

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).

convulsions ont duré depuis longtemps, ou si elles ont débuté subitement, il sera nécessaire de faire une saignée de 30, 40 ou même 50 onces, si les symptômes sont très alarmants. La règle sera que le pouls deviendra souple et mou avant d'arrêter l'écoulement du sang. Dans les cas extrêmes dans lesquels nous avons été consulté quelquefois, nous avons cru nécessaire de revenir à une seconde saignée deux ou trois heures après la première; jamais en pareil cas nous n'avons laissé tirer plus de 15 onces de sang (Davis) (1). La saignée a en outre l'avantage de prévenir l'inflammation abdominale à laquelle aucune malade à notre connaissance n'a été exposée après ce traitement. S'il y a la moindre contre-indication à la saignée générale, on appliquera des sangsues, ou bien si la malade est assez calme, on appliquera des ventouses scarifiées à la nuque. Braun est opposé à la saignée dans l'éclampsie des anémiques, non seulement parce qu'elle sera inutile, mais encore parce qu'elle peut apporter à la malade un dommage irréparable.

Il serait bon ensuite d'administrer un purgatif violent (du calomel et du jalap par exemple). L'évacuation des intestins produit généralement un grand bien, et le purgatif excite aussi quelquefois les contractions utérines, et hâte la délivrance.

On peut alors faire raser la tête et y faire des applications d'eau froide ou de glace. Denman a préconisé les affusions froides. Il rapporte l'observation suivante :

OBSERVATION IV. — « Sur une malade atteinte de convulsions, qui avait été saignée, et sur laquelle beaucoup d'autres moyens avaient été essayés en vain, je me décidai à essayer l'effet de l'eau froide. Je m'assis près du lit de la malade, un large bassin d'eau sur les genoux, un faisceau de plumes à la main. Le corps était agité et annonçait par divers signes la souffrance, souffrance évidemment causée par l'action de l'utérus au moment des convulsions. A ce moment j'aspergeai d'eau la figure de la malade, recommençant à plusieurs reprises, et empêchant les convulsions. Le résultat de ces moyens fut surprenant. A chaque indication de douleur, je recommençais avec un égal succès; et je continuais jusqu'à ce que la malade fût délivrée. Elle n'eut plus qu'une seule convulsion, et cette fois l'usage de l'eau froide avait été négligé.

On a parfois recommandé un bain chaud. Le résultat de ce moyen est douteux et dans bien des cas il serait à peu près impossible à appliquer.

Après un certain temps, on peut couvrir de vésicatoires la tête et la nuque, la contre-irritation pouvant hâter le rétablissement de la malade.

Quand, après une abondante saignée et un purgatif actif, la crise semble s'apaiser, on a conseillé d'administrer de l'opium. Cette opi-

(1) Davis, *Obstetric medic. nr.*, vol. II, p. 1027.

nion a été vivement controversée. Nous croyons qu'il faut attribuer ces divergences d'opinions à ce que le moment précis où il convient d'administrer ce médicament n'a pas été suffisamment indiqué par Cervey qui le préconisait. Les personnes les plus autorisées sont unanimes pour reconnaître l'utilité de l'opium, dans des conditions que j'ai déjà mentionnées. Collins dit : « Plusieurs de nos meilleurs auteurs ont condamné l'usage de l'opium dans les convulsions, le considérant comme nuisible et même fatal. Une longue expérience m'a convaincu qu'il était non seulement innocent, mais très utile dans les cas où les crises continuent après la délivrance et j'espère que les observations rapportées prouveront qu'il y a d'autres conditions où l'usage de l'opium est également utile. » Le calomel à haute dose a donné de bons résultats. Collins conseilla le mélange d'opium et de tartre stibié, à dose suffisante pour produire des nausées sans vomissements. Dans tous les cas de convulsions que nous avons rencontrés, après avoir mis en usage les saignées abondantes, les purgatifs, adoptant en même temps tous les moyens nécessaires pour protéger la malade pendant les crises, nous avons essayé de la mettre sous l'influence de l'émétique de manière à amener des nausées sans vomissements. Dans ce but nous avons administré une cuillerée à bouche de la potion suivante toutes les demi-heures :

Eau de Pouliot.....	250 grammes.
Tartre stibié.....	50 centigr.
Teinture d'opium.....	30 gouttes.
Sirop simple.....	8 grammes.

