

TABLEAU SYNOPSIS  
POUR LE TRAITEMENT DES HÉMORRHAGIES UTÉRINES AVANT ET PENDANT LE TRAVAIL DE L'ACCOUCHEMENT.

|                        |                       |   |
|------------------------|-----------------------|---|
| AVANT<br>LE TRAVAIL.   | HÉMORRHAGIE LÉGÈRE A. | Situation horizontale.<br>Repos absolu.<br>Air frais.<br>Boissons acidules fraîches.<br>Diète.<br>Soignée s'il y a des symptômes de pléthore.<br>Vider la vessie et le rectum.<br>Mêmes moyens qu'en A, excepté la saignée.<br>D'abord applications froides.<br>Puis seigle ergoté, 2 grammes en 3 doses, à dix minutes d'intervalle.<br>Mêmes moyens qu'en A, sauf la saignée, qui ne convient que si l'état pléthorique est extrêmement prononcé. |
|                        | HÉMORRHAGIE GRAVE B.  | Orifice non dilaté et non dilatable. { Membranes entières.<br>Membranes rompues.  |
|                        | HÉMORRHAGIE LÉGÈRE... | Orifice dilaté..... { Membranes entières.<br>Membranes rompues.   |
|                        | HÉMORRHAGIE GRAVE...  | Orifice non dilaté et non dilatable. { Membranes entières.<br>Membranes rompues.  |
| PENDANT<br>LE TRAVAIL. | HÉMORRHAGIE LÉGÈRE... | Orifice dilaté ou dilatable..... { Membranes entières.<br>Membranes rompues.  |
|                        | HÉMORRHAGIE GRAVE...  | Orifice dilaté..... { Membranes entières.<br>Membranes rompues.   |

## CHAPITRE XII

## DE L'ÉCLAMPSIE

Parmi les maladies convulsives qui peuvent se présenter pendant la grossesse, le travail ou les suites des couches, il en est une qui a des caractères tellement tranchés, une physionomie si particulière, que je comprends à peine la confusion qui règne encore aujourd'hui dans la plupart des ouvrages classiques. Cette confusion vient évidemment de ce que les auteurs qui ont écrit sur les convulsions puerpérales ont réuni sous ce titre toutes les affections dont la convulsion est le caractère principal, oubliant que cette épithète de *puerpérale* doit s'appliquer, non pas à toute maladie qui se manifeste avant, pendant ou après l'accouchement, car, à ce titre, on pourrait admettre une pneumonie ou une pleurésie puerpérale, mais seulement à celle qui est intimement liée à cet état, et ne se produit que pendant sa durée. Cette confusion tient encore, à mon avis, à ce qu'on a nommé convulsions, des maladies qui ne méritent pas ce nom. Ces deux propositions seront facilement prouvées par l'exposé des distinctions admises par les auteurs.

Suivant eux, en effet, les convulsions qui surviennent pendant la grossesse peuvent être partielles ou générales.

Ils ont décrit, sous le nom de convulsions partielles, des affections dont le caractère principal est bien une contraction brusque, anormale, involontaire d'un ou de plusieurs organes musculaires, et qui sont par conséquent convulsives, mais qui, du reste, diffèrent tellement de ce qu'on a l'habitude de comprendre sous la dénomination de convulsions des femmes enceintes, que c'est avec quelque répugnance, et seulement pour éviter le reproche d'avoir omis quelques faits importants, que je m'en occupe ici. C'est ainsi qu'on a rangé parmi les convulsions puerpérales les contractions violentes de l'estomac chez certaines femmes qui, pendant leur grossesse, sont affectées de vomissements intenses et opiniâtres, et qu'on appelle aussi convulsions puerpérales les palpitations dont souffrent certaines autres.

M. P. Dubois dit avoir vu chez une femme enceinte de cinq à six mois, les parois du ventre se contracter avec une telle force, que l'utérus en était complètement refoulé dans l'excavation. On voyait ensuite cet organe revenir brusquement à sa place, et rebondir à la manière d'une balle élastique qu'on a lancée sur le sol. D'autres bosselures se montraient aussi dans les flancs, l'épigastre, la région ombilicale, et semblaient dépendre de la contraction spasmodique des viscères autant que de celle des parois du ventre. Cette femme guérit sans avorter.

M. Velpeau, dans son excellente thèse, à laquelle j'ai emprunté le fait précédent, rapporte qu'une villageoise de vingt-deux ans fut effrayée, le dixième jour après son accouchement, des mouvements qui s'opéraient dans son ventre. On voyait, à travers les téguments et les muscles, comme un globe qui se serait promené tantôt vers l'excavation, tantôt aux flancs, tantôt vers l'ombilic. Cette

espèce de boule se transformait parfois en plusieurs bosselures qui traversaient avec bruit l'abdomen, dont les parois semblèrent conserver toujours leur souplesse normale. Cette femme mourut folle deux ans après, sans que ces singuliers mouvements eussent complètement cessé. En vérité, peut-on rattacher ce fait aux convulsions puerpérales ?

Les parois du vagin se sont quelquefois contractées assez violemment, au dire de quelques accoucheurs, pour s'opposer à la sortie de l'enfant, et même pour engourdir par leur contraction la main de l'accoucheur.

De toutes les convulsions partielles, celles de l'utérus sont les moins douteuses. Nous nous sommes déjà occupés du resserrement spasmodique de l'orifice externe et de l'orifice interne du col, qui peut retarder beaucoup le travail, ou causer, dans l'accouchement par le pelvis, l'extension de la tête, et rendre son extraction difficile. Nous verrons plus loin (article DÉLIVRANCE) quelle influence ce resserrement des orifices, qui est évidemment dû à la contraction convulsive de la partie supérieure ou inférieure du col, ainsi que la contraction partielle de certaines fibres du corps de la matrice, peuvent exercer sur la délivrance.

Nous nous contenterons de mentionner ici les faits semblables à celui observé par M. P. Dubois, et dans lesquels on a vu l'utérus se porter rapidement en haut, en bas, sur les côtés de l'abdomen, et s'élaner avec tant de violence vers la vulve, qu'il fallut le soutenir avec les doigts pour l'empêcher de sortir. (Voyez, pour plus de détails, les thèses de Baudelocque, Miquel.)

Sans aucun doute, les faits que je viens de rappeler ont bien quelques-uns des caractères de la maladie que nous allons décrire sous le nom d'éclampsie, en ce sens qu'ils sont caractérisés par une contraction brusque, anormale, involontaire; mais ils en diffèrent tellement, sous le triple point de vue de la symptomatologie, du pronostic et du traitement, qu'on ne peut, à mon avis, sans confondre les choses essentiellement dissemblables, les ranger sous la même dénomination.

Qu'a-t-on fait encore pour les convulsions générales des femmes enceintes? L'hystérie, le tétanos, la catalepsie, l'apoplexie même, étaient-ils observés pendant la grossesse et le travail, ou les décorait aussitôt du nom de maladies puerpérales; et, bien que ces affections offrissent les mêmes symptômes que lorsqu'elles se montrent pendant l'état de vacuité, bien qu'elles fussent essentiellement différentes de l'éclampsie proprement dite, on les considérait seulement comme des variétés, des formes particulières de cette dernière maladie. Sans aucun doute, l'hystérie, le tétanos, etc., se ressentent bien des conditions particulières dans lesquelles se trouve la femme enceinte, et comme toutes les autres maladies qui surviennent pendant la période puerpérale, le danger qu'elles font courir à la femme s'accroît de celui auquel elles exposent le fœtus; mais l'hystérie n'en est pas moins toujours une hystérie, et la convulsion tétanique n'en a pas moins la persistance si caractéristique qui lui est propre. Ce sont donc évidemment autant de maladies distinctes.

