

tandis que ce phénomène peut manquer dans l'apoplexie, ou se borner à un simple étourdissement.

Dans la commotion cérébrale, l'absence de convulsions antérieures, l'existence des traces d'une chute, d'un coup violent sur la tête, suffiront pour établir le diagnostic.

Enfin, les renseignements antécédents, les vomissements d'aliments mêlés à une grande quantité de liqueurs alcooliques, l'odeur vineuse qu'exhale l'haleine des individus ivres, feront distinguer le coma de l'ivresse du coma de l'éclampsie.

§ V. — Pronostic.

L'éclampsie est une affection grave, mais pourtant nous ne saurions admettre, avec madame Lachapelle, que la moitié des femmes qui en sont affectées succombent. Pour comprendre ce résultat de la pratique de l'illustre sage-femme, il faut se rappeler les conditions particulières dans lesquelles sont placées les malades de la Maternité. En consultant les faits, aujourd'hui assez nombreux, que j'ai pu observer, je crois être dans le vrai en disant que lorsque les malades reçoivent assez promptement les soins convenables, la mortalité n'est guère que de 1 sur 3 et peut-être 4.

Ce pronostic varie toutefois suivant la cause à laquelle les convulsions ont succédé, suivant l'époque de la période puerpérale à laquelle elles ne manifestent, suivant enfin la marche particulière des accidents.

La pléthore séreuse, l'infiltration partielle ou générale, est, dit madame Lachapelle, de toutes les causes prédisposantes, celle qui doit faire porter le plus fâcheux pronostic. Cette proposition de l'illustre sage-femme nous paraît aujourd'hui beaucoup trop absolue. Sans doute l'infiltration générale doit être considérée comme prédisposant beaucoup plus que l'œdème partiel à l'éclampsie; mais une fois déclarée, l'infiltration générale ou partielle n'ajoute rien à la gravité du pronostic. Cela résulte clairement des observations de MM. Blot, Regnault et Devilliers. Ainsi, sur quatre éclamptiques sans œdème, observées par M. Blot, trois moururent, tandis qu'aucune ne succomba parmi les éclamptiques avec œdème citées par le même auteur : de même MM. Regnault et Devilliers, qui ont eu deux morts sur deux éclamptiques non infiltrées, n'ont eu que cinq décès sur neuf œdématisées, et encore trois ont succombé aux complications tardives qui ont suivi l'éclampsie. En somme les éclamptiques et albuminuriques sans œdème donnent une mortalité de 7 sur 15; celles avec œdème une mortalité de 11 sur 51.

L'albuminurie préexistant presque toujours à l'éclampsie ne peut avoir d'influence que par sa durée plus ou moins ancienne et par sa quantité. L'albuminurie de fraîche date ou celle dite passagère, et qui donne seulement par les réactifs un très-léger nuage, pourrait faire porter un pronostic moins défavorable que lorsqu'elle remonte à plusieurs mois et que l'urine donne un précipité albuminurique très-abondant. Une albuminurie ancienne suppose toujours, en

effet, soit une lésion rénale avancée, soit une altération considérable des liquides. Les faits observés par MM. Devilliers et Regnault prouvent en effet, que la mort est alors beaucoup plus fréquente, soit pendant le coma, soit par suite de complications ultérieures; et voici un tableau de Braun qui conduit à la même conclusion. M. Braun donne, en effet, le tableau suivant de 36 cas.

ALBUMINURIE.	NOMBRE DES CAS.	MÈRES GUÉRIES.	MORTES	
			DANS LES CONVULSIONS.	DE COM- PLICATIONS.
Extrêmement considérable.....	3	1	2	0
Très-considerable.....	7	3	3	1
Considérable.....	14	9	4	1
Modique.....	8	7	0	1
Peu considérable.....	4	4	0	0

Les convulsions qui se manifestent chez les femmes hystériques, épileptiques, ou d'une grande susceptibilité nerveuse, celles qui succèdent à une émotion morale vive, sont moins redoutables que celles qui n'ont aucune analogie avec l'état nerveux antérieur de la femme. Enfin l'éclampsie qu'on ne peut expliquer que par l'altération générale du sang produite par l'albuminurie est beaucoup plus grave que celle dont l'apparition paraît liée aux excitations d'un organe comme l'utérus, la vessie, l'intestin, etc.; car, dans ce dernier cas : *sublata causa tollitur effectus*.

La déplétion de l'utérus étant quelquefois une des conditions les plus avantageuses à la guérison des accès, il est évident que, toutes choses égales d'ailleurs, l'éclampsie qui survient au début du travail est beaucoup plus grave que celle qui ne se manifeste qu'à une époque où la dilatation des parties rend possible et facile la terminaison spontanée ou artificielle du travail. Celle qui se manifeste à une époque peu avancée de la grossesse est aussi plus grave, d'abord parce que la femme, en cas de guérison, est exposée à de nouveaux accès pendant le reste de la gestation, mais aussi parce que l'oblitération complète, la dureté, la longueur du col, rendront impossible la déplétion de l'utérus. Il est inutile d'ajouter que, sous ce rapport, les primipares seront beaucoup plus exposées que les femmes qui ont eu déjà des enfants. On a, dans ces derniers temps, contesté la vérité de cette assertion. Je suis heureux de trouver, dans le mémoire de M. Wieger, un résumé qui la confirme pleinement. Sur soixante-cinq femmes plus ou moins avancées dans leur grossesse et qui furent prises d'éclampsie, vingt-cinq succombèrent, soit pendant l'accès, soit par les complications qui survinrent. D'après Dugès, celle qui survient après la délivrance est la moins fâcheuse. Je crois, avec Rhamsbotham, qu'elle est alors beaucoup plus grave. L'auteur anglais fait encore remarquer, et je suis alors de son opinion, que lorsque les convulsions sur-

viennent dans les dernières périodes du travail, et qu'elles continuent après la délivrance, la femme succombe le plus souvent; mais si elles sont arrêtées par l'accouchement, elles reviennent rarement, et un doux sommeil, qui leur succède alors, est le signal d'une prompte convalescence.

La marche et l'intensité des symptômes de l'attaque convulsive influent beaucoup sur sa terminaison. Lorsque les accès sont violents, nombreux et rapprochés; lorsque surtout, pendant tout l'intervalle qui les sépare, l'état comateux se prolonge; lorsque la femme ne recouvre pas, durant cet intervalle, l'usage de ses facultés sensoriales et intellectuelles, le pronostic est des plus graves, car la mort est ordinairement la conséquence des accidents,

Lorsque le travail est terminé, que les convulsions ont complètement cessé, tout danger n'a pas encore disparu; car, suivant l'opinion de Denman, de Collins, etc., les femmes sont trop exposées alors aux inflammations abdominales consécutives, qui, comme on le sait, compromettent si souvent leur existence,

Après la cessation complète des accidents, on voit en général l'albuminurie diminuer très-promptement, et quelquefois même cesser complètement au bout de quatre ou cinq jours. C'est là une heureuse condition, et qui peut faire supposer un rétablissement prochain. Mais lorsque l'urine continue à être chargée d'albumine dix ou quinze jours encore après la terminaison de l'éclampsie, on peut redouter le retour des accidents, comme je l'ai observé une fois au quinzième jour, ou bien on peut craindre que l'altération de sécrétion soit alors liée à une dégénérescence rénale plus avancée, et qui par elle-même peut porter une atteinte grave à la vie de la femme.

Si le pronostic est grave pour la mère, il est au moins aussi grave pour le fœtus. Celui-ci succombe très-souvent aux convulsions qui surviennent pendant la grossesse ou dès le début du travail; car les troubles apportés dans la circulation maternelle doivent nécessairement influencer sur celle de l'enfant.

