

puerpérales (1), et l'expérience de Hardy et Mcclintock viennent à l'appui de cette observation. Parmi les cas graves d'épilepsie survenant avant le mariage et que nous eûmes l'occasion de voir, chez une seule nous notions des convulsions pendant l'accouchement, tandis que parmi les nombreux cas de convulsions puerpérales que nous avons eu à soigner nous n'en savons aucun où les convulsions se soient renouvelées en dehors de la grossesse.

Voici un fait très curieux de convulsions périodiques survenant pendant la grossesse uniquement.

OBSERVATION I. — La femme d'un citoyen de Ferrare, âgée de vingt ans, d'un caractère bilieux, mère de trois enfants, fut atteinte d'épilepsie périodique chaque fois qu'elle avait conçu et voyait les accès se renouveler une fois tous les quinze jours pendant toute la durée de sa grossesse. Aussitôt qu'elle était accouchée, la maladie disparaissait. La présence d'accès épileptiques était toujours pour elle un signe certain de grossesse (2).

J'ai observé un fait à peu près analogue.

OBSERVATION II. — Une dame fut prise d'attaques épileptiformes la première fois qu'elle conçut, et elles reparurent au moment où elle sentit remuer son enfant. Elle n'eut pas d'accès à une seconde grossesse, mais il n'en fut pas de même à la troisième. Elle traversa les douleurs de l'enfantement sans présenter un vestige d'accès convulsif.

§ III. — Symptômes.

Les symptômes des convulsions épileptiques ressemblent beaucoup, si même ils ne sont complètement identiques, à ceux de l'épilepsie. Dans la plupart des cas, il y a des symptômes. La malade, souvent assez longtemps d'avance, souffre de douleurs de tête, d'étourdissements, de bourdonnements dans les oreilles, d'obscurcissement de la vue, de perte temporaire de la sensibilité, de frissons, de nausées et même de vomissements. La face est congestionnée et les yeux injectés. Hamilton l'ainé mentionne particulièrement une douleur intense dans le front; Denman mentionne une vive douleur à l'estomac et considère les cas où elle domine comme les plus graves. Oslander a signalé le gonflement des mains et de la face précédant l'attaque. Presque tous les praticiens connaissent cet état de gonflement hydropique de la face seule, ou de la face et des extrémités supérieures, généralement suivi de convulsions, et que nous pouvons classer parmi les symptômes précurseurs, si en même temps l'urine renferme de l'albumine. Dans quelques cas rares cependant, il n'y a aucun symptôme précurseur, et la malade n'est avertie qu'au moment de perdre connaissance. L'aura épileptique est rarement ressentie.

(1) Tyler Smith, *Med. Gazette*, 1849, vol. IX, p. 1074.

(2) Lanzoni, *Ephem. Germ.*, 11 décembre an X, p. 160.

A mesure que le moment de l'attaque approche, les symptômes s'aggravent : les pupilles se dilatent, la face est plus injectée, les yeux sont fixes, et la malade perd connaissance.

Pendant l'attaque, la face est enflée, d'une couleur rouge foncé ou violacée, et contournée par des contractions spasmodiques. Les yeux sont agités, la langue est pendante, et la mâchoire inférieure se meut à plusieurs reprises avec assez de force pour meurtrir fréquemment la langue. Une grande quantité d'écume est rejetée par la bouche qui est souvent complètement déviée. Les muscles du cou agissent d'une manière violente et irrégulière; les membres sont lancés de tous côtés, et avec une telle force, qu'il est quelquefois impossible de maintenir la malade dans son lit. La respiration est tout d'abord irrégulière, et paraît sifflante en passant au travers des dents serrées, et de l'écume qui remplit la bouche peu à peu; elle est complètement suspendue. Le pouls est fréquent, au commencement il est dur et plein; mais il devient bientôt petit et presque imperceptible. Le corps participe à la couleur rouge de la face. Les urines et les matières fécales sont involontairement expulsées. Ce terrible paroxysme ne dure cependant pas très longtemps. Après une période de temps qui varie à cinq minutes en une demi-heure, les mouvements convulsifs deviennent moins violents et cessent graduellement. La physionomie est moins bouleversée et prend peu à peu un aspect plus naturel et plus calme. Les paupières s'abaissent, la respiration, bien qu'encore sifflante, devient plus régulière; la circulation se rétablit, le pouls devient plus perceptible quoique toujours plus fréquent; la malade reste tranquillement dans son lit, et la crise est momentanément terminée.