Je dois ajouter pourtant que la convulsion peut varier dans sa forme, et qu'un accès dont les débuts ont présenté tous les caractères de l'éclampsie peut revêtir

à la fin la forme tétanique ou même la forme cataleptique. En supposant qu'il n'y ait pas eu d'erreur dans le diagnostic, ce sont là des faits exceptionnels dans lesquels il est difficile de dire si la même maladie a revêtu successivement deux physionomies différentes, ou si une maladie, la catalepsie, a succédé à une autre, l'éclampsie. Le docteur Schmidt, de Paderborn, et M. Danyau, ont publié chacun un exemple d'une semblable transformation (*Journ. de chir.*, 1844).

Quant à l'apoplexie, elle peut se montrer durant l'état puerpéral comme maladie principale, ou comme terminaison ou complication de l'éclampsie. Souvent, en effet, comme nous le dirons plus loin, les convulsions puerpérales déterminent un épanchement cérébral; mais celui-ci est alors évidemment un effet, et non la cause des accidents: il est des cas aussi dans lesquels, sous l'influence des modifications si remarquables que subit, pendant la grossesse, la circulation générale, il s'opère vers le cerveau un raptus violent qui peut aller jusqu'à l'épanchement. Celui-ci est quelquefois précédé de convulsions légères ou d'une roideur tétanique dans un ou plusieurs membres; mais celles-ci cessent aussitôt pour ne plus reparaître. L'apoplexie est bien ici la maladie, mais ce n'est pas autre chose.

À mon avis, donc, il faut admettre que, pendant la grossesse, le travail ou les suites de couches, les femmes peuvent avoir des attaques d'hystérie, de tétanos, de catalepsie, ou être frappées d'apoplexie; mais ce sont autant de maladies distinctes qui n'ont avec l'éclampsie qu'un symptôme commun, la convulsion. Les détails dans lesquels nous allons entrer mettront en lumière leurs nombreuses différences.

Pour moi, je comprendrai seulement sous le nom d'éclampsie une affection puerpérale caractérisée par une série d'accès dans lesquels presque tous les muscles de la vie de relation, souvent aussi ceux de la vie organique, sont convulsivement contractés; accès le plus ordinairement accompagnés ou suivis de l'abolition plus ou moins complète et plus ou moins prolongée des facultés sensorielles ou intellectuelles.

Les convulsions générales (éclampsie proprement dite) sont une maladie assez rare. M. Velpeau n'en a rencontré aucun cas sur mille accouchements qu'il a suivis à la Clinique. C'est là bien certainement une circonstance exceptionnelle; car en consultant les relevés fournis par madame Lachapelle, Merriman, Ryan, Pacoud, de Bourg, etc., il y aurait à peu près un cas de convulsion sur deux cents accouchements.

D'un autre côté, la pratique des principaux accoucheurs de la Grande-Bretagne fournirait environ un cas d'éclampsie sur quatre cent quatre-vingt-cinq accouchements<sup>(1)</sup>.

| (1) Bland... sur 1897 femmes, a vu 2 cas. |        | Collins... sur 16 654 femmes, a vu 30 cas. |                  |     |
|---|--------|--|------------------|-----|
| Jos. Clarke                               | 10 387 | 19   | Beaty... 399     |     |
| Merriman.                                 | 2 947  | 5  | Ashwell... 1 266 |     |
| Granville.                                | 640    | 1  | Mantel... 2 510  |     |
| Cusack...                                 | 398    | 6  | Churchill.       | 600 |
| Maunsel.                                  | 846    | 4  |                  | 2   |

Nous aurons donc 79 cas de convulsions sur 38 306 cas de travail: environ 1 sur 485.

Il est, du reste, à peu près impossible d'établir une proportion exacte en consultant que la pratique d'un seul homme; car les différentes années de sa pratique offrent des variantes très-nombreuses: pour moi, par exemple, qui, pendant mon internat à l'Hôtel-Dieu et mon clinicat à la Faculté, n'avais observé que 3 cas sur 2000 accouchements, « j'en ai rencontré 7 pendant les mois de juillet, août, septembre et octobre 1846, durant lesquels j'ai été chargé du service de la Clinique. »

L'éclampsie se montre indifféremment à toutes les époques de l'année. Quelques auteurs ont paru penser, à tort je crois, que certaines conditions atmosphériques n'étaient pas étrangères à sa production, et qu'elle est plus fréquente dans une saison que dans l'autre: madame Lachapelle, qui semble assez disposée à admettre cette opinion, et qui cependant donne un résumé qui ne l'appuierait guère, se fonde sur ce que, à l'hospice de la Maternité, plusieurs sujets sont presque toujours atteints en même temps. Cette circonstance n'est-elle pas due plutôt à l'influence de l'imitation qu'à celle de l'atmosphère? Je serais assez porté à le croire.

Cette maladie est très-rare dans les premiers mois de la gestation. M. Danyau père a eu cependant l'occasion de l'observer chez une jeune fille arrivée seulement à la sixième semaine de sa grossesse, et chez laquelle l'extraction de l'œuf put seule faire cesser les accidents. A une grossesse suivante et au même terme, l'éclampsie survint encore et fut suivie de la fausse couche; mais, cette fois, les accès persistèrent encore quelque temps avant l'avortement.

Une dame de Ferrare, âgée de vingt-huit ans, d'une constitution bilieuse, et mère de trois enfants, avait périodiquement des convulsions dès qu'elle avait conçu, et les attaques se renouvelaient tous les quinze jours pendant toute sa grossesse, de sorte que leur apparition était pour elle un signe de grossesse; mais il est douteux qu'il se soit agi d'éclampsie vraie.

En général, elles sont assez rares jusqu'au sixième mois. Elles sont fréquentes, surtout pendant le travail, et se montrent un peu plus souvent après l'accouchement que pendant la grossesse. Mais l'époque à laquelle elles peuvent survenir après l'accouchement est très-variable; et si le plus souvent l'éclampsie se manifeste quelques heures ou seulement quelques jours après la délivrance, il n'est pas sans exemple de ne la voir apparaître que huit, dix et même douze jours plus tard.

#### § I. — Causes.

Toutes les causes de l'éclampsie ont été distinguées en causes prédisposantes et en causes déterminantes.

Lorsqu'on recherche avec soin les conditions individuelles dans lesquelles on voit le plus souvent apparaître l'éclampsie, on est vivement impressionné par un fait fort singulier qui avait échappé à tous les anciens observateurs: c'est la présence presque constante de l'albumine dans l'urine des femmes éclamptiques. Je dis presque constante, car en dehors des six ou sept faits cités par MM. Depaul et Mascarel, faits sur lesquels nous aurons à revenir, je ne connais pas d'except-

tion. Cette coïncidence, au moins fort singulière, constatée aujourd'hui par un grand nombre de médecins, et que j'ai moi-même invariablement retrouvée sur toutes les femmes que j'ai eu l'occasion d'observer depuis huit ans, domine évidemment l'étiologie des convulsions puerpérales. Puisque, en effet, on retrouve à peu près constamment l'albumine dans l'éclampsie, l'esprit le plus sévère ne peut se défendre d'établir entre ces deux faits une relation plus ou moins intime de causalité.

Mais, a-t-on fait remarquer, l'albuminurie ne constitue pas une maladie; elle n'est que l'expression symptomatique d'une lésion locale ou d'une affection générale de l'organisme. Celles-ci peuvent sans doute causer l'éclampsie, comme elles avaient déjà produit l'albuminurie; mais le plus souvent elles bornent leur influence à modifier la sécrétion urinaire, sans déterminer aucun trouble nerveux. Cela est vrai, et sous ce rapport M. Blot a eu raison de considérer ces deux états morbides comme seulement concomitants, et de ne pas regarder l'un comme la conséquence de l'autre. Au point de vue clinique cependant, cette remarque de M. Blot n'a pas toute l'importance qu'il a voulu lui donner. Si, en effet, c'est bien à la lésion organique des reins ou à l'altération des liquides, dont l'albuminurie est le symptôme, qu'il faut aussi attribuer la cause de l'éclampsie, toujours est-il que ces lésions locales ou générales étant toutes deux fort difficiles à reconnaître pendant la grossesse, tandis que la présence de l'albumine est toujours facile à constater, on a bien fait d'insister sur l'importance de l'albuminurie qui, seule le plus souvent, peut faire soupçonner l'état organique auquel l'éclampsie paraît liée.

