie, et ont présenté plus tard des signes de tuberculose. on pourrait croire, dis-je, que

Gaulard.

18

cette dernière affection s'est produite sous l'influence exclusive de la première, Mais le plus souvent, dans ces cas, la pleurésie devait être consécutive au développement des granulations. Celles-ci peuvent exister longtemps vers la plèvre sans trahir leur présence par des signes tranchés. Il en résulte que, lorsque plus tard, après la pleurésie, les symptômes véritables de la tuberculisation se manifestent, on est porté à supposer que la pleurésie en a provoqué le développement, tandis qu'elle n'est elle-même qu'une conséquence des granulations pleurales ou sous pleurales. C'est là l'opinion de MM. Cornil et Hérard. Elle diffère complètement, je le sais, de celle d'autres auteurs qui pensent que rien n'est plus commun que de voir une tuberculisation se déclarer après une pleurésie. Sans rejeter l'influence de cette maladie, je crois cependant pouvoir émettre l'avis que dans les observations rapportées plus haut de femmes enceintes devenues franchement phthisiques à la suite d'une pleurésie survenue pendant la grossesse, cette pleurésie a été elle-même le résultat d'une poussée aiguë imprimée par la gestation aux granulations préexistantes, et non la cause formatrice de ces granulations.

De cette discussion un peu longue je tirerai cette conclusion, que la grossesse chez une femme prédisposée par hérédité, mauvaise hygiène ou maladies antérieures, peut provoquer le développement de la tuberculose et que dans l'immense majorité des cas elle accélère la marche de cette maladie quand elle existait déjà auparavant. La grossesse peut-elle suffire pour produire la tuberculose quand la prédisposition héréditaire fait défaut?

C'est mettre sur le tapis un problème qui a été diversement résolu par les auteurs. Les uns sont d'avis que la prédisposition à la phthisie est innée, les autres au contraire qu'elle peut se développer dans le cours de l'existence, être acquise dans le sens propre du mot.

« Nous croyons, disent d'une part MM. Barthez et Rilliet, que la prédisposition est constante et qu'elle est inhérente à la nature humaine. Nous ne concevons pas qu'il en puisse être autrement, car elle est le résultat des différences d'organisation et trouve à s'exercer chaque jour de notre vie. »

D'autre part M. Fournet, s'exprime ainsi :

« La prédisposition aux tubercules est acquise quand le malade né de parents sains, d'une constitution primitivement robuste, après avoir joui plus ou moins longtemps d'une très bonne santé, s'est vu tomber insensiblement, sous l'influence de certaines circonstances particulières, dans les conditions organiques qui prédisposent aux affections tuberculeuses. »

MM. Cornil et Hérard, sans vouloir se prononcer d'une façon précise, disent qu'ils ne peuvent méconnaître que dans certaines circonstances la maladie semble réellement avoir été créée de toutes pièces par des influences bien déterminées chez des individus qui semblaient devoir être complètement à l'abri de toute prédisposition à la tuberculisation.

Des grossesses répétées, en épuisant les femmes, surtout lorsqu'elles sont suivies d'allaitements plus ou moins prolongés sont capables, je crois, d'agir ainsi.

Mais, je le répète encore, si la grossesse aggrave la

tuberculose, c'est parce que le plus souvent elle vient ajouter son action à celle d'un certain nombre de causes prédisposantes, l'hérédité, les mauvaises conditions hygiéniques ou les maladies antérieures.

Cependant ce pronostic fâcheux ne doit pas être posé d'une façon absolue. Dans un certain nombre de cas la marche de la phthisie n'est pas influencée par la gestation, ou même il semble se produire, du moins dans l'état général, une amélioration sensible.

Les faits de cette dernière catégorie sont peu nombreux. Il s'en trouve deux parmi nos observations, en voici un autre que j'emprunte à MM. Cornil et Hérard.

Chez la femme observée par eux l'hérédité tuberculeuse était manifeste. Les premiers symptômes s'étaient développés au mois de mai 1865, à la suite d'un refroidissement.