Celui-ci peut, dans le sein de la mère, être affecté d'éclampsie mortelle. Dans quelques cas, il a offert, immédiatement après son expulsion, un état de contracture de tous les muscles des membres; il n'est même pas nécessaire, pour que ce dernier fait se présente, que les convulsions de la mère se soient prolongées longtemps. J'ai vu (octobre 1846) une femme primipare très-infiltrée, et chez laquelle l'entière dilatation du col et de vives contractions expulsives devaient malgré un léger rétrécissement du bassin (0,085), faire espérer une prompte délivrance, être prise tout à coup d'un premier accès éclamptique. J'appliquai immédiatement le forceps, et l'enfant, dont le cœur battait encore quelques instants avant, fut extrait sans difficulté. Il était mort, et les membres supérieurs et inférieurs, mais surtout ceux du côté droit, étaient violemment contracturés. Les muscles biceps offraient une dureté excessive. Un fait à peu près semblable a été cité par M. Prestat.

Après avoir échappé à l'influence fâcheuse que les convulsions peuvent exercer sur lui pendant qu'il est encore renfermé dans le sein de la mère, le fœtus n'est pas encore à l'abri de tout danger; il subit aussi, pendant les premiers jours de la vie, une espèce d'influence héréditaire, et on l'a vu plus d'une fois offrir, après

sa naissance, des convulsions semblables à celles dont sa mère avait été affectée. C'est ainsi que Schmitt (de Paderborn) raconte qu'une femme chez laquelle une attaque d'éclampsie avait présenté, pendant plus de trois heures, la forme cataleptique la plus prononcée, accoucha par le forceps d'un enfant vivant. Le lendemain, à cinq heures, ce dernier offrit des symptômes de catalepsie exactement semblables à ceux de la mère, et succomba malgré l'emploi des moyens les plus rationnels.

Mais ce ne sont pas les seuls dangers auxquels l'éclampsie expose le fœtus: il est évident, en effet, que la version ou l'application du forceps, si souvent nécessaire, compromettent toujours plus ou moins son existence. Sur cinquante et un enfants cités par Merriman, trente-quatre succombèrent, et dix-sept seulement naquirent vivants. Ce chiffre tout fâcheux qu'il est, prouve au moins que, contrairement à l'opinion de quelques accoucheurs, l'enfant ne succombe pas toujours, et qu'on ne doit pas faire si bon marché de sa vie dans les cas où l'art est obligé d'intervenir.

Malgré la gravité de phénomènes généraux de l'éclampsie, elle n'a pas toujours sur la marche de la grossesse une influence fâcheuse, et l'on a vu celle-ci continuer son cours malgré des accès nombreux et prolongés. Le plus souvent, pourtant, l'avortement ou l'accouchement prématuré en sont la conséquence, que le fœtus soit vivant ou qu'il ait succombé aux secousses violentes éprouvées par la mère. Quelque grave que soit l'attaque, il est bien rare que la femme succombe sans être accouchée, à moins qu'un obstacle mécanique ne s'oppose à l'expulsion du produit. Cependant une terminaison aussi promptement fatale a été plusieurs fois observée, et M. Wieger en cite quatre exemples empruntés aux accoucheurs allemands. L'opération césarienne fut pratiquée sur le cadavre.

§ VI. — Anatomie pathologique.

Jusqu'à ces dernières années les autopsies cadavériques n'ont rien appris sur la nature de l'éclampsie, car, le plus souvent, cette maladie ne laisse après elle aucune lésion anatomique appréciable. Le plus souvent on n'a mentionné, en effet, qu'un peu de sérosité dans les ventricules ou la cavité arachnoïdienne, ou qu'une congestion plus ou moins notable des vaisseaux encéphaliques. Lorsque la maladie s'est terminée par une apoplexie, la dissection a constaté, soit un foyer apoplectique au milieu de la substance cérébrale, soit un épanchement en nappe à sa surface. Mais ce sont là évidemment des lésions secondaires, des effets et non la cause des convulsions,

Sur une femme qui a succombé à l'épilepsie puerpérale, M. Prestat a trouvé un petit corps de consistance pierreuse, gros comme un petit pois et situé dans le corps strié du côté droit; dans un cas semblable, M. Baudelocque a constaté l'ossification de la dure-mère. Mais, certainement, M. Prestat a raison de regarder ces lésions anatomiques comme de simples coïncidences. Rien n'autorise à établir entre elles et les convulsions une relation de cause à effet.

Ce que nous avons dit de la coïncidence à peu près constante de l'albuminurie et de l'éclampsie, et des rapports si ordinaires de l'albumine avec les lésions rénales, fait assez pressentir que, désormais, c'est dans le rein qu'il faudra rechercher les lésions anatomiques. Pour notre part, nous n'y avons jamais manqué depuis plus de dix ans, et nous n'hésitons pas aujourd'hui à considérer la néphrite albumineuse comme une des lésions les plus fréquentes après l'éclampsie puerpérale. Ainsi que nous l'avons déjà dit, les reins nous ont offert, dans presque tous les cas, les caractères anatomiques de la néphrite, caractères dont les degrés, plus ou moins avancés, semblaient concorder avec l'ancienneté et l'abondance de l'albuminurie.

D'autres observateurs, parmi lesquels je citerai MM. Blot et Depaul, disent que le plus souvent ils n'ont rencontré aucune lésion rénale, et considérant comme très-exceptionnels les faits cités plus haut, soutiennent que, dans la très-grande majorité des cas, la maladie de Bright n'a aucun rapport avec l'éclampsie.

D'abord je rappellerai que, pour moi, la maladie de Bright n'est pas tout entière dans la lésion rénale (voyez page 493), et qu'alors même qu'on n'a rien trouvé dans les reins, l'altération des liquides suffit pour établir son existence. Je pourrais donc, à la rigueur, ne tenir aucun compte des faits cités par mes adversaires; mais voyons si, même en dehors de l'opinion que je soutiens, les faits de MM. Blot et Depaul ont une grande valeur. Ils n'ont rien trouvé, disent-ils, mais c'est peut-être leur faute, car ils n'ont pas suffisamment examiné, et je dois avouer que jusqu'à présent j'ai commis la même faute. Les travaux récemment publiés en Allemagne ont en effet démontré que l'œil nu était complètement insuffisant pour constater anatomiquement le début de la néphrite albumineuse, et que l'examen microscopique seul pouvait faire apercevoir les premiers degrés des altérations rénales.

La nature de ce livre ne me permet pas d'entrer dans les détails anatomiques et microscopiques dont on pourra lire l'exposé dans l'ouvrage de Frerichs, mais les recherches dont je parle prouvent évidemment le peu de valeur des faits dans lesquels le microscope n'a pas été employé. Tous les faits négatifs doivent donc momentanément être considérés comme nonavenus, et des observations plus complètes sont nécessaires pour établir s'il y a ou non des cas dans lesquels manquent absolument les lésions rénales.

Désormais c'est donc sur les reins qu'il faut spécialement diriger son attention.

§ VII. — Nature de l'éclampsie.

Grâce aux travaux des pathologistes modernes qui ont suivi l'impulsion donnée par M. Rayer, l'éclampsie, rangée si longtemps dans la classe des névroses, c'est-à-dire dans la classe des maladies dont la nature est complètement inconnue, commence à s'éclaircir d'un jour tout nouveau. Ceux qui auront lu avec attention ce que nous avons dit de l'albuminurie puerpérale (page 494) et de ses rapports avec l'éclampsie (page 817) peuvent déjà pressentir qu'il ne nous est plus possible aujourd'hui de taire notre opinion sur la nature de l'éclampsie.