Puisque l'albuminurie se trouve chez l'immense majorité des femmes éclamptiques, on peut donc à bon droit la considérer, ou mieux considérer la maladie dont elle est le symptôme, comme la seule cause prédisposante des convulsions éclamptiques. Je dis la seule cause prédisposante connue; car depuis que l'attention est fixée sur ce point, les albuminuriques sont, de toutes les femmes enceintes, les seules, quelques cas exceptés sur lesquels nous reviendrons plus loin, chez lesquelles on ait observé l'éclampsie.

Si toutes les éclamptiques sont albuminuriques, hâtons-nous d'ajouter que l'albuminurie, quelle que soit son abondance, n'est pas toujours suivie de l'éclampsie; il n'est heureusement pas rare de voir des femmes enceintes donner des urines très-chargées d'albumine et n'offrir aucun symptôme convulsif: sur 41 femmes dont l'urine était albumineuse, M. Blot n'a observé que sept cas de convulsions, et des 20 albuminuriques citées par MM. Devilliers et Regnault, 11 seulement eurent des accidents convulsifs. Il est vrai que ces derniers n'ont examiné que les urines des femmes infiltrées, et qu'il est certain que beaucoup d'albuminuriques ne sont pas infiltrées. Mais en prenant une moyenne entre des résultats si différents et en tenant compte de ce que j'ai observé moi-même, je crois exprimer la vérité en disant que, sur 4 ou 5 albuminuriques, l'éclampsie sera probablement observée une fois.

La quantité d'albumine trouvée dans l'urine augmente beaucoup pendant l'attaque convulsive et diminue généralement après. Cette particularité a porté quel-

ques personnes à se demander si l'éclampsie, loin d'être due à l'altération de l'urine, n'en était pas la cause. Je comprendrais l'hésitation si l'on pouvait citer un seul cas dans lequel on eût, pendant plusieurs semaines avant le début des accidents, constaté l'absence complète d'albumine dans l'urine; mais cela, je crois, n'a pas été fait, et souvent, au contraire, on a vu l'albuminurie exister depuis un certain temps, quand les convulsions se sont manifestées. En réfléchissant d'ailleurs à la gêne que l'éclampsie produit dans la circulation veineuse, on s'explique très-facilement la congestion très-active dont les organes intérieurs et les reins en particulier peuvent être le siège pendant l'accès; et l'hypérémie rénale augmente, on le sait, la sécrétion albumineuse.

Les conditions organiques qui produisent l'albuminurie sont certainement les plus favorables, je dirai même les seules favorables à la production de l'éclampsie. Cette proposition, aujourd'hui incontestable, explique l'influence de certaines circonstances que la plupart des auteurs ont admises comme causes prédisposantes; ainsi l'œdème considérable des membres inférieurs, mais surtout l'infiltration générale qui envahit successivement le tronc, les membres thoraciques et la face, a été signalé comme une des prédispositions les plus influentes. Or, on sait aujourd'hui que cet œdème général est presque toujours lié à une altération de la sécrétion urinaire, et que c'est seulement lorsqu'il s'accompagne d'albuminurie qu'il paraît lié à l'éclampsie.

Si, comme le pense M. Rayer, la compression que la tumeur utérine exerce sur la veine rénale peut produire à la longue une hypérémie, puis une inflammation des reins, on comprend le mode d'action de toutes les circonstances qui peuvent rendre cette compression plus intense: ainsi on s'expliquera l'influence que peut avoir: 1° la distension excessive de l'utérus, qu'elle tienne à une hydropisie de l'amnios ou à la présence de plusieurs enfants; 2° l'état de primiparité, dans lequel les parois abdominales, très-résistantes, maintiennent la matrice fortement appliquée contre les parois postérieures du ventre (!); 3° comment, suivant les observations de M. P. Dubois, le rachitisme est souvent lié à la production de l'éclampsie, puisque chez les femmes affectées de cette maladie, la petitesse de la taille, le peu d'étendue de l'enceinte abdominale, gênent le développement de l'utérus, et que celui-ci réagissant à son tour sur les parties qui l'environnent, constitue un obstacle mécanique plus grand à l'accomplissement régulier de toutes les fonctions, et de la circulation veineuse en particulier. (Voy. *Albuminurie*, page 492.)

Quelle qu'en soit la cause, l'albuminurie longtemps prolongée produit nécessairement une diminution très-notable dans la quantité d'albumine qui entre dans la composition normale du sang. Il est dès lors infiniment probable que ce liquide, ainsi altéré, détermine dans le centre cérébro-spinal une excitation particulière qui devient elle-même la cause directe des convulsions, ou du moins,

(!) Les sept huitièmes des cas d'éclampsie ont été observés chez les femmes primipares (Lachapelle); sur 38 cas relatés par Merriman, 28 étaient primipares. Plus des deux tiers des observations de Ramsbotham, et 29 sur 30 de Collins, se rapportent à des femmes qui accouchaient pour la première fois.

ce qui arrive le plus souvent, le rend plus impressionnable aux excitations qui lui arrivent, soit de l'extérieur, soit des organes intérieurs probablement irrités. Ces excitations, qui n'auraient aucune influence dans toute autre circonstance, deviennent, dans ces conditions, autant de causes déterminantes d'un accès éclamptique. (Voy. *Urémie*.)

Une altération dans la quantité ou les qualités du sang devient quelquefois, en dehors de l'état puerpéral, la cause d'accidents convulsifs. M. Rayer, et plusieurs autres observateurs, ont signalé les symptômes épileptiformes comme un des modes de terminaison de l'albuminurie due à la néphrite albumineuse, et l'on sait que les convulsions se manifestent assez souvent dans les derniers instants des malheureux qui succombent à une hémorrhagie abondante. Il n'est donc pas étonnant que l'altération du sang produite par l'albuminurie puisse, pendant la grossesse, avoir les mêmes conséquences. Si ces accidents nerveux sont plus fréquents chez les femmes enceintes dont l'urine est albumineuse que dans les autres maladies où l'albuminurie est observée, c'est qu'à la seule cause qui produit l'épilepsie chez les albuminuriques ordinaires viennent s'ajouter les congestions fréquentes dont les centres nerveux sont si souvent le siège pendant la grossesse et le travail.

Si les convulsions sont le plus souvent spontanées et peuvent seulement être attribuées aux conditions dont nous venons de parler, il en est quelques-unes dont la manifestation paraît se rattacher à une cause plus facilement appréciable, et qu'on peut, à juste titre, considérer comme une cause déterminante.

Au nombre des causes occasionnelles, quelques auteurs ont compté les circonstances les plus banales et les plus indifférentes, et dont nous épargnerons la nomenclature au lecteur; nous mentionnerons seulement les émotions morales vives dont l'influence incontestable, dans quelques cas, est assez difficile à expliquer; mais il en est quelques-unes qui, au point de vue du traitement, méritent d'être signalées avec soin, car c'est surtout alors qu'en faisant disparaître la cause on peut faire cesser l'accès, ou du moins en diminuer la gravité.

Les circonstances auxquelles nous faisons allusion n'exercent d'abord une influence que sur les organes plus ou moins éloignés des centres nerveux, et ce n'est que secondairement que l'irritation, transmise à ceux-ci, les excite et produit la convulsion. C'est ainsi que l'excitation produite sur les nerfs de l'utérus, du vagin, du rectum, de la vessie ou de l'estomac, peut devenir la cause déterminante des convulsions générales.