Entre les crises, l'état de la malade est très variable; elle peut reprendre suffisamment connaissance pour reconnaître les personnes qui l'entourent, et pour s'apercevoir qu'il lui est arrivé quelque chose d'extraordinaire, sans se rendre compte de ce que c'est, et sans pouvoir s'exprimer clairement. Dans d'autres cas, le retour de l'intelligence (mais avec perte de la mémoire) peut être complet jusqu'à l'approche d'une nouvelle crise, mais il est accompagné d'une grande faiblesse, de douleurs de tête et de désordre dans les idées. Ce sont là les cas qui donnent le plus d'espoir. D'autres malades, au contraire, restent dans un état complet d'insensibilité allant presque jusqu'au coma ou à l'asphyxie, avec une respiration sifflante ou stertoreuse, et sans aucun mouvement musculaire et sans agitation du corps ou du membre. Ce calme n'est jamais de longue durée. Il peut durer une demi-heure ou deux heures; mais, tôt au tard, le paroxysme revient pour être bientôt suivi d'un intervalle de calme, qui lui-même est bientôt remplacé par un nouveau paroxysme. Nous avons vu jusqu'à dix-huit paroxysmes survenir dans les vingt-quatre heures. Comme nous l'avons dit déjà, chez la plupart des femmes les urines sont albumineuses. Lever fait observer :

« J'ai soigneusement examiné les urines dans tous les cas de convulsions puerpérales et les ai constamment trouvées albumineuses; » et cette observation a été confirmée par Simpson, Sabatier (1), Legroux, Richelot, Prestat (2), Blot, Mascarel, Braun et autres. C. de Villiers et Jules Regnaud (3) l'ont observée dès le sixième mois; Litzman, pas avant le huitième (4) : le symptôme le plus caractéristique est l'hydropisie des mains et de la face; mais l'hydropisie n'existe pas nécessairement. « La quantité d'albumine est toujours perceptible, et augmente à mesure que le moment de la délivrance approche. Suivant l'intensité de la durée de l'altération des reins, on trouve dans les urines des tubes urinaires en plus ou moins grande proportion. L'épithélium

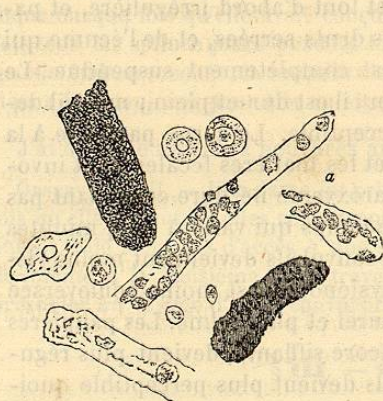


Fig. 363. — Moules. — Quelques-uns pourvus d'épithélium. Deux sont d'une couleur très foncée par la présence d'urate de soude (BEALE, pl. XVIII, fig. 00).

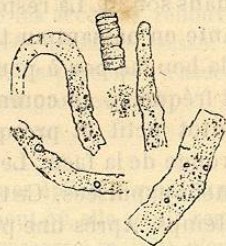


Fig. 364. — Petits moules granuleux (BEALE, pl. XVIII, fig. 86).

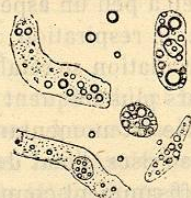


Fig. 365. — Moules de tubes contenant des globules huileux (BEALE, pl. XVIII, fig. 88).

qui les tapisse est tantôt normal (fig. 363), tantôt il a subi la dégénérescence graisseuse (fig. 364 et 365). Dans les cas les plus bénins, la présence des tubes n'est constatée qu'au moment de l'accouchement ou aussitôt après. L'examen le plus minutieux dans tous les cas ne permet de noter qu'une diminution très faible dans la quantité de l'urine. Cormack et Litzman attribuent la présence de l'albumine à la compression du rein par l'utérus hypertrophié déterminant la congestion de l'organe. Et comme argument à l'appui de cette opinion, ils mettent en avant la plus grande fréquence de l'albuminurie chez les primipares. Ils ne la regardent pas comme une conséquence de la dé-

(1) Sabatier, *Union médicale*, 14 mai 1853.

(2) Prestat, *Sur l'éclampsie*, thèse, 1839.

(3) Devilliers et Regnaud, *Recherches sur les hydropisies chez les femmes enceintes* (*Archives générales de Médecine*, 1848, 4^e série, t. XVI, p. 158).

(4) Litzman, *Association Journal*, 21 janvier 1853, p. 64.

générescence granuleuse du rein; en réalité le caractère passager du phénomène n'est pas en rapport avec la permanence de la lésion organique.