La malade devint enceinte vers le mois d'août et entra dans le service le 26 novembre. A cette époque, elle toussait presque continuellement, expectorait des crachats blanc jaunâtres, peu abondants, vomissait souvent après les efforts de toux. Il existait de l'inappétence, des sueurs nocturnes, une petite fièvre le soir. Nous constatons au sommet du poumon droit, surtout en arrière, quelques râles sous-crépitaux et une légère matité. Aujourd'hui, 15 mai, six mois après son entrée à l'hôpital, non seulement, la maladie n'a pas progressé, comme cela se voit habituellement surtout pendant la saison d'hiver, mais nous remarquons une amélioration notable dans l'état général et local. La malade tousse à peine, n'expectore plus, a de l'appétit. La fièvre a cessé et les sueurs ont sensiblement diminué. Quant à l'état local, il a peu varié; mais, néanmoins, les râles sous-crépitaux paraissent moins nombreux et moins prononcés. La grossesse a poursuivi son cours sans aucun accident. L'accouchement est imminent.

Dans ce cas, l'amélioration est évidente et a porté

non seulement sur l'état général, mais encore sur l'état local. Il est impossible, en effet, de mettre en doute la justesse du diagnostic posé par des cliniciens aussi expérimentés que MM. Cornil et Hérard. Cependant ce sont là des cas rares. Qu'une phthisique dont la maladie est peu avancée puisse se trouver mieux pendant une grossesse exempte de toute complication, je l'admets; mais cette amélioration n'est ordinairement qu'apparente. Si les symptômes généraux semblent s'amender un peu, l'état local reste stationnaire et menaçant. Le *statu quo* me paraît, en effet, ce qu'on peut demander de mieux pour une femme tuberculeuse qui devient enceinte ou réciproquement pour une femme enceinte chez qui se déclarent les premiers symptômes de la phthisie. On connaît aujourd'hui un certain nombre de cas où une tuberculose préexistante n'a pas été influencée par la grossesse.

En voici une observation intéressante que j'en prunte à Lebert :

Une de mes malades devint tuberculeuse dans la quatrième grossesse. Depuis cette époque elle avait de fréquentes hémoptysies. Cependant elle se maintenait, et même depuis le début de la maladie elle avait donné le jour à un enfant bien portant. Je l'examinais tous les ans. Le sommet du poumon droit était tuberculeux; mais malgré cela l'état général restait bon. Ce n'est que dans la seconde moitié de l'année dernière, six ou sept ans après le début de la maladie, que l'état général devint plus mauvais et qu'en même temps l'affection s'étendit aux deux poumons. La fièvre, aujourd'hui, est continue, et tout me fait supposer que la mort arrivera avant la fin de l'année courante.

Le chef de clinique de M. Rostan, M. Beauvais, a publié autrefois l'observation suivante :

Sophie D..., lingère, veuve, âgée de 59 ans, est née à Montmirail. Régliée à 12 ans, elle mit au monde à l'âge de 17 ans l'aîné de 10 enfants, dont les 8 premiers moururent en bas âge, la plupart de convulsions. Des deux plus jeunes, l'un est une femme de 29 ans, jouissant d'une bonne santé; l'autre est un garçon de 22 ans, bien portant. La malade a joui d'une bonne santé jusqu'à 54 ans, seulement à l'âge de 25 ans elle avait eu quelques hémoptysies. Cette femme fut abondamment réglée jusqu'à l'âge de 54 ans; à cette époque des troubles survinrent dans la menstruation; aussitôt se manifesta une petite toux sèche qui fut suivie des autres symptômes de la phthisie.

A l'autopsie, on a trouvé des tubercules à diverses périodes d'évolution au sommet des deux poumons; sous la clavicule gauche, une caverne. La mère de cette femme est morte à 55 ans, phthisique, après six mois de maladie bien confirmée.

Les détails ne sont pas ici extrêmement précis; on pourrait supposer que la phthisie chez cette malade ne s'est déclarée qu'après la ménopause. Mais si l'on se rappelle qu'elle était née d'une mère poitrinaire, et qu'elle même avait eu à 25 ans plusieurs hémoptysies, on conclura, je crois, avec raison que des tubercules existaient déjà dans un ou dans les deux poumons à ce moment, et que leur évolution n'a été en rien influencée par les grossesses et les accouchements qui ont suivi.

