

jusqu'à un certain point, empêcher la complication de survenir. Mais dans beaucoup de cas, malgré le traitement, à plus forte raison s'il n'en a pas été institué, l'agitation augmente. Si c'est pendant la nuit, le sommeil agité est troublé de réveils brusques et de cauchemars, la céphalalgie devient insupportable, la vue devient impossible, et la constriction au niveau du creux de l'estomac accompagne souvent de la dyspnée. Quelquefois aussi la malade est somnolente, divague légèrement, est indifférente à tout ce qui l'entoure, et, si il existe de l'anasarque et une énorme albuminurie, l'aspect habituel de la femme en imminence d'accès est constitué.

**Accès.** — *Période d'invasion.* — L'accès commence par des convulsions fibrillaires des muscles de la face et des paupières, puis celles-ci et les globes oculaires sont animés de mouvements rapides, les yeux se dévient en haut et à gauche, les pupilles sont paralysées, les lèvres se contractent, avec ou sans déviations des commissures, et les mâchoires se resserrent violemment.

*Période de convulsions toniques.* — Au bout d'une demi-minute environ, tous les muscles s'immobilisent en contracture, les membres, le tronc, le cou et la face. La tête est renversée en arrière, la face à gauche, et le tronc forme une anse dorso-lombaire. En même temps, les muscles respiratoires, diaphragmes et intercostaux, se contractent également, arrêtant la respiration; la figure tuméfiée, bleue, prend un aspect effrayant, d'autant plus que si on n'y remédie immédiatement, la langue projetée au dehors peut être coupée par les arcades dentaires, et le sang mêlé de bave souille la face, les cheveux et le lit. Quelquefois cependant, chez les sujets très œdématisés et pâles, la congestion de la face peut être remplacée par une lividité particulière; enfin, à cette période, les bras sont en pronation et les mains fermées, les quatre doigts pliés sur le pouce. Cette période est très courte, heureusement, puisque la malade est en apnée, et à mesure qu'elle dure plus longtemps, l'aspect asphyxique augmente; elle ne peut durer plus de 20 secondes.

*Période de convulsions cloniques.* — Les convulsions proprement dites commencent, la respiration se rétablit stertoreuse, et tous les muscles qui tout à l'heure étaient contractés s'agitent, d'une façon brusque et presque régulière, les membres se tendent et se détendent, la face est grimaçante, les yeux s'agitent en tous sens, mais les mouvements, tout en étant très violents, déplacent rarement le corps. La face prend un aspect particulier de tension vasculaire et le mélange de cette congestion, avec l'œdème habituel, lui donne un aspect effrayant. Puis la respiration, encore très irrégulière pendant cette période convulsive, se rétablit, gênée par les mucosités qui remplissent le pharynx, et reste ronflante et stertoreuse pendant quelque temps.

*Terminaison de l'attaque.* — Certaines malades reprennent connaissance tout de suite après l'attaque: on les voit ouvrir les yeux, regarder autour d'elles d'un air étonné, prononcer quelques mots plus ou moins intelligibles, surtout quand la langue a été mordue. D'habitude cela se produit dans les deux ou trois premières attaques quand elles sont en série, mais à mesure qu'elles se produisent, le coma devient de plus en plus intense entre les crises et on ne peut réveiller ni sensation ni connaissance. Quand la malade parle après l'attaque, on voit que son cerveau est dans une torpeur difficile à vaincre; si on lui parle

elle répond, mais avec peine, et souvent la mémoire est lente ou abolie, et la sensation dominante est un mal de tête violent. D'autres fois, au contraire, les attaques sont suivies d'une période de demi-coma pendant laquelle on ne peut découvrir aucun signe de connaissance. Ce coma peut durer plusieurs heures si les attaques sont très éloignées les unes des autres, mais fréquemment les accès se succèdent assez rapprochés, sans que le cerveau puisse retrouver un fonctionnement quelconque.

Les accès sont d'habitude assez nombreux; on peut cependant n'en rencontrer qu'un seul, et hâtons-nous de dire que le pronostic n'en est pas meilleur; on voit en effet des femmes mourir n'ayant eu qu'une seule attaque. Il n'existe aucune régularité, ni dans le nombre, ni dans l'intensité, ni dans la production des crises convulsives, et le tableau clinique est des plus variables.