« Dans quelques cas, la dose de tartre stibié employée n'était que de 4 grains pour une potion de 8 onces; dans quelques autres cas, la dose d'opium était légèrement augmentée. »

Il est indispensable d'introduire entre les dents un morceau de bois ou de cuir pour éviter que la malade ne se fasse mal à la langue; il faut en outre la mettre dans l'impossibilité de se blesser en éloignant tout ce qui pourrait l'atteindre pendant les crises.

Ce traitement s'applique également aux convulsions survenant pendant ou après le travail. Dans le dernier cas, l'opportunité de la saignée dépend entièrement de la malade.

Anesthésiques. — On a proposé d'administrer des anesthésiques pour produire l'insensibilité, et calmer ainsi les convulsions. Jusqu'ici, ce remède paraît des plus précieux.

W. Channing (de Boston) s'est servi d'éther dans dix cas. Six fois les malades guérirent, trois fois la vie de l'enfant fut sauvée. La proportion est évidemment plus favorable que dans les cas où ce moyen n'a pas été employé (1). Turner (de Mansfield) a administré avec un plein

(1) Channing, *On etherisation in midwifery*, p. 307-330.

succès le chloroforme dans un cas de convulsion après l'accouchement. Le chloroforme donné à la moindre menace de convulsion arrêta aussitôt l'accès, et la malade se rétablit (1). Keit a usé de ce moyen contre des convulsions survenant pendant la grossesse. Les accès furent calmés, et lorsque le travail commença, la malade fut maintenue sous l'influence du chloroforme jusqu'après la délivrance. Elle guérit (2). Dans un cas publié par Morris, le succès fut également complet (3). Dans un fait qui se passa à Gosport, l'inhalation du chloroforme fut continuée pendant trois heures, après que la malade eut eu 33 accès, la guérison fut obtenue (4). Shekelton a employé le chloroforme neuf fois, cinq fois les convulsions furent complètement arrêtées, et quatre fois la fréquence et l'intensité en furent diminuées (5). Bolton eut recours à ce médicament après que la saignée et l'opium eurent échoué, il a obtenu des succès (6). Nous avons nous-mêmes eu l'occasion d'appliquer ce traitement dans un cas où les convulsions se déclarèrent avant le travail et dans plusieurs autres cas avec succès. Braun s'en est servi seize fois, et seize fois ses malades ont guéri complètement (7). Pendant l'année 1858, où le Dr Wieland était interne à la Maternité, il eut l'occasion de traiter, par le chloroforme *uniquement*, trois cas d'éclampsie dont voici le résumé très succinct :

OBSERVATION V. — Le 6 mai 1858, la femme Jacques eut une seule attaque d'éclampsie au moment où la tête allait franchir l'orifice de l'utérus. On lui fit respirer du chloroforme, et l'on appliqua le forceps afin de hâter la terminaison de l'accouchement. Elle partit le 5 juin, n'ayant eu aucun autre accident.

OBSERVATION VI — Ganny accoucha de jumeaux le 5 juin. Elle avait des symptômes précurseurs éloignés d'éclampsie. Le 7, il survint quatre attaques. Des inhalations de chloroforme furent faites à la quatrième, qui fut la dernière, une cinquième ayant avorté sous l'influence des inhalations. Les suites de couches marchaient régulièrement, lorsque cette femme partit malgré nous le 8 juin.