Et d'abord rappelons un premier fait qui nous paraît dominer toute la question. Les femmes éclamptiques sont presque toutes albuminuriques. Or, la présence de l'albumine dans l'urine dénote toujours, pendant l'état puerpéral, une altération générale de la sécrétion urinaire. Cette altération, comme nous l'avons dit (page 494), consiste d'abord dans une modification des éléments du sang, puis elle se complique bientôt d'une lésion rénale qui est son expression anatomique, comme l'albuminurie et plus tard l'éclampsie en seront l'expression symptomatique. L'éclampsie est donc le phénomène ultime de l'albuminurie, qu'elle soit simplement généralisée ou plus spécialement localisée dans les reins.

Les faits cliniques démontrent, avec la dernière évidence, qu'il y a une liaison intime entre l'albuminurie et l'éclampsie. Mais comment remonter de l'éclampsie à l'albuminurie? C'est ici qu'intervient la théorie de l'urémie, que nous avons exposée dans une autre partie de ce livre, à laquelle nous renvoyons (voy. p. 500). Nous avouons, il est vrai, que cette pathogénie est loin d'être établie sur des bases inébranlables, mais si l'explication manque, il n'en reste pas moins acquis à la science qu'il y a une relation de cause à effet entre l'albuminurie et l'éclampsie.

MM. Blot, Depaul et quelques autres ont fait, à cette opinion, plusieurs objections dont il est utile d'apprécier la valeur :

« 1° On ne trouve pas d'albumine chez toutes les femmes éclamptiques, dont l'éclampsie n'est pas nécessairement liée à l'albuminurie et à la maladie de Bright. »

En supposant bien faites les observations sur lesquelles s'appuie cette première objection, et quelques-unes au moins me paraissent mériter toute confiance, elles ne prouveraient pas sans réplique ce qu'on veut leur faire prouver. L'albumine ne se trouve pas d'une manière constante et invariable chez tous les individus qui, en dehors de l'état puerpéral, sont sûrement affectés de néphrite albumineuse : très-abondante à certaines époques, elle diminue beaucoup dans d'autres, et même parfois disparaît complètement pendant un temps plus ou moins long, pour reparaitre un peu plus tard. Ces mêmes intermittences peuvent aussi se rencontrer pendant la grossesse, et l'on conçoit qu'à moins d'avoir examiné plusieurs fois et pendant longtemps l'urine de la même femme, qui plus tard présente un accès d'éclampsie, on ne peut pas conclure qu'elle n'était pas albuminurique, surtout si l'albumine se montre pendant l'attaque convulsive.

Bien mieux, il est des faits observés par Mazoun, médecin russe, faits rappelés par M. Imbert-Gourbeyre, qui me semblent plus complètement encore répondre à l'objection. Mazoun cite trois cas dans lesquels l'autopsie cadavérique a permis de constater une fois le type anatomique du deuxième degré du mal de Bright, une fois des reins lardacés, et une troisième fois les caractères du premier degré de Bright, et cependant les malades observées quotidiennement pendant plusieurs semaines n'ont jamais offert d'albumine dans les urines. A moins d'admettre que les reins graisseux ne sont point une lésion rénale de Bright, il faut accorder que cette maladie peut exceptionnellement exister sans albumine. J'ai moi-même observé un fait du même ordre qui a été relaté dans la thèse de notre collègue

et ami le docteur Fournier (thèse de concours). Or, s'il en est ainsi, que peut-on conclure des faits si rares dans lesquels l'éclampsie n'a été ni précédée ni accompagnée d'albuminurie ?

« 2° Lorsqu'à l'autopsie les reins n'offrent aucune altération, peut-on dire encore que l'éclampsie est la conséquence de l'albuminurie ? »

J'ai déjà répondu à cette objection : Oui, si l'on tient compte, ce qu'il faut faire, de l'altération générale des liquides; oui encore, si le microscope n'a pas été employé, car lui seul peut permettre de dire aujourd'hui qu'il n'existe aucune altération rénale.

« 3° On connaît la difficulté et la rareté des guérisons dans la maladie de Bright; comment expliquer, si l'albuminurie puerpérale tenait à la même cause, la prompte disparition de l'albumine après l'accouchement, et la guérison rapide des malades ? »

Il est vrai que, dans un certain nombre de cas, l'albuminurie cesse assez rapidement; mais en général il n'y a pas eu d'éclampsie, ou au moins les malades ont guéri; et, comme je l'ai dit, il est probable que l'altération du sang était peu prononcée, et que la congestion active ou passive des reins, produite par la gêne de la circulation veineuse, a contribué, pour une certaine part, à la production de l'albuminurie. On conçoit alors que, après l'accouchement, une des causes cessant, l'autre soit insuffisante à entretenir le trouble fonctionnel; mais il n'est pas vrai de dire qu'en dehors de ces conditions favorables, l'albuminurie cesse en quelques heures. J'ai déjà cité la statistique de M. Imbert-Gourbeyre. Il en résulte évidemment que lorsque la maladie se termine par la mort, l'albumine persiste jusqu'à la fin; que dans un certain nombre de cas, dont le chiffre augmentera probablement, lorsqu'on suivra les malades avec plus de soin, elle passe à l'état chronique. J'aurais pu ajouter, avec M. Wieger, que, pour les cas non mortels, la durée de l'albuminurie est, en moyenne, de huit à dix jours après l'accouchement.

Comme on le voit, ces objections n'ont pas une grande valeur, et ne sont pas de nature à infirmer toutes les bonnes raisons qui militent en faveur de notre opinion.

Nous ne voudrions pas nier d'une manière absolue la possibilité de voir des convulsions d'apparence *éclamptique* survenir chez une femme en travail qui n'offrirait ni albuminurie, ni aucun des symptômes de la maladie de Bright. Nous croyons, en effet, que dans quelques cas très-rares l'irritation réflexe produite par un travail excessivement pénible, ou la congestion violente des veines rachidiennes produite par les efforts excessifs auxquels se livre la femme, peuvent surexciter la moelle outre mesure et produire des convulsions partielles et même des convulsions générales. Mais nous considérons ces cas comme très-exceptionnels; nous serions même très-disposé à ne pas les ranger sous le titre d'éclampsie, et à les considérer comme de simples convulsions hystériques ou autres. C'est au moins l'impression que nous ont laissée les deux faits semblables que nous avons observés, et la lecture des observations publiées me porte à croire que dans la plupart de ces cas on n'a pas eu affaire à de véritables éclampsies.

§ VIII. — Traitement.

Le traitement de l'éclampsie doit être nécessairement distingué en traitement préventif et en traitement curatif.

1° Traitement préventif.

Nous avons assez insisté sur l'étiologie de l'éclampsie pour bien faire comprendre l'importance que nous attachons à l'albuminurie, ou plutôt à la maladie dont elle est le symptôme. La présence de l'albumine dans l'urine d'une femme enceinte démontre chez elle une prédisposition des plus marquées aux convulsions puerpérales, et le meilleur traitement préventif serait celui qui aurait pour résultat de modifier avantageusement l'état du sang, ou d'améliorer l'affection rénale dont l'albuminurie paraît être la conséquence. Malheureusement les essais thérapeutiques, tentés jusqu'à présent en dehors de l'état puerpéral, n'ont donné que des résultats peu concluants. La médication tonique paraît cependant avoir eu quelquefois une influence assez heureuse pour encourager à faire de nouvelles expérimentations, surtout pendant la grossesse, durant laquelle, ainsi que nous l'avons vu, la diminution de l'albumine s'accompagne de la diminution de tous les principes solides du sang. C'est donc à une alimentation animale, à la médication ferrugineuse, que j'aurais volontiers recours dans un cas d'albuminurie compliquant la grossesse.

Les recherches récentes de M. Mialhe, ayant démontré que l'excès d'eau dans le sang est une des causes les plus influentes de l'albuminurie, sont évidemment de nature à nous faire persister dans les conseils thérapeutiques que nous avons donnés depuis longtemps.