**Signes qui font prévoir l'arrivée d'une nouvelle attaque.** — Quand la femme est dans le coma, et qu'elle dort de ce sommeil lourd et abruti, elle peut, à un certain moment, montrer de l'agitation; sa respiration s'active, et, si l'on observe ses pupilles, on voit celles-ci s'élargir. A ce moment, craignez une nouvelle attaque, et faites tous vos efforts pour la faire avorter, comme nous le verrons plus loin.

L'état général est très variable. Sa température peut s'élever au début des attaques; en général, elle est presque normale, mais son élévation paraît d'habitude être d'un mauvais pronostic. Le pouls est rapide, peut s'élever jusqu'à 120, 130, et il assombrit aussi alors le pronostic. Nous avons vu que l'aspect général pouvait être très différent, suivant que le coma était plus ou moins profond.

Les urines sont généralement normales comme abondance, il est mauvais qu'elles soient rares, mais elles renferment presque toujours une quantité colossale d'albumine, et cela même dans les cas où il n'y en avait pas auparavant. Nous avons cependant observé des cas où il n'y en eut à aucun moment. Leur toxicité est diminuée en même temps que celle du sang est augmentée, enfin elles contiennent des déchets biliaires en quantité considérable.

**Marche et terminaisons.** — La mort est fréquente, elle survient quelquefois pendant un accès, mais plus souvent ceux-ci se rapprochent et sont suivis du coma qui ne se termine que par la mort; ou bien la terminaison fatale est causée par une des complications que nous verrons tout à l'heure, ou enfin les accès cessent, mais la malade, même si elle a repris connaissance, reste dans un état de somnolence d'où on la tire difficilement, son pouls s'élève petit à petit, ainsi que sa température, et elle finit par mourir, quelquefois même après quelques jours.

Mais la guérison peut aussi se produire; après l'attaque ou les attaques, la malade reprend connaissance, l'urine devient très abondante, l'albuminurie diminue, la céphalalgie s'efface, petit à petit la mémoire revient: tous ces signes sont d'un excellent pronostic, et, s'il ne survient pas d'autre complication, la malade guérit sans que presque jamais il subsiste aucune trace de cet abominable état.

**Complications de l'attaque.** — On sait que l'intoxication qui, par son action sur le système nerveux central, est la cause des convulsions, détermine une dyscrasie sanguine avec exagération de la pression vasculaire; d'un autre

côté, les tissus gorgés de poisons voient leurs petits vaisseaux et leurs capillaires s'altérer dans leurs parois, il n'est donc pas étonnant, que l'un des effets les plus fréquents de l'attaque qui congestionne les tissus et donne une pression considérable du sang, soit suivi très fréquemment d'hémorragie viscérale. La plus fréquente est l'hémorragie cérébrale qui peut se produire pendant l'attaque ou dans les périodes intermédiaires; elle n'est pas fatalement mortelle, mais, suivant son abondance et le territoire où elle s'est produite, elle peut déterminer les paralysies, les hémiplegies, de l'aphasie et tous les phénomènes que l'on observe dans l'hémorragie cérébrale, ou bien le foyer hémorragique peut se produire dans le foie, les foyers microscopiques de nécrose que l'on voit gorgés de globules sanguins peuvent se réunir, et former de véritables noyaux, quelquefois très étendus; l'épanchement sanguin peut ainsi former des infarctus et, s'il est superficiel, décoller la capsule. Celle-ci peut elle-même se rompre quand la tension devient trop grande, et nous avons ainsi observé plusieurs cas d'abondant épanchement de sang dans le péritoine. De pareils hématomes peuvent se produire encore dans les muscles, la rate, le corps thyroïde, la plèvre et les poumons; le rein peut aussi être le siège d'hémorragies qui donneront lieu à des hématuries. En résumé, tous les organes, viscères, séreuses, muscles, méninges, cerveau, peau, peuvent être parsemés d'un semis de petites hémorragies superficielles. Les poumons sont souvent œdématisés, et leur état congestif ou apoplectique peut gravement compliquer la situation dans les jours qui suivent les attaques.