Les tubercules pulmonaires peuvent exister pendant très longtemps sans donner lieu à des accidents sérieux, sans même attirer l'attention par aucun symptôme général ou local. Durand-Fardel, dans son Traité des maladies des vieillards, page 621, rapporte un cas de ce

genre, d'autres faits non moins intéressants ont été observés antérieurement par Louis, Leudet, Andral, etc. Rien n'empêche donc d'admettre qu'une femme phthisique à 20 ou 25 ans a pu atteindre, malgré cet état, l'âge de la ménopause et succomber seulement alors aux lésions pulmonaires qu'elle portait.

De même, une personne peut se trouver dans les conditions les plus favorables au développement de la tuberculose, être prédisposée à cette affection par sa naissance, la mauvaise hygiène à laquelle elle a été soumise, des maladies antérieures plus ou moins graves et cependant devenir enceinte plusieurs fois, accoucher et nonrrir ses enfants, sans que sa poitrine devienne le moins du monde malade. Ou si la phthisie se déclare, c'est à une époque tellement éloignée de la grossesse, qu'il est impossible d'attribuer à celle-ci la moindre influence sur la production des tubercules.

Caresme, dans sa thèse, cite plusieurs observations de ce genre dont quelques-unes surtout me paraissent très concluantes. Je ne noterai que la suivante :

Une femme a 7 grossesses, la première à 18 ans, cinq ensuite à deux ans et demi d'intervalle chaque, une sixième à 36 ans, la septième à 38 ans; la phthisie apparaît à 58 ans, vingt ans après la dernière gestation; et on ne constate en fait de maladie intercurrente qu'un état d'inappétence pendant l'année qui précède l'affection pulmonaire; à part cela la santé a toujours été bonne.

On ne peut réellement, dans ce fait, établir une relation de cause à effet entre la grossesse et la tuberculose.

Cependant, cette malade paraissait singulièrement prédisposée à cette affection. D'un tempérament lymphatico-sanguin, elle était petite et maigre ; elle avait la figure pâle, ridée et l'air beaucoup plus âgée qu'elle ne l'était en réalité. Elle ne connaissait dans sa famille aucun antécédent scrofuleux ou tuberculeux, mais de tout temps elle avait été mal et insuffisamment nourrie, avait beaucoup travaillé depuis l'âge de 10 ans, et éprouvait depuis quatre ans de violents chagrins.

Lebert, dans les recherches qu'il a faites pour déterminer la durée de la phthisie chez les femmes enceintes, a trouvé sur vingt-cinq observations quatre cas où la durée moyenne de la tuberculose n'a pas été raccourcie par l'influence de la gestation, et même dans deux autres cas les femmes, malgré leur grossesse, ont vécu plus longtemps que ne vivent ordinairement les poitrinaires. Au moment même où il publiait sa statistique, Lebert connaissait une malade qui avait eu des enfants dans le cours d'une tuberculose dont le début remontait à sept ans.

Ces faits concordent parfaitement avec les observations que nous venons de citer. Seulement ils sont peu nombreux et ne constituent qu'une exception à la règle que nous avons énoncée.

On comprend *a priori* que l'influence exercée sur la tuberculose par la grossesse ne soit pas absolument identique dans tous les cas. Il suffit, en effet, de se rappeler les paroles de MM. Pidoux et Peter que nous avons rapportées plus haut. C'est là qu'il faut établir entre la tuberculose et la phthisie la distinction impor-

tante admise par ces auteurs. Qu'une femme ne présente que des granulations embryonnaires dans les poumons, isolées les unes des autres par un tissu parfaitement sain, crépitant, non congestionné, qu'en outre les principales fonctions s'accomplissent régulièrement et maintiennent l'état général satisfaisant, il pourra très bien arriver que malgré une ou même plusieurs grossesses l'affection de cette malade reste stationnaire ; et ce résultat sera d'autant plus possible que la gestation se sera passée dans de meilleures conditions et aura apporté moins de troubles du côté des organes hématopoiétiques. Ce qui, quelquefois, pourra contribuer encore à diminuer ou même à entraver complètement l'action pernicieuse de la gestation, c'est que très ordinairement, la femme grosse, vu son état, prend pour sa santé, si ses moyens ne le lui défendent pas absolument, des soins hygiéniques qu'elle avait négligés auparavant. Elle institue à son insu un traitement qui contre-balance l'action débilitante de la grossesse.