A. *Utérus*. — Toutes les causes de dystocie essentielle qui nécessitent de la part de la matrice des efforts plus énergiques et plus longtemps soutenus peuvent produire, dans les nerfs sensitifs de cet organe, une excitation qui, transmise à la moelle épinière, est de nature à provoquer l'action réflexe des nerfs moteurs. A ce titre, nous devons noter la mauvaise conformation ou l'obstruction du bassin, l'oblitération partielle ou complète du vagin ou de la vulve, les altérations organiques et le spasme du col ou du corps de la matrice, les vices de conformation ou les monstruosité du fœtus, etc. Quant aux positions défavorables de l'enfant, elles n'ont certainement pas l'influence qu'on pourrait leur supposer au premier

abord. On a beaucoup exagéré, dit Churchill, l'influence des positions vicieuses; car, sur 48 397 accouchements, les docteurs Clarke, Labatt et moi, n'avons observé qu'un seul cas de convulsion coïncidant avec une position vicieuse. Presque toujours l'éclampsie se manifeste dans les présentations du sommet; mais, suivant la remarque de Tyler Smith, ce n'est pas au moment où la tête appuie sur le col ou franchit son orifice que survient le premier accès, mais bien plus souvent lorsqu'elle fait bomber le périnée et entr'ouvre l'anneau vulvaire: ce qui s'explique facilement par la sensibilité beaucoup plus vive des ramifications nerveuses qui se distribuent aux parties molles du périnée et de la vulve. C'est alors surtout que la terminaison prompte du travail, faisant cesser la compression que subissent les parties molles, met fin à l'attaque éclamptique.

Pendant ou après la délivrance, il faut signaler encore comme pouvant produire la même excitation, toutes les circonstances fâcheuses qui peuvent la compliquer et rendre nécessaire l'introduction de la main: ainsi, l'enkystement du placenta, ses adhérences anormales, sa rétention partielle ou complète, la présence de caillots volumineux, le renversement de l'utérus, etc.

B. *Tube intestinal.* — L'irritation produite par la distension du canal intestinal, mais surtout par l'accumulation d'une grande quantité de matières fécales, et la présence de vers ou de corps étrangers dans le gros intestin, est quelquefois aussi la cause déterminante de l'éclampsie.

Merriman et Chaussier ont particulièrement insisté sur l'état saburral des premières voies dont l'influence est suffisamment prouvée, disent-ils, par l'état de la langue et par la douleur épigastrique que les malades accusent presque toujours au début de l'accès.

La présence dans l'estomac d'aliments d'une digestion difficile paraît avoir été, dans quelques cas, la cause des convulsions. Ainsi John Clarke raconte l'histoire de plusieurs femmes qui en furent affectées après la délivrance, pour avoir mangé des huitres en grande quantité.

C. *Vessie.* — Il en est de même enfin de l'irritation que produit dans les parois de la vessie la distension exagérée de ce réservoir par une quantité trop considérable d'urine. Tout le monde connaît la curieuse observation de Mauriceau, et le docteur Vines a cité un fait absolument semblable. Dans ce dernier cas, les convulsions, qui avaient résisté deux jours à la terminaison du travail et à tous les moyens les plus généralement conseillés, cessèrent aussitôt après que, par le cathétérisme, on eut retiré de la vessie cinq pintes et demie d'une urine bourbeuse et d'une odeur fortement ammoniacale.

On a admis encore, tantôt à titre de prédisposition, tantôt comme déterminantes, beaucoup d'autres causes, mais dont l'influence, il faut l'avouer, est beaucoup plus difficile à apprécier: ainsi, M. Baudelocque indique dans sa thèse l'habitation dans les villes, les vêtements trop étroits ou trop serrés, une nourriture trop succulente, l'abus des spiritueux, la constipation, la rétention des urines signalée par Delamotte, le coït, la suppression d'un flux habituel, le sommeil trop prolongé, le défaut d'exercice, la fréquentation des bals, des spectacles, la colère, la jalousie, les contrariétés vives, les chagrins violents, etc. Sans

doute, toutes ces causes, pouvant ou gêner ou troubler la circulation et la rendre plus active, facilitent le raptus sanguin vers le cerveau; mais évidemment elles ne doivent être considérées que comme une prédisposition secondaire, qui vient s'ajouter à quelques-unes de celles que nous avons mentionnées plus haut.

L'épilepsie a été à tort regardée comme une prédisposition à l'éclampsie; car bien que ces deux maladies aient entre elles beaucoup d'analogie, les femmes enceintes qui, avant leur grossesse, étaient épileptiques, sont en général moins sujettes à des attaques que dans tout autre temps. Il est même quelques auteurs qui ont prétendu que la grossesse suspendait complètement les accès d'épilepsie; mais cela n'est pas rigoureusement exact, ils sont seulement beaucoup plus rares.

Le docteur Tyler Smith raconte l'histoire assez curieuse d'une dame épileptique qui eut un accès d'épilepsie immédiatement après le coït pendant lequel, d'après elle, s'est opérée la fécondation, et qui n'en a plus eu dans tout le reste de sa grossesse.

Répétons, en terminant cette étude étiologique de l'éclampsie, que ces diverses causes déterminantes se rencontrent un très-grand nombre de fois sans donner naissance aux convulsions. C'est que par elles-mêmes elles sont presque toujours impuissantes à les produire, et qu'elles n'ont véritablement d'influence que lorsqu'elles agissent chez un individu offrant à un degré plus ou moins prononcé l'état général ou la lésion locale propre à produire l'albuminurie.

En résumant toutes les causes, il est facile de comprendre leur mode d'action. Il est évident que toutes tendent à produire une irritation des centres nerveux. Cette irritation est directe lorsqu'elle est due au contact immédiat d'un sang vicié, elle est indirecte ou par action réflexe lorsqu'elle est consécutive à l'excitation d'un organe plus ou moins éloigné comme la vessie, l'utérus, etc. Je suis heureux de trouver dans l'ouvrage de Scanzoni la confirmation de ces idées professées par moi depuis longtemps. C'est en effet en partant de ces idées que Scanzoni a cru devoir diviser l'éclampsie en: 1° *convulsion réflexe*, provenant de l'extrémité périphérique des nerfs sensitifs qui sont irrités; 2° *convulsion spinale*, provenant de la moelle épinière directement irritée, et dont l'irritation retentit aux extrémités périphériques; et 3° *convulsion cérébrale* quand l'irritation provient du cerveau et retentit sur la moelle. Cette dernière forme est peut-être contestable, et, pour nous, nous sommes très-disposé à croire que l'irritation spinale est toujours le point de départ de l'éclampsie. C'est en effet un fait expérimentalement établi par les physiologistes, que l'irritation de la moelle épinière, de la moelle allongée ou des tubercules quadrijumeaux, cause seule des convulsions, tandis que toutes les excitations portées sur tous les autres points du cerveau ou du cervelet ne produisent rien de semblable. Les lésions cérébrales peuvent bien détruire les mouvements volontaires, mais les contractions involontaires, celles dont l'excès et le désordre constituent l'éclampsie, leur échappent complètement: ces dernières peuvent encore être déterminées par l'irritation de la moelle épinière ou de ses nerfs, alors que le cerveau et le cervelet ont été complètement détruits.

## § II. — Symptômes.

A l'exemple de madame Lachapelle, nous distinguerons dans l'éclampsie trois ordres de phénomènes qui, sous le triple point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement, ont une grande importance. Ce sont les symptômes précurseurs, ceux qui caractérisent les accès, et ceux qui se montrent quelquefois dans leurs intervalles.