Une complication très grave est l'ictère. Nous avons écrit n'avoir jamais vu guérir une éclampsie atteinte d'ictère. Cela n'est pas absolument exact, mais néanmoins son apparition à la suite des attaques, alors que la femme reste dans cet état semi-comateux, dont il est impossible de pronostiquer l'issue, assombrit considérablement le pronostic. Cet ictère devient rarement très accentué; il s'accompagne comme ses autres variétés d'une coloration foncée des urines, mais il se rapproche des ictères graves par l'aspect de la malade, son mode de production, probablement mécanique, par destruction du parenchyme hépatique.

La fonction cérébrale peut aussi rester abolie assez longtemps; on a vu des femmes ne recouvrer la mémoire et l'intelligence que plusieurs mois après, et quelques-unes présentent quelque temps de la manie puerpérale (V. plus loin).

On voit aussi les complications oculaires persister longtemps, l'amaurose peut être partielle ou totale: quand elle est sous la dépendance d'un simple œdème, elle guérit assez vite, mais lorsqu'il existe une hémorragie du fond de l'œil, le pronostic dépend de son importance. Tantôt la vue est incomplète ou, au contraire, elle n'existe plus, suivant qu'un œil est pris seul ou que les deux sont atteints; on ne pourra faire le diagnostic qu'avec l'ophtalmoscope, et nous avons observé une femme qui ne recouvra la vue qu'au bout d'un an.

Toutes les autres complications sont celles de la toxémie principale; telles sont les névrites, les psychopathies, les éruptions que nous allons étudier.

**Pronostic.** — Il est très grave. Les statistiques sont très variables pour la mère comme pour l'enfant. Tarnier donne 30 pour 100 de mortalité maternelle et 52 de mortalité fœtale. Olshausen 25 pour 100 pour les femmes et 28 pour les enfants. Notre calcul personnel est plus élevé et nous a donné 37 pour les femmes et 28 seulement pour les enfants.

Pronostic pour les femmes: tout dépend de la lésion plus ou moins profonde dont est atteint le foie et des complications possibles. Il est fort difficile de porter un pronostic certain en s'appuyant sur l'état de la malade, sur le nombre de ses attaques, sur la forme, en un mot, des accidents. Nous avons vu, en effet, des femmes mourir après une seule attaque, nous en avons vu résister à une série considérable; cependant il est certain que l'accès convulsif lui-même, par ses complications mécaniques possibles, par la dyspnée et l'asphyxie qui l'accompagnent, augmente le danger, et qu'il sera de toute nécessité de le supprimer dans la mesure du possible. Mais il faut bien savoir que la cessation des attaques, pas plus du reste que l'accouchement, ne rendent la situation moins sérieuse, car on voit mourir beaucoup de femmes plusieurs jours après, sans que la connaissance soit revenue, ou même lorsque le cerveau recommence à fonctionner, le foie ne pouvant guérir ses lésions: l'ictère en est, comme nous l'avons vu, un signe très important.

La marche de la température et le pouls peuvent être néanmoins observés avec fruit. Quand la température est élevée et le pouls rapide, et qu'au bout de peu de temps il n'y a pas une rémission marquée de ce côté, il faut craindre une issue fatale; plus encore, si une élévation se produit graduellement: cela montre l'apparition d'un état infectieux ou toxique aigu. Dans les formes avec ictère, la température sera quelquefois au contraire au-dessous de la normale.

La quantité d'urine ne peut donner aucun renseignement utile. La mort survient parfois, alors que sa quantité est considérable, et cela est logique, puisque la toxicité de l'urine est toujours diminuée, les poisons étant retenus dans l'économie, et le rein, même très actif, ne pouvant arriver à tout éliminer. La quantité d'albumine qu'elle contient peut inquiéter lorsqu'elle ne diminue pas très rapidement.