Même, qu'une femme porte dans ses poumons des tubercules ramollis et devienne malgré cela enceinte ; si les grandes fonctions sont bonnes ou peu altérées, si la nutrition est peu ou point atteinte, si les forces sont suffisantes, et l'appétit assez bon, elle pourra passer une grossesse heureuse et ne subir, de ce chef, aucune aggravation dans son état.

S'agit-il, au contraire, d'une phthisique minée par la fièvre, cachectisée par les sueurs, la diarrhée, l'expectoration, il faudra craindre que la gestation lui devienne fatale. Alors, en effet, les fonctions générales sont pro-

fondément troublées, parce que le foie, les reins sont atteints de dégénérescence graisseuse ou amyloïde, le cœur altéré est près de l'impuissance, le sang lui-même ne préside plus ou à peine aux échanges nutritifs; les pertes sont énormes : diarrhée, sueurs, expectoration, les recettes sont nulles ou presque nulles. Alors les tubercules primitifs se rapprochent les uns des autres, se fusionnent sous l'influence de la congestion déterminée par l'état de grossesse; le tissu pulmonaire environnant devient lui-même malade. C'est un nouveau terrain préparé à l'invasion de la tuberculose. La zone embryonnaire limitante au lieu de subir la transformation fibreuse, comme on l'observe lorsque les tubercules évoluent lentement, donne naissance à de nouvelles néoplasies, la phthisie accélère sa marche.

Il en sera de même certainement si la maladie a pris dès le début la forme aiguë.

Autrefois, les auteurs imbus de l'idée de la dérivation sanguine produite par la grossesse du côté de l'utérus, pensaient que la phthisie aiguë devait plutôt que toute autre forme être influencée d'une manière avantageuse par l'état de gravidité. Cette idée se trouve exprimée et défendue avec conviction dans une thèse bien faite, soutenue à la Faculté de Paris, en 1856, par le D^r Lasèque. Aujourd'hui, que l'on a mieux précisé l'action exercée par la gestation sur l'appareil respiratoire, on ne peut plus admettre cette opinion; si la tuberculisation pulmonaire est peu avancée, s'il y n'a au sommet des poumons que des granulations disséminées, sans congestion circonvoisine, ou que cette congestion soit faible

encore, la maladie pourra rester stationnaire. Au contraire, si dès le début le poumon est fortement congestionné et si l'affection tend à suivre immédiatement une marche rapide, celle-ci ne pourra qu'être accélérée par la grossesse.

L'âge entre aussi pour une certaine part dans la rapidité d'évolution de la tuberculose chez les femmes enceintes. Lebert a établi à ce sujet la statistique suivante à l'aide de 33 observations.

De 20 à 25 ans il a observé 8 cas, soit 24 0/0.

25 à 30	—	13	—	40 0/0.
---------	---	----	---	---------

30 à 35	—	6	—	18 0/0.
---------	---	---	---	---------

35 à 40	—	6	—	18 0/0.
---------	---	---	---	---------

D'après Lebert, l'influence de la grossesse sur la tuberculose se fait donc sentir surtout de 20, à 40 ans, et bien plus encore de 20 à 30 ans. En effet de 20 à 30 ans on a observé 64 0/0 des cas, tandis qu'entre 30 et 40 on n'en a observé que 36 0/0.

Portal, dans son ouvrage sur la phthisie, dit qu'il a vu souvent des femmes mariées trop jeunes devenir poitrinaires. Cette opinion, parfaitement raisonnable, est aujourd'hui celle de presque tous les médecins.