OBSERVATION VII. — Pineaux, accouchée et délivrée depuis deux heures environ, infiltrée et albuminurique, fut prise d'attaques d'éclampsie le 10 septembre 1858 à cinq heures et demie du matin, et soumise à l'action exclusive des inhalations de chloroforme. Elle eut seize attaques en 22 heures, presque toutes générales et fortes malgré les inhalations, mais plusieurs parurent avorter ; la dernière eut lieu le 11, à trois heures et demie du matin, puis la connaissance revint, et l'albumine commença à diminuer. Elle avait disparu le 15. La céphalalgie qui persista après les attaques, et quelques douleurs

(1) Turner, *Lancet*, 12 janvier 1850, p. 53.

(2) Keit, *Edinburgh monthly Journal*, août 1850.

(3) Morris, *Ibid.*, mai 1849, p. 767.

(4) *Med. Times*, 23 mars 1850, p. 229.

(5) Shekelton, *Dublin Journal of medicine*, août 1852, p. 100.

(6) Bolton, *Lancet*, 29 janvier 1852, p. 108.

(7) Braun, *Medical Circular*, 2 mai 1855.

abdominales furent combattues par une bouteille de limonade purgative, et plus tard par 1,50 d'ipéca. L'eau de Vichy, un régime reconstituant et des soins ordinaires de propreté complétèrent la médication. Pineaux partit guérie le 27 septembre 1858.

Dans ces trois cas, les inhalations étaient surveillées avec beaucoup de soin, et des femmes furent maintenues sous l'influence anesthésique, pendant toute la durée du travail et après l'accouchement tant qu'on put craindre le retour des accès.

Chloral. — A côté du chloroforme on doit placer l'hydrate de chloral.

Charpentier (1) a recueilli 7 cas où ce médicament a été employé et qui se décomposent ainsi :

Cas où l'influence a été nulle.....	1 cas.
Cas où il y a eu diminution.....	6 cas.
Qui ont donné.....	7 cas de guérison.

A ces 7 cas relatés par Charpentier nous en placerons deux autres suivis de succès et qui ont été publiés par Dujardin-Beaumetz (2) et Darin (de Chaville) (3), ce dernier administra six grammes de chloral dans cent grammes de sirop de groseilles dans l'espace de quelques heures. Sa malade qui avait eu déjà trois accès convulsifs quand on commença le médicament se rétablit parfaitement.

D'autres travaux récemment publiés sont venus confirmer la valeur thérapeutique du chloral dans l'éclampsie. Sur 55 éclampsiques traitées par M. Testut (4) par l'hydrate de chloral, il y eut cinquante guérisons, chiffre vraiment extraordinaire si on le compare à ceux obtenus par les autres méthodes de traitement, M. Choupe (5) a également publié des résultats très avantageux. La dose employée varie de 4 à 10 grammes. Une première dose de 4 grammes est habituellement administrée aussitôt après la première attaque ; on peut ensuite administrer le médicament par doses de 2 grammes selon la fréquence et l'intensité des attaques.

Le chloral doit être administré par le rectum chaque fois que l'état convulsif de la malade ne permet pas de l'introduire facilement dans l'estomac.

La question importante à résoudre maintenant est de savoir si nous devons arrêter les progrès de la grossesse ou intervenir activement dans

(1) Charpentier, *De l'influence des divers traitements sur les accès éclampsiques*, thèse agg. Paris, 1872, p. 118.

(2) Dujardin-Beaumetz, *Note sur les effets de l'hydrate de chloral administré contre l'éclampsie puerpérale*, lue à la Société thérapeutique le 10 janvier 1873 (*Revue des Sciences médicales*, t. 1, 1873, p. 760).

(3) Darin, *Éclampsie et albuminurie, guérison par le chloral* (*Gaz. des Hôp.* 1872, n° 112).

(4) Testut, *De l'emploi de l'hydrate de chloral dans le traitement de l'éclampsie*. Paris, 1879.