**Pronostic pour le fœtus.** — Les statistiques que nous avons énoncées montrent que l'enfant succombe dans un très grand nombre de cas. Il meurt intoxiqué lui-même et asphyxié par les lésions placentaires de la dyscrasie sanguine. On trouve en effet, dans le placenta, quand l'enfant est mort, des cotylédons entiers supprimés et des hémorragies considérables qui se sont produites récemment. Cependant, quelques fœtus, et cela surtout dans le dernier tiers de la grossesse, continuent à évoluer, et on ne compte plus les observations dans lesquelles la femme, ayant guéri, mène à terme sa gestation, à la condition que le régime soit observé strictement jusqu'à la fin. Pour lui, le nombre des attaques a une très grosse importance, car il meurt souvent par l'insuffisance d'hématose qu'elles produisent. Enfin, l'enfant peut présenter aussi des lésions du foie et des reins (Cassaet) analogues à celles de la mère, et produites par le passage des poisons à travers le placenta.

Le pronostic, très sérieux par conséquent pour la femme et pour l'enfant, devra aussi être étudié au point de vue des complications immédiates. Certains cas, peu graves en eux-mêmes, se termineront brusquement par une hémorragie cérébrale, ou bien les lésions causales, continuant à évoluer, causeront un coma tardif alors que les accidents aigus paraissent calmés.

Enfin, le pronostic est également assombri par la continuation de certaines complications, telles l'amaurose, la cécité, les psychopathies, etc.

Une femme éclampsique, qui doit guérir, reprendra très vite connaissance,

verra s'effacer rapidement sa céphalalgie, les troubles de sa vue; l'albuminurie diminuera considérablement, souvent en quelques heures, mais ne disparaîtra complètement que longtemps après. Les œdèmes seront plus tenaces, et en quelques jours la malade aura repris l'intégrité de ses fonctions.

**Diagnostic.** — Par l'examen de tous ces signes, le diagnostic différentiel sera presque toujours facile. Il ne sera délicat que lorsque l'examen des urines révélera peu ou pas d'albuminurie, ce qui est très rare. Si l'on est témoin de l'attaque, il faudra penser à l'épilepsie ou à l'hystérie. Dans la première il existe une aura et un cri initial, la connaissance revient presque immédiatement, l'aspect est tout différent, il y a une émission involontaire d'urine, ce qui est rare dans l'éclampsie, la température est d'habitude normale et il n'y a pas d'albuminurie. Pour l'hystérie, le diagnostic est facile; aucun des signes généraux n'existe, l'attaque est précédée de symptômes nerveux, il n'y a ni dyspnée, ni cyanose, ni coma. Les convulsions de la colique de plomb seront reconnues par les commémoratifs, le liséré, etc. La question sera plus difficile à résoudre quand on n'aura pas vu l'attaque; on ne pourra la résoudre que par l'interrogatoire et l'examen actuel de la malade si souvent variable.

Le coma éclampsique sera distingué : 1° du coma de l'épilepsie comme plus haut; 2° du coma de l'ivresse par l'odeur de l'haleine et des vomissements; 3° du coma cérébral par le début de la maladie, les paralysies, etc.; 4° d'un empoisonnement comme par le phosphore (Lepage).

Le diagnostic des complications sera facile par les signes ordinaires, en particulier pour l'hémorragie cérébrale, les maladies pulmonaires, l'ictère, etc. Les hémorragies viscérales seront plus difficilement reconnues.

**Traitement.** — Tout ce que nous avons écrit montre que tout l'effort du médecin pendant la grossesse est de *prévenir* cette terrible complication. Alors qu'on croyait que l'albuminurie précédait toujours d'assez longtemps son apparition, on se croyait tranquille en examinant les urines assez fréquemment, mais on sait maintenant qu'elle peut survenir très peu de temps après l'apparition de l'albuminurie, entre deux examens par conséquent, ou même que cette albuminurie peut manquer au moins avant les attaques. On ne peut cependant voir les urines tous les jours comme dans un service hospitalier; il faut donc examiner les malades à d'autres points de vue, dépister l'insuffisance hépatique et sa toxémie par d'autres signes et, quand, on les aura reconnues, appliquer strictement le traitement, même dans les cas qui ne paraissent pas graves.

Ce traitement sera celui que nous étudierons tout à l'heure au chapitre du traitement général.

Il ne faut donc pas laisser la malade arriver à cet état caractéristique dans lequel on doit craindre l'apparition des convulsions. Pour cela on ne se fiera pas à l'absence d'albuminurie, et on attribuera une très grande importance aux antécédents. Deux des femmes chez qui nous avons observé des convulsions non précédées d'albuminurie avaient présenté de l'ictère pendant leur jeunesse.