En terminant, je dirai donc :

Il n'est pas impossible que la grossesse produise la tuberculose pulmonaire, cependant dans l'immense majorité des cas elle la provoque chez des sujets qui portent en eux le germe de l'affection.

La grossesse aggrave la tuberculose, c'est la règle. Mais il y a quelques exceptions. Cette influence fâcheuse est due à l'action débilitante que l'état de gravidité

exerce sur l'organisme, et aux troubles qu'il apporte dans les fonctions de l'appareil respiratoire.

Nous pouvons ici faire un rapprochement qui ne manque pas d'intérêt. La grossesse, en effet, agit sur la tuberculose à peu près comme l'intervention chirurgicale. Dans une excellente thèse soutenue récemment à la Faculté de Paris par M. Leroux et intitulée : « Des amputations et des résections chez les phthisiques », je trouve le passage suivant :

« Les amputations ont activé la marche de la tuberculose dans la moitié des cas au moins. Sur 27 amputés, 15 environ sont morts avant un mois, quinze jours en moyenne. Or, si pour quelques-uns d'entre eux, l'état de cachexie profonde dans lequel ils se trouvaient au moment de l'opération ne leur laissait plus guère de temps à vivre, il faut convenir que pour le plus grand nombre cette moyenne de survie est très faible, car on sait combien des phthisiques même avancés, dans les formes lentes de la phthisie, et c'est ici le cas ordinaire, on sait combien ils traînent, alors que chaque jour, on croit leur dernière heure venue. De plus, parmi ces morts rapides, quelques-uns ont atteint des opérés, qui n'étaient encore que des phthisiques peu avancés, et même, mais en plus petit nombre, que des tuberculeux.

« Quelques-uns de ces malades ont succombé aux suites d'une phthisie aiguë, d'une pleurésie purulente, d'une méningite tuberculeuse, etc.

« Dans quelques cas une tuberculose jusque-là latente est devenue manifeste et a pris une évolution rapide.

« Pour quelques-uns en petit nombre, l'opération a été

indifférente. L'affection thoracique n'en a subi aucune amélioration, elle a évolué comme avant l'opération.

Chez d'autres, la majorité des survivants, la pbthisie a par l'opération subi une amélioration très-évidente; la plaie s'est cicatrisée, l'état général s'est amélioré. L'opéré est sorti dans un état satisfaisant, mais les lésions pulmonaires étaient identiques ou avaient subi un simple moment d'arrêt dans leur évolution destructive. »

De ce fait, évident pour nous de l'aggravation de la tuberculose sous l'influence de la gestation, nous tirerons des conséquences très importantes au point de vue pratique. En effet, une jeune fille de constitution délicate, de tempérament lymphatique possède dans sa famille un ou plusieurs phthisiques; elle-même peut avoir eu une pleurésie, par exemple, elle est sujette à s'enrhumer, et cependant l'examen le plus minutieux des organes thoraciques ne fait découvrir aucune trace de tuberculisation. Faut-il la marier? Quelle réponse un médecin devra-t-il faire à cette question? Quant à moi, je déconseillerais le mariage. Certainement une personne quoique placée dans ces conditions fâcheuses, ne sera pas fatalement atteinte par le mal, mais chez elle la prédisposition est grande, et pourra, sous l'influence d'une grossesse, se convertir en maladie confirmée. Tandis que chez une jeune fille, soumise à une hygiène convenable, et à un régime tonique, le germe de l'affection tuberculeuse resterait latent, chez une femme des préoccupations morales plus sérieuses et plus suivies, la débilitation produite par une ou plusieurs gestations mettront l'or-

ganisme dans les conditions les plus favorables au développement des tubercules. Il serait très-prudent dans un cas de ce genre, de conformer sa conduite à celle de Lebert, et de prévenir à la fois l'intéressée et la famille du danger qui existe.

Peut-être serais-je un peu moins sévère pour une femme âgée de plus de 30 ans ; nous avons vu, en effet, qu'au delà de ce terme la grossesse avait moins d'action sur la tuberculose. Cependant on n'oublierait pas que de 30 à 40 ans Lebert a encore constaté dans 36 cas sur 100 l'issue fâcheuse de la phthisie chez des femmes enceintes.