(5) Choupe, in *Annales de Gynécologie*, 1876.

l'accouchement. Nous croyons être les interprètes de l'opinion générale, en disant que jusqu'à ce que le travail ait commencé, toute intervention est dangereuse. Aussi dans les convulsions qui se montrent pendant la grossesse, nous ne devons pas toucher à l'utérus, mais nous devons nous borner au traitement de la convulsion elle-même.

Lorsque les convulsions éclatent avec le début du travail, quelques auteurs conseillent de hâter les progrès de la dilatation au moyen des doigts, mais ce moyen a été justement abandonné, comme augmentant les crises, sans avancer le moment de la délivrance (1). On a conseillé les applications d'extrait de belladone sur le col utérin pour aider à la dilatation de l'orifice. Pour notre part, nous doutons de son effet spécial et nous nous méfions singulièrement de ses effets toxiques (2). Les auteurs anciens, et avec eux quelques modernes, conseillent de faire des incisions sur l'orifice, mais le danger d'une opération *si héroïque* compense amplement les bénéfices qu'on en pourrait retirer.

Mais supposons que l'orifice utérin soit dilaté, ou seulement dilatable, devons-nous avoir recours à l'intervention de l'art pour terminer l'accouchement ? Les opinions sont partagées. Quelques accoucheurs conseillent l'intervention immédiate, d'autres s'abstiennent complètement (3). La vérité nous paraît devoir consister à éviter les deux extrêmes. Nous n'avons pas à intervenir à cette époque du travail autrement qu'en rompant les membranes, ce qui peut hâter la fin du travail. On a souvent préconisé la version, mais, d'après tous les faits que nous avons vus recueillis, cette mesure nous paraît très hasardeuse. Ramsbotham conseille cette manœuvre, et cependant les trois observations qu'il rapporte ne sont pas encourageantes : les malades sont mortes ; cinq femmes sur sept ont généralement succombé. Collins est opposé à ce moyen, nous concluons qu'on n'aura pas recours à la version, à moins que le chloroforme ne mette la malade à l'abri du retour des accès, lors de l'introduction de la main.

Quand la tête est engagée dans le bassin, lorsqu'elle est à la portée du forceps et que l'espace est suffisant, il pourra être utile de terminer l'accouchement par l'application de cet instrument. L'opération doit, autant que possible, être faite dans l'intervalle de deux accès et pendant l'anesthésie chloroformique. Si l'introduction des branches du forceps provoque un accès violent, il faudra les retirer sous peine de les voir passer à travers les parois du vagin ou de l'utérus, pendant les efforts violents de la convulsion. Braun considère que la craniotomie n'est jamais indiquée, à moins qu'il n'y ait un vice de conformation du bassin. Ici nous ne sommes pas de son avis si l'orifice est rigide, si les

(1) Denman, *Introduction to Midwifery*, p. 430.

(2) Blundell, *Obstetricy*, p. 950, note.

(3) Denman, *Introduction to Midwifery*, p. 425.

douleurs sont insuffisantes et si les convulsions sont intenses, nous ne pouvons pas espérer que la mère résistera à de telles épreuves et nous savons que la meilleure chance de salut est la terminaison de l'accouchement, nous n'osons pas faire la version, mais nous pouvons faire la craniotomie et délivrer la femme. Nous ajouterons que, si l'enfant est mort, il est de notre devoir d'agir ainsi. Si même l'enfant vit, comme il en meurt quarante-cinq pour cent, la question restera de savoir si, pour conserver à l'enfant cette pauvre chance de vie, nous devons sacrifier la mère. Dans un des plus mauvais cas que j'aie vus nous n'eûmes pas un seul instant d'hésitation. Les accès éclatèrent en même temps que les premières douleurs, ils se renouvelèrent souvent, la femme était dans le coma et l'insensibilité la plus complète. La dilatation offrant le diamètre d'une demi-couronne (monnaie anglaise), nous jugeâmes que la malade mourrait avant la fin du travail, nous fîmes la perforation du crâne et l'extraction de l'enfant (la femme était chloroformée). La malade guérit après être restée dans un état complet d'insensibilité pendant trois jours. Nous ajoutons que si à une période quelconque du travail l'enfant meurt, la craniotomie offre le moyen le plus rapide de terminer l'accouchement. Enfin, quand la tête est dans le bassin, si l'espace est insuffisant pour qu'on puisse appliquer le forceps, comme l'enfant ne peut être sauvé, nous devons faire la craniotomie aussitôt que nous avons constaté l'état des choses.