A. *Phénomènes précurseurs.* — L'accès d'éclampsie ne débute presque jamais à l'improviste : le plus souvent il est précédé de phénomènes qui peuvent en faire prédire l'invasion prochaine. Chaussier pensait même que dans les cas exceptionnels où les observateurs ne les ont pas mentionnés, ils ont été de courte durée, et, par cela même, méconnus ou inaperçus. Mais cette opinion est un peu trop absolue. Ces symptômes précurseurs manquent quelquefois, et, suivant la remarque de M. Wieger, la fréquence comparée des prodromes diffère selon les périodes où l'éclampsie débute. Celles qui éclatent avant le travail, dit-il, ont des prodromes environ dans 40 pour 100 des cas; celles qui éclatent pendant le travail ou la délivrance ont des prodromes dans 30 pour 100 des cas; et celles qui éclatent dans les couches ont des prodromes dans 20 pour 100 des cas.

Ces symptômes précurseurs ont une durée très-variable : ainsi, pendant les jours qui précèdent l'invasion de l'épilepsie puerpérale, quelquefois seulement pendant quelques heures, les malades se plaignent de malaise, d'agitation; elles sont facilement agacées, impatientes et promptes à s'irriter. Elles éprouvent une gêne assez marquée dans la respiration, mais surtout une douleur de tête excessivement vive et poignante, qui, comme la migraine, n'occupe qu'une des moitiés du crâne, quelquefois même est plus localisée encore, et paraît fixée sur une des bosses coronales ou sur un autre point aussi circonscrit. Cette douleur de tête, qui est un des phénomènes les plus importants, résiste le plus souvent à tous les moyens ordinairement employés contre cette indisposition. Elle s'accompagne de nausées et même de vomissements, de vertiges, d'éblouissements et de tintements d'oreille et quelquefois d'une vive douleur épigastrique (Chaussier, Denman).

Lorsque ces premiers phénomènes ont duré un certain temps, ils acquièrent une plus grande intensité qu'à leur début, et se compliquent assez souvent de troubles plus ou moins marqués des facultés sensoriales et intellectuelles. La vue se trouble et semble obscurcie par d'épais brouillards, la malade distingue moins les objets, quelquefois même, comme l'a observé M. Meigs (de Philadelphie), ne voit que la moitié des objets qui lui sont présentés (1). L'ouïe est aussi moins nette, le toucher moins fin et moins délicat; la figure de la femme pré-

(1) Ces troubles de la vision ne me semblent pas devoir être rattachés, comme on l'a fait jusqu'à présent, à la congestion cérébrale qui précéderait l'éclampsie. Dans la plupart des cas au moins ils sont la conséquence de la lésion qui a produit l'albuminurie. On sait en effet que l'altération de la vue et même la cécité ne sont pas rares dans la maladie de Bright.

sente un air d'hébétude inaccoutumé; le regard est fixe, les traits immobiles; la malade semble plongée dans de profondes réflexions d'où on la tire difficilement; elle comprend à peine les questions qu'on lui adresse, et répond souvent à contre-sens. Chez la femme pléthorique, le pouls est plein, lent et dur; la face est quelquefois rouge et animée. Lorsqu'au contraire la malade est affectée d'anasarque, surtout si elle est d'une constitution nerveuse très-irritable, le pouls est petit, dur, serré, la face est pâle, la peau froide, surtout celle des membres; il y a quelquefois un léger frisson, une horripilation incomplète. Certaines éprouvent des fourmillements, des picotements dans les membres.

Lorsque l'éclampsie se manifeste pendant le travail, elle est souvent précédée d'une extrême indocilité, d'une vive agitation, et surtout les contractions utérines offrent quelquefois, pendant un temps plus ou moins long, ce caractère particulier d'irrégularité et de continuité qui leur a fait donner le nom de tétanos utérin.

La malade rit et pleure alternativement, elle parle avec volubilité, puis à cette agitation excessive succède parfois un état d'hébétude et de stupeur.

B. *Phénomènes de l'accès.* — Après une durée et une intensité très-variables des prodromes que nous venons d'indiquer, quelquefois même brusquement, survient un premier accès. M. Prestat (*Dissertation inaugurale*) en a tracé un tableau des plus exacts; on croirait y lire la description d'un accès d'épilepsie, tant est frappante la ressemblance des deux affections. C'est donc avec raison que le docteur de Soyre (*Thèse inaugurale*), auquel nous devons de très-bons travaux sur cette maladie, a divisé l'accès d'éclampsie en un certain nombre de périodes comme notre regretté maître le docteur Beau l'avait fait pour l'épilepsie. Nous leur reprocherons seulement d'avoir fait figurer le coma au nombre des stades de l'accès, tandis qu'il n'en est que la terminaison. Nous admettons donc trois périodes dans l'accès éclamptique : 1<sup>o</sup> période de convulsions d'invasion; 2<sup>o</sup> période de convulsions toniques; 3<sup>o</sup> période de convulsions cloniques.

1<sup>o</sup> *Période de convulsions d'invasion.* — C'est presque toujours par la face que débutent les convulsions. Les muscles du visage sont le siège de petits mouvements choréiques très-peu étendus et très-rapides qu'on aperçoit facilement à travers la peau. Les paupières sont agitées par un clignotement très-rapide, mais assez étendu pour laisser voir le globe de l'œil qui roule en haut, puis en bas, et cela plusieurs fois de suite. Les muscles des ailes du nez fortement contractés tirent en dehors la base des narines; la bouche est entr'ouverte et bientôt déviée par l'abaissement de l'une des commissures labiales. Ces convulsions de la face sont presque toujours plus prononcées d'un côté que de l'autre, habituellement du côté gauche. Puis la tête s'incline dans le même sens et se rapproche de l'épaule.

En même temps surviennent, dans les membres et surtout dans les bras, des secousses convulsives. Les avant-bras se tournent en pronation forcée, les poings se ferment, le pouce fléchi dans la face palmaire, ou bien étendu et placé entre l'index et le médius. Cette période dure rarement plus d'une minute.

2<sup>o</sup> *Période de convulsions toniques.* — Tout à coup le regard devient complètement fixe; la face comme surprise et immobilisée au milieu de son expression grimaçante, est à peine animée par quelques contractions fibrillaires peu étendues; la langue est projetée hors de la bouche; les masséters rapprochent vivement les mâchoires et la langue est profondément mordue, mutilée, lorsqu'on ne prend pas la précaution de la faire rentrer ou de s'opposer au rapprochement des arcades dentaires.

Les membres et le tronc se roidissent dans l'attitude précédemment décrite; la respiration se suspend; il y a un moment d'immobilité générale. La mort paraît imminente. Cette période est très-courte; sa durée n'est que de quelques secondes.

3<sup>e</sup> Période de convulsions cloniques. — Une détente survient bientôt; la convulsion tonique disparaît pour faire place aux convulsions cloniques qui se manifestent simultanément dans les différentes parties du corps où elles produisent des secousses qui correspondent à des mouvements alternatifs de contraction et de relâchement de tous les muscles.

La face qui était déviée vers l'un des côtés revient sur la ligne médiane. La tête se balance d'un côté à l'autre. Les paupières s'ouvrent et se ferment brusquement avec une régularité rythmique. Les muscles orbiculaires des lèvres, canin et zymotique, se convulsent cloniquement. La malade mâchonne ou semble marmotter quelques mots. La respiration est incomplète, accélérée. La face se congestionne, se bouffit, devient bleuâtre et livide. L'air se mélange à la salive et au sang qui coule des morsures de la langue; ainsi se trouve produite une écume sangui-nolente qui remplit la bouche et sort entre les lèvres. L'aspect des malades est alors hideux.

Les mouvements convulsifs du membre sont en général assez peu étendus; la femme couchée sur le dos conserve cette position, sans qu'il soit besoin de la maintenir; il suffit de prendre quelques précautions pour l'empêcher de tomber hors de son lit.