Que si maintenant une jeune fille avait présenté à une époque antérieure quelque symptôme de tuberculisation pulmonaire, une hémoptysie par exemple, je crois qu'il serait absolument nécessaire de lui interdire le mariage. Et il faudrait agir ainsi, quand même elle paraîtrait jouir actuellement de la meilleure santé, et n'offrirait à l'auscultation et à la percussion aucun signe suspect. Nous l'avons dit déjà, les tubercules pulmonaires peuvent rester pendant très longtemps à l'état latent, sans trahir leur présence par aucun phénomène appréciable, mais survienne une grossesse et bientôt ils deviendront évidents. Les faits observés par Lebert et rapportés plus haut le prouvent d'une manière péremptoire.

Une personne prédisposée aux tubercules par ses antécédents et par sa constitution, ou offrant déjà quelques signes rationnels de tuberculose est-elle mariée, il faut la prévenir du danger qui la menace si elle devient en-

ceinte. Mais si l'on se trouve en présence d'une femme poitrinaire et enceinte, que faut-il faire?

Quelques auteurs, et particulièrement Grisolles pensent que si la grossesse aggrave la tuberculisation, l'accouchement, au contraire, en suspend la marche. S'il en était réellement ainsi, il serait indiqué de provoquer chez les phthisiques l'avortement ou l'accouchement prématuré. Mais c'est là une erreur que démontrent clairement plusieurs de nos observations, dans lesquelles nous voyons des femmes accoucher bien avant terme et mourir peu de jours après leur accouchement. J'ajouterai à ces cas la statistique suivante de Bergesio. Sur 17 accouchements prématurés survenus chez des femmes enceintes, sept fois la mort est arrivée dans les premiers jours de la puerpéralité. Dans un seul cas il sembla se produire une légère amélioration. Dans tous les autres, les symptômes furent aggravés.

Etant donnée une personne au début de la grossesse, et chez qui, en raison des conditions héréditaires dans lesquelles elle se trouve, de l'état général qu'elle présente ou de certains symptômes locaux, on peut croire à l'existence, ou craindre le développement d'une tuberculisation pulmonaire, il y a lieu, je crois, dès l'apparition des premiers signes de la gestation d'instituer un traitement préventif de l'affection thoracique. En supposant que le diagnostic de la grossesse ne soit pas fondé, les moyens thérapeutiques mis en usage ne pourront exercer qu'une action favorable sur la santé de celle qui paraît menacée de tubercules pulmonaires. Au contraire, l'idée de grossesse se trouve-t-elle justifiée, le traitement

n'aura sur la marche de la gestation aucune influence fâcheuse.

« Puisque, dit M. Dubreuilh, il est impossible aux législateurs de signaler la phthisie et certains autres états morbides comme motifs d'opposition légale au mariage, il appartient au médecin de ne rien négliger pour remédier à ce que cette décision sage et parfaitement justifiée de la loi n'a pu atteindre. »

Habilllements, nourriture, exercices, remèdes particuliers, nous ne devons rien omettre pour arriver à un bon résultat. L'alimentation sera reconstituante, azotée, constituée par des substances de digestion facile et peu volumineuses, les repas seront fréquents et peu copieux. On conseillera aux malades le séjour à la campagne à une certaine altitude; pendant la mauvaise saison le séjour dans le midi. La gymnastique respiratoire sera très utile, de même qu'un exercice régulier et modéré au grand air; on s'efforcera, en un mot, de réaliser les conditions d'aération les plus favorables.

Tous les travaux pénibles seront supprimés, toutes les causes qui peuvent amener ou favoriser le développement des tubercules écartées.

Comme moyen médicamenteux on emploiera les amers pour augmenter l'appétit, les préparations arsenicales, la créosote, l'huile de foie de morue, les révulsifs sur les parois thoraciques, tels que teinture d'iode, cautérisations ponctuées, galvanisation des muscles inspirateurs.

Lorsque le moment de l'accouchement arrivera, la surveillance devra redoubler, afin que la femme déjà

épuisée souffre le moins de temps possible et que les suites de couches soient les plus heureuses. Il est presque inutile d'ajouter que la femme ne devra pas allaiter son enfant.