On sait aussi qu'une maladie intestinale quelconque, aiguë ou chronique, peut infecter le foie d'une façon latente et le préparer à l'insuffisance en ralentissant son fonctionnement. Les dyspeptiques, les alcooliques, les constipés sont des hépatiques. Il suffit d'un embarras gastrique léger, avec ou sans fièvre,

pour réaliser cet état (Chauffard), et nous trouverons dans ces principes des données précieuses pour la conduite hygiénique des femmes enceintes.

**Traitement pendant la période prééclampsique.** — S'il survient quelqu'un des signes prémonitoires des attaques, avant que le régime ait pu en mettre à l'abri, on attachera une assez grande importance à la pression vasculaire. Quand la pression est normale, on pourra se contenter des moyens ordinaires : chloral à haute dose, 4 à 8 grammes, en potion ou en lavement, ventouses scarifiées sur la région des reins, sangsues aux apophyses mastoïdes, eau lactosée (50 cent. pour 1000) pour tout aliment, inhalations de chloroforme, même en cas d'agitation très grande : en un mot, sidérer le système nerveux pour l'empêcher de réagir. Si la pression est énorme, nous n'hésitons pas à pratiquer une saignée de 500 gr.; nous savons que celle-ci n'est pas souveraine, mais comme ensuite la pression diminue considérablement, on est en droit de la tenter; en même temps on administrera un grand lavement purgatif et, si on en a le temps, 15 gr. d'eau-de-vie allemande.

Quand l'accès survient, si l'on est présent, on saisira immédiatement un mouchoir, le bord du drap, ou quelque étoffe que l'on insinuera entre les mâchoires pour appuyer la langue sur le plancher de la bouche et l'empêcher d'être mordue ou coupée. On la maintiendra ainsi pendant toute l'attaque; s'abstenir surtout de tout corps étranger mis entre les mâchoires et surveiller les pièces dentaires qui pourraient être aspirées dans les voies aériennes.

Il est inutile de faire aspirer du chloroforme ou de l'éther pendant l'attaque, c'est du temps perdu puisqu'ils ne peuvent rien sur une attaque commencée, mais ils pourront servir à *prévenir leur retour*. Beaucoup d'auteurs les redoutent à cause de leur action sur le rein, ils préfèrent la morphine à haute dose, jusqu'à 27 cent. en 4 jours (Olshausen); nous la rejetons, ainsi que les opiacés, parce qu'ils congestionnent les centres nerveux et diminuent la quantité d'urine. Nous préférons les anesthésiques, mais appliqués d'une certaine façon. Nous avons vu que l'attaque était précédée, même pendant le coma, d'agitation, de dyspnée, de dilatation des pupilles, qui durent quelques instants pendant lesquels on aura le temps d'endormir la malade à fond *comme si on allait pratiquer une opération*. Le sommeil arrivera d'autant plus vite que le chloral, administré à haute dose, l'aura déjà préparé, et nous avons vu, avec une surveillance incessante, faire avorter un très grand nombre d'accès et éviter ainsi beaucoup de complications mécaniques. Mais, endormir la malade au chloroforme pendant plusieurs heures consécutives et maintenir son système nerveux sans réaction au prix d'une quantité considérable d'anesthésiques aspirés, nous semble extrêmement dangereux, tant au point de vue du rein qu'au point de vue des poumons et du cœur.

**Dans l'intervalle des attaques,** on maintiendra la femme, si elle est agitée, et on la calmera par des lavements de chloral administrés avec une longue sonde pour qu'ils ne soient pas rendus immédiatement. On a pu en faire digérer ainsi jusqu'à 16 gr. dans les 24 heures. On le donnera mélangé à du lait pour empêcher son action caustique sur l'intestin. Si la femme peut avaler, on le lui donnera par l'estomac, mélangé à un peu de lait. Tarnier attribuait une grande importance à la quantité de lait avalé et il faisait de celui-ci une sorte de médicament actif puisqu'il conseillait même l'emploi de la sonde œsophagienne