Haesdonck regarde l'albuminurie comme une hyperémie mécanique du rein; et cet auteur cite Finger, qui a examiné l'urine dans 522 cas analogues et y a trouvé de l'albumine 155 fois, parmi lesquels il a constaté deux morts à la suite de convulsions (1). Seyfert l'attribue aux troubles survenus dans la respiration et dans la circulation. D'après la majorité des observateurs, l'albumine disparaît après un temps très court, souvent quarante-huit heures après l'accouchement.

La terminaison de l'attaque est variable; quelques patientes restent dans un état de demi-stupeur et de grand épuisement pendant des heures, même pendant des jours, et graduellement elles se rétablissent. D'autres malades deviennent maniaques et peuvent rester dans cet état pendant longtemps et finissent par guérir. Dans un petit nombre de cas, la malade reste dans le coma, et graduellement arrive à un état qui ressemble à l'apoplexie, et succombe. Il s'en faut de beaucoup, cependant, que la guérison soit toujours complète. Quelquefois la malade reste dans un état apoplectiforme, ou elle devient sourde ou aveugle, ou aphasique; ou bien encore, les membres sont paralysés. En définitive, il semble que le sensorium ait subi quelque atteinte grave et que les parties correspondantes du corps s'en ressentent (2).

Des observations de paralysie partielle ou complète sont publiées par Lever, Simpson et autres, comme étant une des terminaisons des convulsions.

Nous avons déjà dit que les convulsions peuvent frapper les malades, soit pendant la grossesse, soit pendant le travail, soit après la délivrance; les femmes enceintes sont plus spécialement sujettes à cette maladie pendant les deux derniers mois, bien qu'elle puisse survenir plus tôt et à des intervalles irréguliers. Plus la malade est près du moment de l'accouchement, plus grand est le péril, à cause de l'excessive distension de l'utérus et de son extrême irritabilité.

Bien que le début du travail puisse passer inaperçu à un examen soit externe, soit interne, au moment où l'attaque éclate, le travail peut cependant commencer et suivre son cours normal pendant la durée de l'attaque. Dans ce cas, les crises seront synchrones avec des contractions utérines, quoique ne se reproduisant pas avec chacune des contractions.

Dans bien des cas, cependant, l'utérus reste inerte, et la grossesse peut continuer assez longtemps. Dans presque tous les cas, l'enfant est mort-né et même déjà putréfié; mais il est difficile de déterminer si la mort de l'enfant précède les convulsions ou si elle en résulte. Dans

(1) Finger, *Arch. de Méd. belge*, décembre 1853.

(2) Blundel, *Obstetricy*, p. 38.

le premier cas, ne pouvons-nous pas attribuer les convulsions à la présence de l'enfant mort, agissant comme corps étranger? Ramsbotham fait remarquer : « Quand le résultat doit être satisfaisant, les convulsions se reproduisent rarement, mais la grossesse n'arrive pas à son terme normal. Le travail commence au bout de quelques jours, et quelquefois même au bout des vingt-quatre heures. Il poursuit généralement son cours aussi régulièrement et aussi naturellement que si aucun accident ne l'avait précédé; mais trop fréquemment l'enfant est mort-né, et souvent même porte des traces de putréfaction (1).

Le travail suit généralement un cours normal, et, dans la majeure partie des cas, la mère se remet assez bien; il y a cependant des exceptions terribles, comme dans l'exemple suivant :

OBSERVATION III. — Une dame, vers la fin de sa grossesse, est prise de convulsions : on fait chercher la sage-femme qui devait l'assister; celle-ci déclare que le travail n'est pas commencé, et qu'il est inutile qu'elle demeure. Elle quitte la maison, et, en revenant voir sa malade le lendemain matin, elle la trouve morte. L'enfant dont on n'avait pas soupçonné la naissance était sans vie sous les draps (2).

Quand les convulsions surviennent au début de la grossesse, il semblerait naturel de les attribuer, au moins dans quelques cas, à la mauvaise présentation de l'enfant; mais il n'en est rien, il est très rare de voir coïncider une mauvaise présentation avec les convulsions.

Pendant le travail, la crise a lieu au début d'une douleur, bien qu'il n'y en ait pas à chaque douleur. La contraction utérine donne lieu à plus de souffrance que la convulsion. Les symptômes que nous avons décrits paraissent encore plus caractérisés dans l'attaque qui survient pendant le travail que dans celle qui survient pendant la grossesse. Les contractions utérines ne sont nullement enrayées par les crises; le travail poursuit son cours dans le temps normal, s'il n'est terminé artificiellement; l'enfant, bien qu'en danger, n'est pas nécessairement condamné.