A l'aide d'un traitement de ce genre rationnel et lentement progressif, on pourra quelque fois lutter avec avantage contre l'influence nuisible de la grossesse, et permettre à la malade, non seulement de maintenir sa santé mais encore d'arriver à terme, ce qui n'est pas toujours donné aux tuberculeux.

Mais la tuberculose, nous le savons, n'envahit pas seulement le poulmon, on la rencontre souvent dans d'autres organes. Louis pensait que lorsque des tubercules existaient dans un point quelconque de l'organisme on devait nécessairement en trouver dans le poulmon. Il en est ainsi certainement dans la grande majorité des cas; cependant la tuberculisation peut attaquer primitivement d'autres tissus que le tissu pulmonaire.

La grossesse exerce-t-elle une influence déterminée sur la localisation de la tuberculose ?

« Dans mes premières observations, dit Lebert, il me sembla que la tuberculose intestinale surtout se développait rapidement après l'accouchement; dans d'autres cas cela me parut être la tuberculose péritonéale. Cependant des faits que j'ai observés je ne puis conclure d'une manière certaine que la grossesse agisse sur la forme de la tuberculose; le plus souvent c'est celle du poulmon que l'on rencontre. »

Les conditions de développement du tubercule restant les mêmes quel que soit l'organe envahi, il est facile de comprendre que la gestation devra exercer la même influence dans tous les cas.

Voici une observation de Hecker qui démontre le fait pour la tuberculose méningée.

Le 22 février 1860 entra à la Clinique une personne de 30 ans, enceinte pour la deuxième fois, et au neuvième mois de la grossesse.

Après une couche régulière, elle fut prise en février 1854 de manie puerpérale, et comme le traitement à domicile n'apporta aucun amendement dans l'état de la malade, elle fut transférée dans un asile d'aliénés, d'où elle sortit après y avoir passé une année entière le 9 mai 1855.

Cette guérison fut réelle puisque dans le cours des années suivantes il ne se déclara aucune rechute.

D'après sa déclaration, elle serait redevenue enceinte le 29 juin 1859, s'être trouvée bien portante jusqu'en janvier 1860; mais en février se déclarèrent des symptômes qui firent appréhender un retour de la maladie mentale, c'est alors que la malade fut reçue à la Maternité.

La malade était agitée, se plaignait de violents maux de tête, mais on ne put, du reste, découvrir aucun signe d'affection organique; à partir du 26 février il se déclara un peu de délire, de la fièvre, enfin la matrice semblait se contracter par moments. Le 1^{er} mars, le poulx s'accéléra au point de ne pouvoir plus être compté, le délire devint tranquille, le visage hippocratique, et la mort parut prochaine. On songea à sauver l'enfant qui fut effectivement extrait vivant par le moyen de l'accouchement forcé.

Après l'accouchement le poulx diminua un peu de fréquence, mais il se déclara un état de collapsus qui ne céda à aucun des moyens mis en usage. La mort survint au bout d'une heure.

L'autopsie fut faite vingt-quatre heures après. On trouva une forte injection des vaisseaux de la dure-mère, pas d'ostéophytes; glandes de Pacchioni nombreuses et saillantes; tubercules miliaires nombreux sur l'arachnoïde principalement dans les fosses de Sylvius; épanchement séreux dans les ventricules; substance cérébrale ramollie; tubercules miliaires dans les poumons et quelques-uns dans le côlon, ulcères.

Dans ce cas les troubles cérébraux, que l'on peut, je crois, attribuer avec raison au développement et à la présence des granulations de l'arachnoïde, se sont déclarés sous l'influence de la grossesse.

Mais en dehors de la tuberculisation pulmonaire l'état

de gravidité et de puerpéralité doit favoriser particulièrement celle des organes génitaux. C'est l'opinion d'un grand nombre d'auteurs, parmi lesquels je citerai, Nannias, Rokitansky, Kiwisch, Churchill, Craveilhier et M. Brouardel.