Le professeur Stoltz résume en ces termes d'une façon très nette l'exposé de sa pratique particulière. « La saignée, dit M. Stoltz, qui dans les derniers temps a été presque complètement abandonnée, m'a le plus souvent rendu d'éminents services ; ensuite les applications froides ; les dérivatifs m'ont paru utiles et souvent nuisibles, tandis que les sédatifs, surtout après l'usage préalable de la saignée, m'ont rendu des services signalés, c'est-à-dire le chloroforme et les injections hypodermiques de morphine.

« Le chloroforme a manqué son effet assez souvent, quand on n'a pas eu la patience d'en continuer l'usage assez longtemps ; et cependant il faut aussi prendre des précautions..... Les injections morphinées réussissent surtout quand les moyens ordinaires ont échoué ; aussi, ce n'est pas au début des convulsions que je les emploie, à moins qu'il n'y ait aucun signe de congestion.

« Je n'ai jamais eu recours à l'accouchement forcé, mais j'ai cherché à le provoquer quand il ne se déclarait pas spontanément. Bien entendu que je considère avec la plupart des praticiens comme une première indication de faire l'extraction du fœtus ou de l'arrière-faix quand l'enfant est expulsé, dès que cela est possible, sans employer de trop grands efforts, car ceux-ci provoquent ordinairement des crises convulsives intenses et coup sur coup.

« Quelques purgatifs d'abord, puis des toniques et surtout les ferrugineux, m'ont toujours paru hâter la convalescence (1). »

Lorsque les convulsions ont cessé voici les conseils que donne Collins.

« Si la malade devient maniaque, comme cela arrive fréquemment après de violentes attaques qui ont duré longtemps après l'accouchement, on devra veiller avec soin à tous les malaises locaux, ainsi la céphalalgie ou tout signe indiquant une affection abdominale sera noté, et un traitement approprié sera institué. On tiendra la malade sous l'influence du tartre stibié, on n'admettra qu'un petit jour dans la chambre, on éloignera toute cause d'exaltation ou d'irritation. En agissant ainsi on aura le droit de compter sur des résultats satisfaisants. Les amis de la malade apprendront en outre avec satisfaction que celle-ci sera dorénavant peu exposée au retour de pareils troubles, comme on l'observe dans les autres formes de manie. »

Traitement prophylactique. — Quand une malade nous consulte pendant sa grossesse, ressentant les symptômes menaçants que nous avons signalés, tels que maux de tête, étourdissements, amblyopie, et surtout si ces symptômes persistent et sont accompagnés d'anasarque de la face et des extrémités supérieures et d'albuminurie, il n'y a aucun doute sur l'urgence des moyens actifs à employer, des purgatifs actifs et la saignée, des ventouses scarifiées sur les reins, devront être employés si la malade peut les supporter; le tartre émétique à petite dose; un exercice modéré et un régime régulier seront recommandés.