Mais, nous l'avons déjà fait remarquer, les convulsions ne se manifestent presque jamais, chez une femme enceinte albuminurique, qu'autant qu'une circonstance accidentelle, vient, pour ainsi dire, en solliciter la manifestation. Le plus souvent elles sont liées à des congestions cérébro-spinales dues à des circonstances accidentelles, à la pléthore séreuse, ou à la gêne mécanique que rencontre, pendant la grossesse et le travail, la circulation veineuse : c'est donc à prévenir cette congestion qu'on doit d'abord s'appliquer. C'est à ce titre que, parmi les moyens préventifs, la saignée doit être placée au premier rang. On pourra la pratiquer plusieurs fois pendant les derniers mois de la grossesse chez les femmes qui accuseront quelques symptômes propres aux congestions cérébrales (1); mais elle pourra aussi être pratiquée avec le plus grand succès chez

(1) Pour faire comprendre l'importance de la saignée comme moyen préventif, Devees rapporte le fait suivant :

Une dame primipare qui, vers la fin de sa grossesse, éprouvait de fréquentes douleurs de tête, négligea de se faire saigner, et éprouva, dès le début du travail, une attaque d'éclampsie grave, à laquelle toutefois elle survécut. Pendant sa seconde grossesse, elle fut saignée assez abondamment et accoucha sans accidents. A sa troisième et à sa cinquième grossesse, la saignée ne fut pas pratiquée, et elle fut prise de convulsions, tandis qu'aux autres gestations elle eut recours à ce moyen et accoucha très-heureusement.

les femmes infiltrées, surtout dès que les phénomènes précurseurs de l'éclampsie se manifesteront. Chez ces dernières, on devra encore mettre en usage les moyens propres à diminuer le volume des parties distendues par l'infiltration, tels que les dérivatifs sur le canal intestinal et l'appareil urinaire, les applications de compresses trempées dans de l'eau froide ou dans une décoction aromatique, enfin les mouchetures pratiquées avec la lancette. Les femmes nerveuses, irritables, à fibres sèches, se trouveront également bien d'une petite saignée du bras, de bains tièdes souvent répétés pendant les derniers mois de la grossesse. Elles éviteront avec le plus grand soin toutes les émotions morales vives, etc.

Les diurétiques ne doivent être employés qu'avec une certaine réserve, car si dans certains cas ils ont été utiles, ils peuvent dans d'autres avoir une influence fâcheuse sur les progrès de la maladie. En général, quand la quantité de l'urine excrétée n'est pas diminuée, il ne faut pas les employer; car en augmentant la sécrétion urinaire, on augmenterait la déperdition d'albumine, et par conséquent l'appauvrissement du sang; mais quand la malade urine peu, il est important d'augmenter la sécrétion, afin d'empêcher les principes de l'urine de se mêler au sang et de diminuer ainsi les chances d'intoxication urémique. Les préparations de scille, de digitale, la reine-des-prés, le genièvre, seront alors utilement employés.

Après la saignée et les purgatifs, MM. Collins et Johnson vantent beaucoup l'émétique administré de manière à produire des nausées sans vomissement. Dans ce but on donne chaque demi-heure une cuillerée à bouche de la potion suivante :

Eau de pouliot.....	90 grammes.
Émétique.....	40 centigrammes.
Teinture d'opium.....	30 gouttes.
Sirop simple.....	10 grammes.

La quantité d'émétique est augmentée ou diminuée, suivant l'intensité des symptômes et l'imminence de la maladie. La même potion est aussi fortement conseillée comme moyen curatif, après l'invasion des accès éclamptiques.

Bien que l'accouchement ne mette pas fin d'une manière certaine aux accès d'éclampsie, il n'en est pas moins vrai que souvent les accès se ralentissent et disparaissent après la délivrance. Aussi, les accoucheurs sont unanimes pour reconnaître que l'accouchement est une circonstance favorable dans l'éclampsie. On doit donc se demander si pour arrêter une albuminurie gravidique et prévenir des convulsions possibles, on ne doit pas songer à l'accouchement prématuré? Cette question a presque toujours été résolue par la négative. En effet, les observations ne manquent pas pour démontrer qu'après un traitement convenable surtout après l'emploi des saignées, l'albuminurie peut diminuer, que l'éclampsie même, après avoir éclaté, peut disparaître, et il n'est pas rare de voir dans ces circonstances la grossesse continuer son cours et se terminer par un accouchement heureux. Ces réflexions, jointes à la remarque que des femmes albuminuriques à un haut degré n'ont pas été atteintes d'éclampsie, indiquent qu'on ne doit aborder qu'avec une grande réserve la question de l'accouchement prématuré comme trai-

tement préventif de l'éclampsie; nous croyons cependant que l'accouchement prématuré artificiel pourrait rendre quelques services dans des cas exceptionnels. Supposons d'abord une femme enceinte de huit mois, albuminurique, menacée d'éclampsie, chez laquelle le travail commencerait prématurément et spontanément. Il est bien certain que cette dernière circonstance paraîtrait favorable à la majorité des accoucheurs et que rien ne serait tenté pour arrêter l'accouchement. Ceci admis on sera bien près d'accepter l'accouchement provoqué. Il ne faut pas croire d'autre part, que l'éclampsie attend le travail pour éclater et que les accidents surgissent presque à coup sûr avec l'accouchement. Souvent au contraire, l'éclampsie débute avant la fin de la grossesse, le travail ne survient qu'après, et encore le pronostic devient d'autant moins grave que l'accouchement est plus avancé. Pour toutes ces raisons nous croyons qu'il ne faut pas repousser d'une manière absolue l'accouchement prématuré; mais pour qu'on soit autorisé à proposer cette opération nous demandons la réunion des conditions suivantes: 1° que la grossesse ait atteint la fin du huitième mois afin que l'enfant nouveau-né puisse s'élever sans trop de difficultés; 2° que l'albuminurie soit parvenue à un haut degré ou que la malade ressente quelque signe précurseur de l'éclampsie; 3° que la femme soit primipare ou qu'elle ait été atteinte d'éclampsie à un accouchement précédent; 4° qu'on ait constaté l'inefficacité du traitement médical, et en particulier de la saignée. Dans ces conditions l'accouchement prématuré me paraît rationnel, et je me déclare disposé à y avoir recours, à moins que des faits ultérieurs ne viennent donner un démenti formel à ma manière de voir.

Pendant le travail, l'accoucheur s'appliquera à prévenir l'influence de toutes les causes de dystocie: si les contractions prennent le caractère de douleurs irrégulières tétaniques, il s'empressera, par des bains, des opiacés, la belladone, la saignée du bras, de les ramener à leur type normal et régulier; car on sait que, pour une femme nerveuse et irritable, l'agitation excessive que produisent ces douleurs est souvent le prélude de l'éclampsie.

Inutile de rappeler l'influence favorable que pourront alors exercer les inhalations du chloroforme, tant en modifiant le caractère des contractions qu'en diminuant l'irritabilité des centres nerveux.

Il faudra, dès le début du travail, avoir la précaution de vider la vessie, le gros intestin, et, en sollicitant les vomissements, débarrasser l'estomac des aliments indigestes dont on pourrait redouter l'influence.

Toutes ces précautions devront surtout être prises quand la femme à qui l'on donne des soins a déjà éprouvé des convulsions dans ses accouchements antécédents; car elle est, par cela même, prédisposée à en avoir encore.

Après l'accouchement, on prévient souvent cet accident en explorant attentivement, après l'expulsion de l'enfant et du placenta, l'état de l'utérus en s'assurant qu'il est bien revenu sur lui-même, qu'il ne contient pas de corps étranger, tels que caillots ou portions de membranes ou de placenta.