Les convulsions cloniques se répètent deux, trois, quatre fois et même plus par seconde. Cette période de l'accès éclamptique est habituellement courte, mais elle se prolonge quelquefois; on a cité des cas où elle avait duré dix minutes; je puis même assurer que je l'ai vue continuer pendant vingt minutes, montre en main.

Les muscles des organes creux ne restent pas étrangers au trouble de l'appareil musculaire extérieur, et l'on voit souvent les matières fécales, les urines et les aliments contenus dans l'estomac être rejetés par la contraction convulsive des réservoirs où ils s'étaient accumulés.

La respiration est irrégulière, bruyante, s'exécute par secousses continuelles et sans aucun ordre; quelquefois même, comme l'a observé madame Lachapelle, elle est complètement suspendue par la contraction spasmodique du diaphragme et des autres muscles du thorax.

Suivant le docteur Tyler Smith, les muscles du larynx eux-mêmes sont convulsivement contractés, et oblitérent presque complètement la glotte: de là suspension de la respiration, ou du moins bruyante, et inspiration courte et précipitée, et par conséquent suspension ou diminution de l'hématose. Cette asphyxie momentanée explique suffisamment la coloration bleue et même noirâtre qu'offrent la face et les extrémités, le gonflement de la tête, du cou, qui sont gorgés de sang noir, ainsi que la turgescence effrayante de la peau, des yeux et de la langue. Les carotides battent violemment, les veines jugulaires prennent un volume considérable. La congestion des glandes salivaires augmente leur sécrétion. Les mâchoires sont fortement contractées: par suite du rapprochement des dents, de la quantité de salive qui est dans la bouche, l'air expiré s'échappe et produisant une espèce de sifflement aigu, et, agitant la salive en forme une

écume épaisse qui est continuellement expulsée de la bouche. Cette écume est assez souvent colorée par du sang provenant des morsures faites à la langue.

Le spasme du pharynx rend la déglutition impossible, et les substances placées sur la base de la langue y restent et risquent de produire l'asphyxie. Dans un cas de cette espèce, le docteur Simpson (de Stamford) a excité la déglutition en plaçant la substance à avaler à la partie supérieure du pharynx, et en aspergeant la figure avec de l'eau froide.

Suivant le docteur Smith, les fibres musculaires du cœur pourraient aussi participer aux convulsions générales. L'excessive lividité et la turgescence de toute la surface du corps sont quelquefois, en effet, plus considérables dans l'éclampsie que dans l'asphyxie ordinaire, et tout le corps est dans l'état où se trouve la tête des pendus. Cela lui semble devoir être attribué à la circulation veineuse: Ne peut-on se demander, dit-il, s'il n'existe pas une contraction spasmodique de l'oreillette droite qui congestionnerait tout le système veineux de la veine cave jusqu'aux capillaires? L'autopsie ne vient-elle pas confirmer cette supposition, en montrant les ventricules et les oreillettes complètement vides de sang?

Un fait fort remarquable et qui me paraît une preuve de la nature urémique de l'éclampsie, c'est la suspension plus ou moins prolongée de la sécrétion urinaire. Plusieurs fois il m'est arrivé de sonder les femmes pendant la durée de l'attaque et de trouver la vessie assez fortement rétractée et complètement vide. Dans la plupart des cas, j'ai pu avoir seulement une demi-cuillerée d'urine; dans d'autres il ne m'a pas été possible d'en extraire quelques gouttes. Cette anurie est, comme on le sait, un des symptômes de l'empoisonnement urémique.

Au commencement de l'accès, le pouls est plein et dur; il devient plus tard petit et presque insensible: la peau, chaude et sèche, se couvre bientôt d'une sueur abondante. Cette transpiration coïncide habituellement avec une diminution dans la fréquence et l'intensité des secousses, et annonce la terminaison prochaine de l'accès.

Les fonctions sensoriales et intellectuelles sont complètement abolies pendant toute sa durée: la malade ne perçoit aucun son, aucune lumière; la sensibilité est complètement éteinte, et l'on peut impunément pincer, inciser ou brûler la peau, sans que la malade en ait la conscience, sans même qu'elle s'en souvienne après l'accès.

L'influence des convulsions sur la contractilité utérine est excessivement variable. Pendant la durée de l'accès, l'utérus reste quelquefois inerte, et comme étonné du désordre général, tandis que, dans quelques circonstances, que l'éclampsie se soit manifestée pendant le travail ou qu'elle l'ait précédé, les contractions continuent avec leur régularité ordinaire. Parfois aussi il semble participer à l'irritation générale, et expulse très-facilement le fœtus, alors que le peu de dilatation du col devait faire considérer la terminaison du travail comme très-éloignée. Cette délivrance si brusque, et dont la femme n'a nullement la conscience, peut échapper à l'observation de l'accoucheur, et, dans quelques cas,

l'enfant est mort asphyxié entre les cuisses de la femme, faute de soins convenables.

Toutefois cette rapidité de l'accouchement me paraît beaucoup plus rare que ne le croient quelques accoucheurs. Si l'on a cru que le travail se terminait plus promptement qu'à l'ordinaire, c'est qu'on a négligé de constater l'état du col, dont la dilatation s'était opérée sans que la femme éclamptique en eût la conscience. Toutes les fois que j'ai pu suivre les progrès du travail, le col m'a paru se dilater avec une grande lenteur ; souvent il m'a semblé être spasmodiquement contracté, comme s'il eût participé aux convulsions générales. Quand à la période d'expulsion, je crois aussi qu'elle s'opère avec plus de rapidité, ce qui s'explique facilement par l'énergie des contractions utérines et par le peu de résistance offert par le périnée, dont les muscles sont, pendant le coma, dans un état de résolution.

Le plus souvent les accès convulsifs, bien que ne se produisant pas à chaque douleur, se manifestent presque toujours au début de l'une d'elles : et ce fait est tellement constant, dit Dewees, que je puis sans exploration vaginale annoncer ce qui se passe au col de l'utérus. Il n'en est pas toujours ainsi cependant, et, dans quelques circonstances rares, la contraction ne se manifeste qu'alors que la convulsion a gagné les extrémités inférieures. Si donc, dans le premier cas l'action utérine semble déterminer l'accès convulsif, elle paraît, dans le second cas en être la conséquence : peut-être trouvera-t-on dans cette différence l'explication de l'influence très-variable qu'a, sur la durée de l'éclampsie, la terminaison du travail.

La cessation de l'accès convulsif n'est jamais soudaine. Les mouvements et les spasmes deviennent peu à peu moins violents ; la respiration est moins courte et plus profonde ; la face perd de sa lividité ; les muscles ne sont plus agités que par intervalles, et leur contraction ressemble beaucoup à celle qui est déterminée par des chocs électriques.

Ce premier accès est en général peu violent et de courte durée ; mais le plus souvent les accès sont multiples, et les symptômes deviennent de plus en plus effrayants, à mesure qu'ils se renouvellent. Celui qui doit suivre, disent MM. Merriman et Velpeau, est assez souvent annoncé par une lenteur considérable du pouls. Dans les derniers accès, madame Lachapelle croit avoir remarqué que les secousses convulsives sont moins considérables et moins prolongées : je crois que cela n'est pas exact ; mais il est vrai que les symptômes soporeux sont plus graves et plus persistants.

La durée totale de l'accès convulsif est très-variable. Les premiers sont, en général, les plus courts ; ils se prolongent davantage en se multipliant. D'abord d'une à deux minutes, ils durent ensuite de trois à quatre ; il est rare qu'ils atteignent et surtout dépassent six à huit minutes. On dit cependant en avoir observé qui ont duré une demi-heure, une heure même. Les auteurs qui prétendent en avoir vu continuer plusieurs heures et plus, ont évidemment confondu, dans l'accès, la période convulsive et la période comateuse.