Toute pression doit être évitée; toute liberté d'action doit être laissée aux poumons; et si avec Cormach nous pensons que l'albumine est due à la pression de l'utérus sur les reins, nous devons recommander à la malade d'éviter autant que possible la position horizontale. Quelquefois, au contraire, ces symptômes peuvent coïncider avec un appauvrissement du sang, la malade aura alors besoin de toniques et d'un régime fortifiant. Des lotions froides ou des dérivatifs à la tête pourront être utilement employés en même temps. Frerich et Litzman disent s'être tous deux très bien trouvés de l'emploi des acides benzoïque et acétique. Si la maladie rénale existe depuis quelque temps déjà, le traitement doit être moins actif, des lotions froides, des dérivatifs avec des purgatifs doux et des acides seront conseillés. — Il faut surtout éviter les diurétiques, mais les dérivatifs sur les reins au moyen de sinapismes seront très utiles quand les convulsions surviennent avant le début du travail; Chailly (2), Sabatier, Braun et Daniel sont d'avis de provoquer l'accouchement; Bouchacourt (de Lyon) réussit une fois à l'aide de ce moyen; Legroux et Richelot doutent de l'efficacité de ce traitement. Nous partageons leur opinion en ce que le travail, lorsqu'il

(1) Charpentier, *De l'influence des divers traitements sur les accès éclamptiques*, thèse d'agr. Paris, 1872, p. 147.

(2) Chailly, *Traité de l'art des accouchements*, 6^e édition. Paris, 1878, p. 476.

survient, n'est pas infailliblement accompagné d'un retour de convulsions, surtout s'il s'est écoulé [un certain laps de temps depuis l'attaque.

CHAPITRE III

PARALYSIES SURVENANT PENDANT LA GROSSESSE OU APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

Campbell consacre une courte notice à la paralysie des extrémités pelviennes; il dit à ce sujet: « Cette paralysie peut être partielle ou complète. Dans tous les cas que j'ai observés, elle était limitée à un des membres. Je la crois alors due à la compression exercée par la tête du fœtus, dans le bassin, d'où résulterait une lésion des muscles piriformes ou des grands nerfs sacro-sciatiques. La paralysie partielle est celle qu'on rencontre le plus souvent, c'est alors une affection de longue durée. Dans aucun cas la malade n'est restée boiteuse (1). »

Ryan fait observer que quelques femmes, après l'accouchement le plus facile comme après un accouchement artificiel, sont atteintes de paralysie des extrémités inférieures et souffrent en même temps de rétention d'urine. La maladie disparaît généralement après quelques semaines (2). F. Ramsbotham a observé que la paralysie de l'une des jambes ou des deux à la fois, à des degrés variables, se montre souvent après l'accouchement. Le plus souvent le fait se produit quand le travail a été long et pénible, quelquefois cependant, alors que le travail s'est terminé dans le délai ordinaire, ou même alors qu'il s'est fait avec une rapidité inusitée. Cette paralysie n'est pas accompagnée de lésion cérébrale, elle est le plus communément due à la compression exercée sur les muscles et les nerfs du pelvis pendant le passage de la tête du fœtus à travers le bassin. On constate de la douleur ou de l'insensibilité dans la cavité pelvienne et autour de la hanche. La jambe ne peut être mue qu'avec difficulté. La paralysie disparaît ordinairement dans l'espace de quelques jours, quelquefois elle dure au delà du temps où la malade garde le lit. Celle-ci, en pareil cas, est forcée d'avoir recours à un bâton ou à une béquille. Encore une fois, l'hémiplégie peut apparaître après l'accouchement aussi bien qu'à un autre moment; mais il y aura en dehors de l'affection locale des signes spéciaux qui sont trop bien connus pour que nous ayons à les rappeler ici (3). Dewees a publié deux observations de convulsions puerpérales suivies de cécité (4).

Leake, Hamilton, Blundell, Hall, Ashwel ne font pas mention de la paraplégie ou de l'hémiplégie. Sacombe, Boivin, madame Lachapelle,

(1) Campbell, *Midwifery*, p. 406.

(2) Ryan, *Manual of Midwifery*, p. 661.

(3) Ramsbotham, *Obstetric medicine and surgery*, p. 548.

(4) Dewees, *Midwifery*, p. 548.