2° Traitement curatif.

Le traitement curatif se compose de moyens généraux ou applicables dans tous les cas, et de moyens spéciaux, qui doivent varier suivant l'époque à laquelle se manifestent les convulsions puerpérales.

A. *Moyens généraux.* — Au premier rang des moyens curatifs, il faut placer les émissions sanguines, qui ont été pratiquées sous toutes les formes. C'est donc à elles qu'il faudra d'abord avoir recours; mais plusieurs questions importantes, sous le point de vue pratique, se présentent à résoudre dans l'emploi de ce moyen. Faut-il pratiquer la saignée générale ou la saignée locale? Quelle veine faut-il ouvrir? Quelle quantité de sang faut-il retirer?

« Après avoir vu employer, dit M. Depaul, et après avoir employé moi-même, dans des cas très-nombreux, les différents modes de traitement qui ont été con- seillés contre l'éclampsie, je n'hésite pas, et cela avec une entière conviction, à mettre en première ligne les émissions sanguines générales, portées assez loin, pour faire perdre aux malades, dans l'espace de quelques heures, 1000 gram- mes, 1500 grammes et 2000 grammes de sang, selon les cas et l'effet pro- duit. »

La saignée générale sera donc préférée d'abord dans l'immense majorité des cas, et ce ne sera que dans ceux où l'éclampsie aura succédé à une hémorrhagie abondante que l'application révulsive des sangsues ou des ventouses scarifiées sera mise en usage. Lorsqu'on a usé des saignées assez largement, et que pour- tant le coma continue pendant tout l'intervalle des accès, et annonce une con- gestion intense vers l'encéphale, on pourra alors avec avantage placer des sangsues aux apophyses mastoïdes, à la nuque, et aussi peut-être autour des malléoles.

Les auteurs ont beaucoup discuté sur le vaisseau qu'il faut ouvrir. L'artério- tomie de la temporale, la saignée du bras, du pied, de la jugulaire, ont été tour à tour préconisées. Quel que soit le vaisseau qu'on ouvre, les avantages sont à peu près les mêmes; mais comme la saignée du bras est beaucoup plus facile, comme on peut toujours obtenir autant de sang qu'on le juge convenable, c'est celle qui est généralement pratiquée, et celle aussi qu'il faut préférer.

Il est très-important que la veine soit largement ouverte, et que le sang coule à plein jet. S'il s'échappe en avant, ou que le jet soit très-petit, dit Rhamsbo- tham, l'efficacité de la saignée est presque nulle, et il vaut mieux ouvrir immé- diatement une autre veine.

La quantité de sang à tirer varie suivant la constitution de la malade, la vio- lence des accès, etc. Chez les individus lymphatiques, il faudra, en général, se contenter d'une ou deux saignées de 400 à 500 grammes, et si, après cela, les accidents comateux continuent, et qu'on croie nécessaire d'insister sur les émis- sions sanguines, on devra se borner à appliquer quinze, vingt ou trente sangsues derrière chaque oreille.

Chez les femmes pléthoriques, on pourra, après une forte saignée (un demi- kilogramme), en pratiquer, deux ou trois heures après, une seconde de 300 à 400 grammes, peut-être encore une troisième; mais rarement devra-t-on s'en permettre une quatrième, et, de préférence, on pourra appliquer des sangsues aux mastoïdes, ou des ventouses à la nuque.

La saignée a le double avantage de faire cesser la congestion ou l'irritation dont

la moelle peut être le siège, et de prévenir en même temps la congestion cérébro- spinale qui se produit pendant l'accès, et peut occasionner des désordres quel- quefois mortels, ou du moins devenir la cause indirecte de nouveaux accès.

La saignée générale, même portée au point d'affaiblir beaucoup la malade, n'est pas un moyen sûr de prévenir la congestion cérébrale, et même l'épanche- ment; car ces altérations anatomique ont été constatées chez les femmes mortes après d'abondantes émissions sanguines obtenues par la lancette. D'un autre côté, poussée au delà de certaines limites, elle pourrait bien devenir elle-même une cause nouvelle d'excitation pour la moelle épinière, comme cela s'observe à la suite des grandes hémorrhagies, dont les symptômes ultimes sont presque tou- jours ceux des convulsions. C'est surtout pour remédier à leur insuffisance, et pour prévenir l'influence fâcheuse qu'elles pourraient avoir, qu'on se servira avec avantage des sangsues ou des ventouses scarifiées, appliquées à la nuque ou derrière les oreilles.

Si la gravité des accidents, la crainte des congestions et des épanchements vers le cerveau et la moelle épinière autorisent souvent des saignées, il ne faut pas oublier pourtant que l'appauvrissement considérable du sang chez la plupart des éclampsiques est une contre-indication aux émissions sanguines trop abondantes. Saigner assez pour faire cesser la congestion des centres nerveux, et prévenir les suffocations sanguines et les épanchements apoplectiques, est donc une chose utile, mais aller trop loin dans cette voie serait s'exposer aux conséquences les plus graves.

En même temps qu'on emploie la saignée, il faut chercher à produire une dérivation salutaire sur le canal intestinal et sur la peau.

Nous avons déjà dit (voy. *Traitement préventif*) que MM. Colins et Johnson avait préconisé l'emploi de l'émétique à haute dose. Ce médicament administré à doses rasoriennes a même donné de bons résultats dans l'éclampsie confirmée, entre les mains du docteur Legroux. J'en ai moi-même retiré un excellent effet dans un cas grave. Malheureusement l'action salutaire de l'émétique n'est pas constante.

Les vomitifs, en général, me paraissent devoir être proscrits pendant l'accès, comme propres à augmenter les mouvements convulsifs et la congestion cérébrale par les efforts de vomissements qu'ils déterminent. Cependant si l'on avait quelque raison pour croire que le séjour dans l'estomac d'aliments mal digérés est pour quelque chose dans la production des accidents, on devrait en solliciter le vomissement, soit mécaniquement par des titillations sur la luette, soit par l'administration d'un émétique.

Les purgatifs sont toujours préférables, surtout quand des matières durcies remplissent le gros intestin.

Si la malade recouvre la connaissance entre les accès, et qu'on puisse la faire boire, on pourra donner par la bouche de l'huile de ricin, à la dose de 32 ou 64 grammes, ou mieux encore du calomélas à la dose de 10 centigrammes tous les quarts d'heure, jusqu'à effet purgatif. Si, au contraire, la malade ne peut

pas boire, il faut avoir recours à un moyen conseillé par Merriman : c'est de placer entre les lèvres et les arcades alvéolaires, ou bien dans la bouche, un mélange de poudre de calomel et de sucre à parties égales, et de le renouveler jusqu'à ce qu'on obtienne plusieurs selles. M. le professeur Paul Dubois fait prendre à ses malades un purgatif composé de calomel et de jalap, 60 centigrammes de chaque, divisé en six doses administrées d'heure en heure. Si ce dernier moyen était sans résultat, il faudrait agir sur la partie inférieure du canal intestinal, en administrant des demi-lavements que l'on aurait rendus purgatifs par l'addition de 50 à 60 grammes d'huile de ricin, de miel de mercuriale, et, au besoin, en y incorporant quelques gouttes d'huile de croton ou d'épurgé.

Il suffit que, dans quelques cas, la distension excessive de la vessie ait paru être la cause déterminante de l'accès, pour qu'on doive toujours s'assurer, par la percussion, de l'état de la vessie; et si par hasard on la trouvait distendue, il faudrait immédiatement pratiquer le cathétérisme.