Le nombre et le rapprochement des accès sont également variables :

presque toujours il y en a plus de deux, quelquefois on en a compté jusqu'à soixante. Tantôt ils laissent entre eux plusieurs heures, une demi-journée ; tantôt au contraire, ils sont à peine séparés par quelques minutes d'intervalle.

*C. Intervalle des accès.* — Dans l'intervalle des trois ou quatre premiers accès, la malade reste d'abord dans un état de prostration complète ; mais bientôt elle se réveille, ouvre les yeux et regarde avec étonnement autour d'elle. Elle reconnaît difficilement les personnes et les objets qui l'environnent ; elle ne comprend rien à l'agitation et à l'inquiétude de ses amis et de sa famille ; car elle n'a aucune conscience des événements qui se sont passés pendant la durée de l'accès. Bientôt ses idées deviennent un peu plus nettes ; elle recouvre enfin complètement connaissance. Ces intervalles lucides sont assez prolongés après les premiers accès ; mais quand ceux-ci se sont renouvelés plusieurs fois, les moments de lucidité deviennent de plus en plus courts pendant leur intervalle, et la femme finit par rester continuellement plongée dans un coma profond, un état de mort apparente, d'où elle n'est tirée que par l'apparition de nouveaux mouvements convulsifs.

Cet état comateux présente tous les caractères d'une congestion cérébrale violente, dont il est bien certainement la conséquence. Pendant la convulsion, en effet, en supposant même que les fibres musculaires des oreillettes ne s'opposent pas au retour du sang veineux, la contraction violente des muscles du cou exerce certainement une compression sur les veines du cou, et, s'opposant au retour du sang, cause une congestion cérébrale qui produit l'insensibilité pendant l'accès, et le sommeil qui succède à l'attaque convulsive. L'assoupissement est profond, la face injectée ; la respiration stertoreuse ; les membres sont dans un état de résolution complète. La sensibilité fortement émoussée, n'est que rarement tout à fait éteinte ; ainsi, quand on pince la malade ou qu'on la frictionne rudement, elle donne des signes de mécontentement ; elle grogne à peu près comme les individus qui ont une forte commotion du cerveau. Toutefois, la torpeur peut être telle que la sensibilité soit complètement nulle ; mais même alors, les femmes paraissent percevoir la douleur causée par la contraction utérine ; car, lorsque celle-ci se manifeste, on voit la malade grimacer, et témoigner par ses grognements des souffrances qu'elle éprouve. Quant aux facultés intellectuelles, elles paraissent complètement abolies. Les pupilles sont dilatées et insensibles. Le pouls est en général fort et développé.

Lorsque cet état comateux est sur le point de se terminer, il se change en une somnolence dont on peut tirer la femme en lui parlant ; peu à peu elle recouvre ses facultés sensoriales. Lorsque la torpeur est dissipée la femme se plaint d'une grande fatigue, d'un sentiment de courbature ; puis au bout d'un certain temps cette prostration fait place à une vive anxiété, prélude d'un nouvel accès.

## § III. — Terminaisons de l'éclampsie.

L'éclampsie peut se terminer par la guérison, la mort, ou en faisant naître une autre maladie qui lui succède.

Lorsque la malade doit guérir, les accès sont en général de courte durée, très-éloignés et peu nombreux. Dans l'intervalle qui les sépare, la malade recouvre plus ou moins complètement l'usage de ses membres et de ses facultés sensoriales et intellectuelles.

Quand l'accès ne doit plus se reproduire, les facultés intellectuelles sont d'autant plus lentes à reprendre leur état normal qu'elles ont été plus troublées, ou qu'elles ont été anéanties pendant un temps plus long. La mémoire est surtout très-affaiblie, quelquefois même complètement abolie. Non-seulement les femmes ne se rappellent pas ce qui s'est passé pendant l'accès, mais encore elles ont oublié les événements qui ont précédé de plusieurs jours l'invasion des accidents.

Cette mémoire ne se rétablit que peu à peu et par degrés, et chaque heure ajoute quelques faits aux faits dont la malade avait déjà recouvré le souvenir. Une chose singulière, c'est que, assez souvent, cette perte de mémoire ne porte que sur des mots isolés. On a vu des femmes avoir oublié complètement le nom des personnes qui leur étaient les plus chères; d'autres ne se rappelaient plus le nom de la rue ou le numéro de la maison qu'elles habitaient; quelques autres enfin avaient complètement perdu la mémoire des dates.

Alphonse Leroy cite une femme qui, après des phénomènes convulsifs qui pendant plusieurs jours mirent sa vie en question, présenta une aberration fort singulière de la vue : tous les objets qui lui étaient présentés, toutes les personnes qui l'entouraient lui semblaient noirs.

La vue et l'ouïe demandent un certain temps pour recouvrer leur intégrité parfaite; quelquefois la cécité reste complète pendant dix et quinze jours; mais enfin peu à peu l'état de la malade va en s'améliorant, jusqu'à ce quelle soit dans un état de santé complète.

Lorsqu'au contraire la maladie doit se terminer par la mort, on voit les accès convulsifs durer pendant quatre, cinq ou six minutes, avec une grande intensité; ils sont fréquents, et dans l'intervalle qui les sépare, la femme est plongée dans une torpeur que ne peuvent interrompre tous les excitants externes. L'époque à laquelle la mort arrive est alors très-variable. C'est, en général, entre douze et quarante heures après l'invasion des premiers accidents. Mais quelquefois, elle est beaucoup plus prompte et survient dès le début des accidents. La tête commençait à distendre le périnée et à apparaître à la vulve, dit M. Depaul, rien ne faisait craindre une issue funeste, lorsque tout à coup je remarque dans la figure de la malade un changement caractérisé par des mouvements convulsifs, certaines grimaces, signes avant-coureurs de l'éclampsie et immédiatement la femme meurt.

L'enfant fut extrait vivant par le forceps, mais mourut quelques instants après de convulsions éclampsiques.

La mort du reste peut survenir pendant la période convulsive comme pendant la période du coma. Dans le premier cas, elle est évidemment due à l'asphyxie produite elle-même par la paralysie ou plutôt par la contraction permanente des muscles de la poitrine et de la glotte<sup>(1)</sup>; dans le second, elle est le résultat de la congestion cérébrale, et quelquefois même d'une véritable apoplexie.

Enfin rien ne répugne d'admettre, avec M. Aran, que la mort peut résulter d'un arrêt subit dans les mouvements du cœur<sup>(2)</sup>.

L'éclampsie qui n'est pas assez grave pour entraîner la mort peut causer plusieurs maladies fort graves. Lorsque l'éclampsie se montre dès le début du travail, les contractions violentes de l'utérus peuvent, quand elles surviennent avant une dilatation suffisante du col, causer une rupture de l'organe. On conçoit que les troubles de l'hématose puissent occasionner la congestion cérébrale, et que l'engorgement des vaisseaux cérébraux soit tel, qu'il en résulte une rupture vasculaire, un épanchement apoplectique, et, par suite, l'hémiplégie. Cette lésion anatomique peut succéder aux premiers accès chez les femmes pléthoriques, et c'est probablement ainsi qu'il faut interpréter la plupart des faits observés et décrits par M. Menière, sous le nom d'apoplexie puerpérale. Le *raptus hæmorrhagicus* peut se faire vers le poumon et produire la congestion de cet organe.

Comme conséquence possible de cet état de congestion du cerveau et de ses enveloppes, il faut encore noter un état d'irritation qui cause et entretient pendant plus ou moins longtemps un délire complet ou incomplet, et parfois même les caractères d'une véritable méningite ou méningo-encéphalite. Parmi les sept femmes éclampsiques traitées dans le service de la Clinique d'accouchement pendant que j'en étais chargé, quatre nous ont offert après la cessation complète du coma, des symptômes évidents de méningite, deux ont succombé, et les caractères anatomiques de cette dernière affection ont pu être constatés à l'autopsie.