M. Brouardel, étudiant l'étiologie de la tuberculose des organes génitaux s'exprime ainsi : « Immédiatement à côté de la scrofule nous plaçons les inflammations antérieures des organes du petit bassin. Mais il est une cause analogue par ses effets en ce sens qu'elle a déterminé une augmentation d'activité de fonction du côté des organes, c'est la grossesse. »

La gestation affaiblit la femme, et produit vers les organes génitaux un mouvement fluxionnaire considérable. On conçoit donc que la tuberculisation de ces parties puisse se développer ou s'aggraver sous son influence. Il est évident que les femmes atteintes de tubercules de l'utérus, des trompes, des ovaires doivent presque toujours être stériles, mais l'observation suivante, empruntée à madame Boivin, me semble démontrer l'action fâcheuse exercée par la grossesse sur la tuberculose génitale.

Mme R..., veuve, âgée de 27 ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, de haute stature, d'un médiocre embonpoint, était accouchée pour la première fois à 21 ans, à l'aide du forceps, après un travail de soixante heures. Les suites de couches furent compliquées d'une péripneumonie qui retint la malade au lit pendant trois mois. Depuis elle eut deux autres couches à terme et heureuses.

Logée très étroitement comme le sont la plupart des marchands en boutique de Paris, cette femme couchait dans une soupen-

très étroite et entièrement privée d'air; ses repas n'étaient point réglés, en général sa nourriture était peu soignée, et depuis fort longtemps elle était sujette à la constipation. Vers le milieu de février 1826, en sortant d'un bal, Mme R... fut prise d'un catarrhe aigu, accompagné d'une toux violente, qui ne l'empêchait pas cependant de vaquer aux affaires de son petit négoce. Mais une douleur fixe, pongitive, dans le côté gauche et antérieur de la poitrine détermina la malade à appeler les secours d'un médecin. Elle éprouva un peu de soulagement de l'application de 20 sangsues sur le point douloureux.

Des douleurs utérines qui s'étaient manifestées après l'application des sangsues amenèrent l'expulsion d'un embryon de cinq mois ainsi que de ses annexes.

Malgré tous les moyens employés, cette femme succomba le septième jour de son avortement.

Autopsie. — Plèvre adhérente de toutes parts; ces adhérences paraissent anciennes. Le grand lobe du poumon droit contient un kyste du volume du poing, rempli de matière puriforme. Le lobe gauche est pour ainsi dire lardé de tubercules plus ou moins volumineux, dont plusieurs sont en suppuration.

Abdomen. — Le péritoine est généralement plus épais qu'à l'état sain. Le ligaments larges, les trompes, les ovaires, sont groupés et adhérents sur la face postérieure de l'utérus. Dans l'épaisseur des tissus ainsi groupés, on remarquait de nouveaux tubercules depuis le volume d'un grain de millet jusqu'à celui d'un pois, plus ou moins solides et analogues à ceux du poumon gauche.

La tuberculose des organes génitaux existait-elle chez cette femme, au moment de la conception? Cela paraît peu probable si l'on tient compte d'abord du développement relativement peu avancé des tubercules du bassin, et si l'on se rappelle en outre que la tuberculisation génitale est une cause presque constante de stérilité. Je suis disposé à admettre que les tubercules sont apparus dans la sphère génitale sous l'influence de la grossesse.

Sans doute, ils auraient pu naître chez cette femme comme conséquence naturelle de la tuberculose pulmonaire, mais la gestation a hâté leur apparition en même temps qu'elle a accéléré d'une manière évidente la marche de l'affection thoracique.

Comme je le disais plus haut, quel que soit l'organe atteint, la grossesse doit agir de la même façon sur le tubercule. J'aurais voulu ajouter ici quelques exemples de tuberculose articulaire observée chez des femmes enceintes. Malgré toutes mes recherches et toutes mes démarches je n'ai pu recueillir d'observations de ce genre. Je me contenterai donc en terminant d'attirer tout particulièrement sur ce point intéressant l'attention de ceux qui voudront ou qui devront s'occuper comme moi de l'influence exercée par la grossesse sur la tuberculose.