Les sinapismes successivement appliqués sur les cuisses, les mollets et les pieds; les vésicatoires, les ventouses sèches, placés à la nuque et aux extrémités inférieures, sont des moyens sur lesquels il ne faut pas assez compter pour les employer seuls, mais qu'il est impossible de négliger. Je les applique, dit M. Velpeau, aux deux cuisses et à la nuque, afin que leur action se développe pendant qu'on s'occupe de la saignée ou des sangsues. Ils m'ont surtout paru utiles, dit M. Prestat, chez les femmes infiltrées; seulement on est obligé, dans les jours suivants, de surveiller leur action, dans la crainte que leur surface ne se gangrène.

Au premier rang des révulsifs, et comme le plus puissant et le plus promptement actif, je placerai l'application sur les membres inférieurs des grandes ventouses du docteur Junod. Dans un cas d'éclampsie survenue cinq heures après la délivrance, les accidents duraient depuis treize heures, et l'état de la malade devenait de plus en plus grave, malgré l'emploi de tous les moyens dont je viens de parler: dès la première application, les accès convulsifs cessèrent; à la seconde, le coma devint moins profond; à la troisième, la malade reprit connaissance. Dans trois autres cas, l'effet n'a pas été si prompt, mais elles ont paru avoir encore une heureuse influence.

Ces ventouses seront surtout appliquées avec succès, lorsque, malgré les saignées générales faites largement, les applications de sangsues ou de ventouses scarifiées n'auront pas fait cesser les accidents. Elles ont alors l'immense avantage de s'opposer à la cause qui semble pousser les liquides vers le cerveau, en maintenant dans les membres inférieurs une grande quantité de sang.

Les aspersions froides sur la face et la poitrine, les chatouillements à l'intérieur des narines, ont en quelquefois pour résultat de rendre l'inspiration plus facile et plus complète, et d'éloigner beaucoup les accès convulsifs. Harvez cite une femme en travail que le chatouillement de l'intérieur des narines réveilla d'un état comateux des plus approfondis. Denman rapporte l'histoire d'une dame chez laquelle les convulsions se répétaient à chaque douleur, et chez laquelle il les fit cesser jusqu'à la fin du travail, en aspergeant la face, au commencement de

chaque contraction, avec un petit plumeau trempé dans l'eau froide. C'est, du reste, un moyen trop innocent, s'il n'est pas utile, pour ne pas y avoir recours.

Depuis l'introduction des anesthésiques dans la pratique obstétricale, plusieurs accoucheurs ont cru devoir employer les inhalations anesthésiques contre l'éclampsie. Comptant sur la propriété qu'ont l'éther et le chloroforme d'anéantir l'action des muscles de la vie animale, ils ont espéré qu'ils agiraient de même sur les contractions involontaires et spasmodiques qui résultent des convulsions puerpérales.

A priori nous étions disposé à les rejeter dans le traitement d'une maladie qui se complique si souvent de congestion cérébrale et même d'apoplexie. Peut-être est-ce avec un esprit prévenu que nous avons lu et analysé la plupart des observations publiées. Aussi, dans notre dernière édition, avons-nous proscrit leur usage dans la plupart des cas, excepté celui dans lequel le début de l'éclampsie paraît se rattacher à l'irritation toute locale d'un organe, dont l'excessive sensibilité aurait réveillé l'action réflexe des nerfs spinaux. Des faits nouveaux publiés par plusieurs de nos collègues, ceux que nous avons pu observer nous-même, ont singulièrement modifié notre opinion: nous sommes aujourd'hui convaincu que lorsque l'éclampsie survient, soit pendant la grossesse, soit pendant le travail, alors que la non-dilatation ou la non-dilatabilité du col rend impossible la terminaison de l'accouchement, alors que les accès, après avoir résisté aux saignées et aux révulsifs, sont très-rapprochés et menacent, par leur intensité toujours croissante, les jours de la mère et du fœtus, nous sommes convaincu que l'emploi du chloroforme peut rendre quelques services. Nous l'avons vu chez deux femmes suspendre complètement les accès convulsifs: dans un de ces cas, l'éclampsie avait résisté à deux saignées, aux purgatifs administrés par la bouche et le rectum, etc., etc. Le col n'était pas suffisamment dilaté. A cinq heures du matin j'eus recours au chloroforme. Je renouvelai les inhalations au début de chaque douleur, et jusqu'à neuf heures, époque à laquelle il me fut possible d'appliquer le forceps, pas un accès ne se manifesta. Après l'accouchement, je crus devoir cesser les inhalations. La femme reprit incomplètement connaissance. Quelques tentatives infructueuses furent faites pour extraire le placenta, et quand, une heure après la naissance de l'enfant, l'extraction du délivre fut pratiquée, un nouvel accès se manifesta. Immédiatement je repris le chloroforme, et la convulsion cessa pour ne plus se reproduire. Il est vrai que de courtes inhalations furent encore faites, à plusieurs reprises, pendant la première heure qui suivit. La mère et l'enfant sortirent sains et saufs de cette affreuse crise. Je pourrais emprunter à la thèse de M. Blot et à d'autres quelques faits semblables; mais je n'insisterai pas davantage sur ce point, me réservant de traiter ce sujet avec plus de détails dans le chapitre spécial consacré à l'étude de l'anesthésie obstétricale (voy. *Opération*).

Tels sont les moyens qu'il faut d'abord mettre en usage; mais il en est quelques autres qui, sans avoir la même efficacité, peuvent cependant être très-utiles. C'est ainsi que, lorsque les intervalles des accès sont au moins d'une heure, et

que, durant tout ce temps, la femme a recouvré la connaissance, on se trouve bien de la placer dans un bain tiède; et pendant qu'elle est dans le bain, on doit maintenir constamment sur sa tête des compresses trempées dans un liquide à la glace. Cette application du froid sur la tête doit être continuée pendant toute la durée de l'accès; c'est un moyen qui, entre nos mains, dit madame Lachapelle, a semblé plusieurs fois seconder utilement la saignée. Il est surtout utile, quand aux accès de l'éclampsie succède un coma fébrile, ou bien un délire qui annonce le commencement d'une fièvre cérébrale.

Les antispasmodiques, que M. Velpeau conseille dans la forme hystérique de l'éclampsie, c'est-à-dire dans l'hystérie des femmes enceintes, me paraissent devoir être inutiles dans la plupart des cas d'éclampsie, et ce serait tout au plus comme moyens préventifs, ou seulement dans une attaque très-légère, qu'on pourrait y recourir. Ce serait d'ailleurs perdre un temps précieux que d'y avoir recours dans les cas graves.

La compression des deux carotides primitives, conseillée dans ces derniers temps contre la plupart des affections convulsives, a été pratiquée avec succès dans quelques cas d'éclampsie, c'est donc un moyen auquel on pourrait avoir recours, sans y attacher toutefois une trop grande importance, car il a plusieurs fois échoué. (*Journal de Trousseau*, novembre 1840, p. 186.)

Les opiacés me semblent devoir être complètement bannis du traitement d'une maladie qui se termine si souvent par des congestions cérébrales, au moins tant que l'état de la malade permettra de recourir aux émissions sanguines; mais, chez une femme anémique, ou qui déjà aurait été saignée très-abondamment, l'opium, agissant comme sédatif des centres nerveux, pourrait avoir peut-être quelques avantages.

Pendant l'accès, il faut prendre les précautions nécessaires pour contenir les mouvements dangereux de la malade, mais il ne faut pas, comme le conseillent quelques personnes, employer pour cela la violence. Nous l'avons déjà dit, la tendance au déplacement est presque nulle, et il suffit de surveiller la malade, sans chercher à empêcher les mouvements convulsifs dont on pourrait ainsi augmenter l'intensité.