Il est à remarquer, et il n'est pas facile d'en donner la raison, que, après les convulsions, et l'accouchement une fois terminé, la mère est très exposée aux inflammations abdominales qui viennent encore ajouter aux dangers qu'elle court.

Denman, le premier, a signalé le fait, que Collins et d'autres ont confirmé depuis, et dont il faudra tenir compte dans le traitement.

Quand les convulsions arrivent après l'accouchement, elles se montrent généralement deux ou quatre heures après la naissance de l'enfant; quelquefois plus tard, on ne doit pas hésiter à les attribuer à quelque impression sur le système nerveux ou sur le cerveau pendant

(1) Ramsbotham, *Prat. obs. in midwifery*, p. 641, note.

(2) Blundel, *Obstetricy*, p. 641, note.

l'accouchement, sans que nous puissions en préciser la nature. Nous ne croyons pas qu'on puisse incriminer la longueur ou la difficulté du travail, car les convulsions surviennent aussi bien après un accouchement naturel. Une perte de sang au moment de la délivrance ne prévient pas l'explosion de l'accès, et elle ajoute certainement au péril par la faiblesse extrême qu'elle provoque.

Dugès considère les cas de convulsions après l'accouchement comme obéissant beaucoup mieux que les autres au traitement, tandis que Ramsbotham est d'un avis opposé. Pour notre part, nous pensons que lorsque les convulsions se montrent durant le travail et persistent après l'accouchement, le traitement n'a sur elles que peu d'influence; viennent ensuite les convulsions survenant pendant le travail seulement, puis celles qui arrivent après la délivrance, et enfin les moins mauvaises sont celles qui ont lieu pendant la grossesse.

Bourneville, qui a étudié la marche de la température dans l'éclampsie, est arrivé aux conclusions suivantes :

« 1° Dans l'état de mal éclamptique la température s'élève depuis le début des attaques jusqu'à la fin ;

« 2° Dans les intervalles des accès, la température se maintient à un chiffre élevé, et, au moment des convulsions, on enregistre une légère ascension de la colonne mercurielle ;

« 3° Enfin, si l'état de mal éclamptique doit se terminer par la mort, la température continue d'augmenter et parvient à un chiffre très élevé, — si, au contraire, les accès disparaissent et si le coma diminue, ou cesse d'une façon définitive, la température s'abaisse progressivement et revient au chiffre normal (1). »

M. le Dr Hippolyte (2) a confirmé les premières recherches de M. Bourneville relativement à la température qui oscille entre 38°,8 et 40° dans l'éclampsie, et peut même atteindre 41°.

Après la disparition complète des convulsions et des accidents consécutifs, la malade peut revenir à son état de santé normal, et les grossesses suivantes ne sont pas accompagnées des mêmes phénomènes.

§ IV. — Anatomie pathologique.

Dans la majorité des cas, l'autopsie n'a fourni que peu de résultats. Le plus souvent, on ne trouve aucune modification dans l'état de l'encéphale (3). Dans d'autres circonstances, suivant Braun, on trouve de

(1) Bourneville, *Nouvelles recherches sur la température dans l'urémie et dans l'éclampsie puerpérale* (*Mouvement médical*, nouvelle série, 1873, p. 174).

(2) Hippolyte, *De l'éclampsie puerpérale*. Paris, 1879.

(3) Boutteilleux, thèse, Paris, 1816. — Madame Lachapelle, *Pratique de l'Art de l'accouchement*. Paris, 1838, vol. III, p. 23. — *Distribution des prix à la Maternité*. Paris, 1838, p. 31. — Baudelocque, thèse, p. 63. — Ciniselli, *Ann. univ. di Med.*, vol. LXXX, p. 472.

l'œdème anémique et une diminution dans la consistance du cerveau. Parfois les vaisseaux cérébraux sont turgides, ou il existe une suffusion séreuse à la base du cerveau ou dans les ventricules. Le cœur est généralement flasque et vide et les poumons sont pâles. On trouve aussi quelquefois du liquide dans la plèvre et dans le péricarde; on constate, dans certains cas, une inflammation péritonéale.

Dans quelques circonstances, la rate est augmentée de volume, et les reins sont congestionnés. Braun prétend que ces organes peuvent offrir les altérations propres à l'une des périodes de la maladie de Bright, et il a donné une très longue description de l'état des reins.

§ V. — Diagnostic.