Enfin, indépendamment de ces complications si fâcheuses, et qui constituent autant de maladies nouvelles que le médecin doit combattre, il en est une autre

(1) Cette asphyxie pourrait être aussi, d'après la remarque de Boër, la conséquence de l'obstruction des ramifications bronchiques, dans lesquelles il s'accumule quelquefois une quantité considérable de mucosités écumeuses.

(2) Le cœur, dit M. Aran, est un organe musculaire, et comme tel il peut être certainement frappé dans son innervation et dans les propriétés qu'il possède en tant qu'agent contractile, c'est-à-dire dans une irritabilité, dans sa motricité, dans sa ténacité.

Qui ne comprend, par exemple, que si le cœur, que l'on voit parfois se déchirer dans sa contraction, venait à être paralysé par l'interruption de l'action nerveuse, ou par la perte de quelques-unes de ses propriétés musculaires, la mort serait immédiate? Ne le serait-elle pas également, si, au lieu de cesser sa contraction, il se trouvait frappé de contracture, comme cela arrive à quelques-uns de nos muscles extérieurs? Ne pourrait-on pas supposer que plusieurs névroses convulsives, dans lesquelles la mort survient quelquefois subitement, l'épilepsie, l'éclampsie, le spasme de la glotte, etc., ne tiennent pas tant par le défaut d'hématose que par la suspension complète et immédiate des battements du cœur?

moins immédiate, mais qui n'est pas moins rare, dit madame Lachapelle, c'est la péritonite puerpérale.

Des inflammations cutanées ou intestinales peuvent être la suite des moyens énergiques employés contre l'éclampsie, et plusieurs fois une entéro-colite a compromis sérieusement la vie des malades. Les sinapismes qu'on multiplie sur les extrémités inférieures ne sont pas sentis par la femme, et sont quelquefois oubliés au milieu de l'agitation générale; ils restent alors appliqués un temps très-long, et peuvent produire des érysipèles, de véritables brûlures. Une dame, citée par M. Velpeau, fut prise, le deuxième jour de sa convalescence, d'un violent érysipèle sur toute l'étendue de la jambe, parce qu'on y avait appliqué des sinapismes qui n'avaient d'abord produit aucun effet.

#### § IV. — Diagnostic.

L'étendue que nous avons donnée à la description des symptômes de l'éclampsie nous dispenserait, à la rigueur, de revenir sur ses principaux caractères: cependant comme il est quelques affections qui ont avec elle beaucoup d'analogie, nous allons rappeler les signes aux moyens desquels on pourra l'en distinguer.

Considérée dans son ensemble, l'éclampsie est tellement facile à diagnostiquer, les symptômes sont tellement tranchés, qu'il nous semble inutile de les reproduire; mais elle se compose de périodes bien différentes, et pendant la durée de chacune d'elles le médecin peut être appelé à se prononcer sur la nature de l'affection.

L'hystérie, l'épilepsie, la catalepsie, le tétanos, peuvent être confondus avec l'éclampsie durant la période convulsive; l'apoplexie, la commotion cérébrale, le coma de l'ivresse, peuvent être confondus avec les convulsions puerpérales pendant la période comateuse.

Mais dans l'hystérie, il y a quelquefois altération, mais jamais abolition des facultés intellectuelles; les facultés sensoriales ont un degré de finesse et de perfection qu'elles n'ont pas habituellement; il n'y a pas de coma après l'accès: les mouvements convulsifs sont de toute autre nature que dans l'éclampsie; ainsi les membres se fléchissent fortement pour se tordre ensuite avec violence; il y a une tendance continuelle au déplacement, et la malade se jetterait sûrement hors de son lit si elle n'était maintenue par des bras vigoureux: presque toujours l'accès d'hystérie est précédé ou accompagné de la sensation d'une boule qui, remontant de l'hypogastre jusqu'à la gorge, fait éprouver à la malade une sensation d'étouffement semblable à celle produite par la strangulation. La déglutition est très-génée ou impossible, mais les muscles du cou sont beaucoup moins contractés, et, au lieu de cette respiration sifflante qui témoigne d'une constriction de la gorge, il y a des cris très-bruyants qui prouvent une grande liberté des ouvertures du larynx. Il n'y a presque jamais d'écume à la bouche comme dans l'éclampsie. Le pouce, au lieu d'être fléchi dans la face palmaire de la main, est étendu au dehors des autres doigts fléchis. Enfin, l'hystérie se manifeste surtout

dans les premiers mois, tandis que l'éclampsie appartient plus spécialement à la fin de la grossesse.

L'épilepsie est, de toutes les affections, celle qui peut le plus facilement être confondue avec l'éclampsie; toutefois il est rare que les malades poussent un cri au commencement d'un accès d'éclampsie; tandis que le cri initial est fréquent dans l'épilepsie; c'est là une première différence qui a été notée par Chailly, de Saily, et dont j'ai remarqué moi-même la justesse. Après l'accès d'épilepsie, il n'y a que peu ou point de coma; il existe toujours plus ou moins après les convulsions puerpérales; mais l'épilepsie offrant quelquefois un coma assez profond, l'examen de l'urine sera nécessaire: elle présentera rarement l'albuminurie qu'on y trouvera presque toujours dans l'éclampsie.

De plus, dans cette dernière maladie, l'examen microscopique des urines pourra, pendant les premières vingt-quatre heures après l'évacuation, faire constater dans le dépôt formé par l'urine, outre les globules sanguins et muqueux, et les cellules épithéliales des uretères, ces cylindres fibrineux décrits par les auteurs allemands.

Toutefois il est bon de se rappeler qu'il en est de ces masses cylindriques dans les urines, comme de l'albumine et du sang: tantôt on en trouvera une quantité considérable, tantôt l'examen le plus minutieux n'en fera découvrir que quelques-unes ou même pas du tout: cela a été observé dans la maladie de Bright, quelle que soit sa forme; Weld, en effet, a démontré que les exsudations arrivent par attaques intermittentes, et que, par conséquent, il est des moments où les reins en sont dépourvus. Cette intermittence expliquera pourquoi certains observateurs, tels que M. Blot, ne les auraient pas rencontrés.

La persistance de la roideur convulsive des membres distingue le tétanos de toute autre affection. Enfin, la catalepsie présente, pour caractères essentiels, cette singulière particularité, que les membres conservent souvent, tout le temps de l'attaque, la position qu'ils avaient au début, ou celle qu'on parvient à leur faire prendre pendant cet état convulsif.

La période comateuse se distinguera de l'apoplexie par les signes suivants, elle a toujours été précédée de phénomènes convulsifs; cela n'a lieu que très-exceptionnellement dans l'apoplexie: tous les membres sont dans un état de résolution complète, ils ont entièrement perdu leur sensibilité et leur motilité; il n'y a ordinairement qu'hémiplégie à la suite de l'épanchement cérébral: il faut cependant remarquer que, lorsque les accès éclamptiques se sont renouvelés un grand nombre de fois, et que depuis longtemps déjà la malade a perdu connaissance, la congestion cérébrale qui entretient le coma peut déterminer un épanchement dans la substance du cerveau. Aussitôt les phénomènes hémiplégiques se manifesteront, et bien que les membres de l'autre côté soient dans un état de résolution, il sera possible de constater, dans le côté opposé à celui où s'est fait l'épanchement, une perte plus complète de la sensibilité et de la motilité. On comprend pourtant que, si l'on manquait de renseignements, le diagnostic serait alors fort difficile.

La perte de connaissance est toujours complète et constante dans l'éclampsie,