Il faut mettre une attention toute particulière à ce que la langue ne soit pas mordue. Elle est le plus souvent projetée en avant des arcades alvéolaires, et se trouve très-souvent blessée par la contraction convulsive des masséters. On avait conseillé, pour éviter cet accident, de placer entre les dents un corps dur, comme le manche d'une cuiller, pour les tenir écartées; mais, dit madame Lachapelle, c'est un moyen presque infallible de casser les incisives. Gardien voulait qu'on placât entre les molaires un morceau de liège, qui n'aurait pas cet inconvénient, mais qui pourrait échapper aux doigts, et, dans un mouvement d'inspiration, être entraîné sur l'ouverture de la glotte, et suffoquer la malade. Il est beaucoup plus simple, au commencement de chaque accès, de repousser la langue, avec les doigts eux-mêmes, derrière les arcades alvéolaires; les mâchoires une fois serrées, la langue ne sort plus: elle peut être contuse entre les dents, mais elle ne peut plus être mutilée. On peut très-bien apprendre ce procédé aux assistants,

qui l'exécutent facilement aussitôt qu'ils ont surmonté la crainte chimérique d'être mordus.

Depuis longtemps j'ai vu employer à la clinique un procédé plus simple encore dans son application: il consiste à saisir le bord d'une serviette et à le tendre entre les deux mains sur une longueur de 20 à 25 centimètres. Le bord de la serviette ainsi tendue est placé sur le dos de la langue qu'il repousse fortement dans la bouche, et quand les mâchoires se ferment, les dents étreignent le linge sans aucun inconvénient pour les malades et sans aucun risque pour les assistants. La serviette est retirée après l'accès.

B. Moyens spéciaux. — Le traitement que nous venons d'indiquer pourrait être considéré comme la partie médicale du traitement de l'éclampsie,

Mais lorsque, malgré l'emploi de ces moyens, les convulsions persistent et augmentent d'intensité, que faut-il faire? L'existence de la grossesse étant la cause première de l'éclampsie, il était tout naturel d'espérer trouver dans l'évacuation de la matrice la plus puissante ressource. C'est aussi l'opinion de presque tous les praticiens. C'était la nôtre il y a quelques années; mais depuis que nous avons vu si souvent les convulsions persister encore plusieurs jours après l'expulsion spontanée ou l'extraction du fœtus, nous avons beaucoup moins de confiance dans les résultats immédiats de la cessation de la grossesse. Ainsi que nous l'avons déjà dit, en effet, c'est dans une modification générale de l'organisme que se trouve la cause principale de l'éclampsie: or, cette modification, quoique due aux progrès de la grossesse et entretenue par elle, ne saurait disparaître aussitôt après l'accouchement. Elle persiste plus ou moins longtemps, et ce n'est que lentement que la femme revient aux conditions normales de l'état de vacuité. Quoique diminuée, elle peut cependant faire sentir son influence, comme le prouvent les accès éclampiques qui se manifestent parfois plusieurs heures et même plusieurs jours après la délivrance. Désempir l'utérus, c'est donc s'attaquer seulement à une des causes éloignées de l'éclampsie, nullement à la cause immédiate. Malgré toutes ces restrictions, nous ne repoussons pas d'une manière absolue l'accouchement prématuré; nous aurons soin d'indiquer plus loin les cas où nous le croyons applicable.

Pour bien faire comprendre notre pensée, nous devons successivement examiner les indications que présente l'éclampsie grave, suivant qu'elle se manifeste pendant la grossesse, le travail, ou après l'accouchement.

1° Pendant la grossesse. — Avant le septième mois, c'est-à-dire avant l'époque à laquelle le fœtus est viable, il nous paraît évident qu'on doit se borner à l'emploi des moyens médicaux.

A une époque plus avancée, deux circonstances opposées peuvent se présenter.

Ou bien, en effet, sous l'influence des convulsions générales, les contractions utérines se sont prématurément et spontanément développées, ou bien l'utérus est resté complètement étranger aux troubles généraux produits par l'éclampsie. Dans le premier cas, le travail est commencé, et nous nous occuperons plus bas des moyens à employer, moyens sur le choix desquels la plupart des accoucheurs

sont d'accord ; mais, dans le second, la conduite à tenir est loin d'être aussi nettement tranchée.

Que convient-il donc de faire, lorsque l'éclampsie a résisté à la saignée, aux révulsifs intestinaux et cutanés, etc., et que la femme étant arrivée au huitième ou au neuvième mois, le travail n'est pas commencé, que les accès continuent et menacent la vie de la mère ?

L'accouchement provoqué et l'accouchement forcé ont été conseillés dans ces circonstances graves. Pour le premier, on peut dire que les moyens mis ordinairement en usage pour provoquer les contractions utérines sont trop lents à agir dans un cas où nous supposons la vie de la femme menacée par des convulsions qui durent déjà depuis longtemps et contre lesquelles on a vainement épuisé toutes les ressources de la thérapeutique.

L'accouchement prématuré artificiel a donc trouvé peu de partisans, parce qu'il réclame un temps assez long, tandis que l'éclampsie a une marche rapide, et que sa terminaison par la guérison ou par la mort aura lieu avant qu'on ait obtenu la délivrance. Cette réprobation n'a cependant pas été partagée par tout le monde ; Chailly, Krause, avec bien d'autres, ont obtenu des succès et n'hésitent pas à recommander l'accouchement prématuré artificiel. Il est juste de dire aussi, qu'aujourd'hui nous possédons des moyens très-rapides de provoquer le travail (voyez *Accouchement prématuré artificiel*) et que cette considération doit peser dans la balance en faveur d'une intervention active. Les chances de réussite sont sans aucun doute très-faibles, aussi nous croyons qu'on doit réserver l'accouchement provoqué pour les cas où les accidents progressent malgré l'emploi de copieuses saignées, et des autres moyens.

Il est des femmes chez lesquelles, pendant la grossesse, l'éclampsie se renouvelle à intervalles plus ou moins éloignés, chez lesquelles aussi chaque accès nouveau est plus grave que ceux qui l'ont précédé. Ces attaques survenant tous les huit ou quinze jours compromettent de plus en plus la vie de la femme et de l'enfant, et l'on doit rationnellement craindre qu'un nouvel accès ne devienne fatal aux deux individus. L'accouchement provoqué serait assurément indiqué dans les cas dont nous venons de parler. Seulement c'est dans l'intervalle que laissent entre elles chaque attaque d'éclampsie qu'il faut y recourir.

L'accouchement forcé paraît aussi offrir quelques chances favorables en permettant d'opérer promptement la déplétion de l'utérus. Mais à une époque encore assez éloignée du terme, la longueur du col, la résistance offerte par son orifice interne non ramolli, rendront bien difficile l'introduction forcée de la main. Les efforts nécessaires pour pénétrer dans l'intérieur de la matrice seront très-propres à agacer, à irriter cet organe, et par conséquent à augmenter les convulsions générales.

Ces résistances et l'irritation générale qu'elles déterminent sont telles dans la plupart des cas, qu'on a cherché à les détruire en pratiquant des incisions multiples sur le pourtour de l'orifice. Sans doute, lorsque le col est effacé, soit par les progrès de la grossesse, soit par des contractions prématurées, ces débridements me paraissent utiles et peu dangereux, car ils ne seront pratiqués que sur la portion sous-vaginale ; mais dans le huitième mois, alors que le col con-

serve encore toute sa longueur, c'est à l'anneau interne et à la moitié supérieure du col que se trouveront les plus grandes difficultés : inciser l'anneau externe, c'est n'en détruire que la plus faible partie, et je ne crois pas qu'un chirurgien soit assez hardi pour porter l'instrument tranchant jusque sur l'orifice interne. Je n'ai pas encore rencontré de cas semblables ; mais je suis convaincu que lorsque ces incisions ont réussi, on avait affaire à une grossesse très-avancée, ou à un utérus dont les contractions, jusqu'alors méconnues, avaient, pendant l'accès convulsif, dilaté la partie supérieure du col. C'est fort heureusement, du reste, ce qui arrive dans la plupart des cas où l'éclampsie s'est prolongée longtemps, mais ce qui nous place en dehors des conditions que nous avons supposées.