1° *Avec les convulsions hystériques.* — Dans l'attaque que nous venons de décrire, il y a perte de connaissance complète avec contraction musculaire très forte; il y a de l'écume à la bouche. Les accès se répètent souvent; le retour à l'état ordinaire est incomplet, ou même il y a une insensibilité complète pendant les intervalles. Dans les convulsions hystériques, au contraire, à peine la malade perd-elle la conscience de ses actes, elle n'a pas d'écume à la bouche. Les accès ne se renouvellent pas souvent, et le retour à la santé est complet, après chaque attaque. Les sanglots, les soupirs, les pleurs et les cris sont spéciaux à l'hystérie.

2° *Avec les convulsions apoplectiformes.* — Dans les convulsions épileptiques, tout le corps est saisi de spasmes violents qui se répètent avec des intermittences, quelquefois même il y a un retour partiel au sentiment. La respiration est sifflante et stertoreuse. Les muscles conservent leur tonicité pendant les intervalles, tandis que dans les convulsions apoplectiformes les mouvements spasmodiques se montrent dès le début et ne se répètent pas, le sentiment et la sensibilité sont complètement abolis. La respiration est stertoreuse. Les muscles perdent toute leur action. Quand on soulève le bras, il retombe inerte, comme le bras d'un cadavre.

3° *Avec l'urémie.* — La marche de la température est dans ce cas un élément de diagnostic important, et M. Bourneville (1) a pu conclure de ses recherches cliniques que :

« 1° Au début, on note un *abaissement* de la température dans l'*urémie*; une *élévation* de la température dans l'*éclampsie puerpérale*.

« 2° Dans le cours de l'*urémie*, la température baisse progressivement, tandis que dans le cours de l'*état de mal éclamptique* elle s'élève de plus en plus à partir de l'éclosion des accès, et cela avec une grande rapidité.

(1) Bourneville, *Nouvelles recherches sur la température dans l'urémie et dans l'éclampsie puerpérale* (*Mouvement médical*, nouvelle série, 1873, p. 174).

« 3° Ces différences s'accroissent encore aux approches et au moment même de la mort; dans l'*urémie* la température descend très bas, bien au-dessous du chiffre normal (28°,4); dans l'*éclampsie puerpérale*, elle arrive au contraire à un chiffre très élevé (43°). »

4° *Avec l'épilepsie.* — Le diagnostic est de la plus grande difficulté, les symptômes étant à peu près identiques; néanmoins on diagnostiquera l'éclampsie par l'existence du produit de la conception; par la présence de l'albumine dans les urines, et souvent de l'œdème des membres et de la face et par l'absence de phénomènes convulsifs antérieurs.

Il peut se faire cependant que l'on ait affaire à une femme épileptique devenue enceinte, on comprend quel doit être alors notre embarras; mais M. Bourneville a fait remarquer, en se fondant sur les faits qu'il a observés à la Salpêtrière, que les épileptiques enceintes ne paraissent pas sujettes à des accidents éclamptiques (1).

§ VI. — Pronostic.

Ce que nous avons dit à propos de la mortalité montre toute la gravité de l'éclampsie puerpérale qui est certainement, après la rupture de l'utérus, l'accident le plus funeste qui puisse compliquer l'accouchement. Nous avons vu en effet que la mortalité de cette affection est d'environ un sur trois.

§ VII. — Traitement.

La division des convulsions en *sthéniques* et en *asthéniques* doit être conservée lorsqu'il s'agit du traitement.

Emissions sanguines. — Quand la malade est pâle, exsangue et faible, il faut être sobre d'émissions sanguines. Cependant on peut les employer, mais nous conseillons plus volontiers les révulsifs sur la tête, sur le cou, l'application modérée du froid, le calomel et l'opium, et enfin les anesthésiques. Dans la forme sthénique quand la tête est chaude, quand la face est congestionnée, le pouls plein, fort et fréquent, la première chose à faire est de tirer du sang par la veine du bras ou par l'artère temporale. Le sang doit couler largement, et la saignée doit être faite le plus tôt possible après la convulsion. Si les accès continuent on répétera la saignée. Denman a tiré en pareil cas 40 onces, et Blundell 70 onces de sang à une malade; l'absence de soulagement immédiat ne doit pas détourner le médecin de l'emploi libéral de la saignée. Le principal bénéfice de ce traitement est bien plus dans l'établissement plus rapide de la convalescence, que dans l'arrêt soudain des accès. Pour arriver à un résultat satisfaisant il suffira le plus souvent de tirer vingt ou trente onces de sang. Mais si les

(1) Bourneville, *De l'état de mal épileptique* (*Mouvement médical*, nouvelle série, 1872, p. 252).