En admettant pourtant que l'introduction forcée de la main, préparée ou non par les incisions, puisse être faite sans beaucoup de difficultés, il ne faut pas croire que l'extraction du fœtus soit alors sans danger. Nous avons supposé l'utérus inerte ; or, bien que l'irritation produite par la main de l'accoucheur et les mouvements imprimés au fœtus pendant son extraction soient de nature à provoquer des contractions, ne peut-on pas craindre qu'une inertie de l'organe ne soit la conséquence de cette déplétion trop brusque et ne devienne la source de nouveaux accidents ?

Si, enfin, après avoir vaincu toutes ces difficultés, on était sûr de voir cesser l'éclampsie, je comprendrais qu'on entreprît un pareil travail ; mais comme l'expérience prouve le contraire, je crois que pendant la grossesse, quelque grave que soit l'attaque convulsive, il faut repousser l'accouchement forcé.

2^o *Pendant le travail.* — La terminaison prompte du travail, généralement conseillée, ne doit être pratiquée pourtant qu'avec une certaine réserve. Pour mettre de la clarté dans ce résumé des indications, nous chercherons successivement à résoudre les questions suivantes :

Que faut-il faire quand le col est dilaté ou dilatable ? Que faut-il faire lorsque le col n'est ni suffisamment dilaté ni dilatable pour permettre promptement la terminaison artificielle du travail ?

a. *Le col est dilaté ou dilatable.* — Si la tête est plongée dans l'excavation, et distend le périnée ou appuie fortement sur le pourtour de l'orifice utérin, s'il n'y a eu encore qu'un ou deux accès, si surtout on a quelque raison de supposer que la sensibilité excessive du col ou des parties molles peut avoir été pour quelque chose dans le début de l'éclampsie, il faut immédiatement appliquer le forceps. C'est alors surtout que la terminaison immédiate du travail prévient le retour des accidents.

Si l'éclampsie, qui dure déjà depuis un certain temps, est légère, c'est-à-dire si les accès convulsifs sont peu violents, l'intervalle qui les sépare est long ; si la femme recouvre toute sa connaissance pendant cet intervalle ; si alors le travail est avancé, la dilatation complète et le col franchi par la tête du fœtus, qui est descendue très-avant dans l'excavation ; si les contractions utérines sont fortes et énergiques, si le périnée n'offre pas une résistance trop énergique, nous pensons qu'il faut attendre des efforts naturels l'expulsion du fœtus.

Si, dans les mêmes conditions, les douleurs sont faibles, lentes et peu efficaces,

ou si, les contractions étant énergiques, les convulsions sont fréquentes, prolongées, le coma profond pendant l'intervalle des accès, nous pensons qu'il faut immédiatement soustraire la femme, et surtout l'enfant, aux dangers qui les menacent, par l'application du forceps.

Lorsque, loin d'avoir franchi le col, la tête est encore retenue au-dessus du détroit supérieur, la version pelvienne nous paraît, en général, préférable à l'application du forceps, surtout si les membranes sont encore intactes (voyez les raisons qui motivent notre opinion, à l'article *Forceps*). Nous disons que la version nous paraît, en général, et non pas toujours, préférable, car nous savons que parfois elle est impraticable, même lorsque la tête est encore au-dessus du détroit supérieur. L'écoulement presque complet du liquide amniotique, la violence des contractions de l'utérus, qui participe assez souvent aux convulsions générales, les violences très-irritantes que cet organe aurait à supporter pendant l'introduction de la main et l'évolution du fœtus, motivent suffisamment notre réserve, ainsi que la préférence que nous accordons à l'application du forceps dans ce cas particulier.

Lorsque la face se présentera, et qu'elle sera descendue fort avant dans l'excavation, nous appliquerons encore le forceps. Nous aurons recours à la version pelvienne, au contraire, quand elle sera encore au-dessus du détroit supérieur, ou bien lorsque, engagée dans le détroit, elle sera placée en position mento-postérieure.

Dans les présentations de l'extrémité pelvienne, nous hâterons la terminaison du travail en pratiquant des tractions sages et bien ménagées sur cette extrémité.

Dans les présentations du tronc, nous irons à la recherche des pieds; nous n'aurions recours à la version céphalique, de préférence à la version pelvienne, qu'autant qu'il existerait un rétrécissement très-prononcé du bassin. Cette version céphalique devrait être évidemment suivie d'une prompt application du forceps, et si le forceps échouait, du céphalotribe.

b. *Que faut-il faire quand le col n'est ni dilaté ni dilatable?* — Si les membranes ne sont pas rompues, et que l'utérus paraisse très-distendu par une très-grande quantité d'eau, il faut rompre les membranes et faciliter, en soulevant avec le doigt la partie qui se présente, l'écoulement du liquide et la déplétion partielle de l'utérus. Cette rupture des membranes a quelquefois suffi pour diminuer la fréquence et l'intensité des accès convulsifs, et pour permettre à l'accoucheur d'attendre la complète dilatation du col; mais si la distension de la matrice est à peu près normale, nous croyons, dans l'intérêt du fœtus, devoir respecter l'intégrité de la poche amniotique, et attendre la dilatation spontanée; si celle-ci était trop lente à se faire, on devrait employer la pommade, ou mieux encore l'extrait de belladone, que l'on porterait jusque sur la face externe et interne de l'orifice.

Mais l'éclampsie est grave, la rupture des membranes n'a pas rendu les convulsions moins vives, le coma moins profond, et pourtant le col, non encore suffisamment dilaté ou convulsivement contracté, s'oppose à l'introduction de la

main et des instruments. Faut-il, dans ces circonstances difficiles, abandonner, comme le veulent quelques accoucheurs, la délivrance à la nature? Faut-il, au contraire, se frayant une route par la violence ou l'instrument tranchant, pénétrer forcément dans la cavité utérine?

Sans doute, au début du travail, et même dans les quatre ou cinq premières heures, il ne faudrait pas avoir recours à ces moyens extrêmes: mais quand les convulsions persistent, malgré l'emploi des médicaments les plus rationnels; quand dix, vingt et trente heures se sont écoulées depuis le début des accidents, quand la vie de la femme est compromise par la durée et l'intensité toujours croissante des accès, on n'a plus d'espoir que dans la déplétion de l'utérus, et l'intérêt de l'enfant, plus encore que celui de la mère, nous paraît autoriser l'accouchement forcé.

Deux moyens ont été proposés: l'introduction forcée de la main et le débriement du col à l'aide de l'instrument tranchant. En décrivant les difficultés qui peuvent se présenter dans la version pelvienne, nous reviendrons plus loin sur le procédé opératoire que l'on doit suivre dans la pratique de ces deux opérations. Nous dirons seulement ici que, par la lenteur qu'elle exige, l'agacement et l'irritation qui en résultent, et qui sont bien propres assurément à augmenter les convulsions, par les déchirures auxquelles elle donne lieu, quelle que soit la prudence avec laquelle on la pratique, l'introduction forcée de la main est très-dangereuse et doit être rejetée; et que, à moins d'avoir à vaincre une faible résistance de l'orifice, les incisions multiples, pratiquées sur divers points de la circonférence du col, nous paraissent devoir être exclusivement préférées.

Quel que soit, du reste, le procédé opératoire qu'on emploie, la résistance du col une fois vaincue, on terminera l'accouchement par l'application du forceps, ou l'évolution pelvienne, suivant qu'on se trouvera dans des conditions plus ou moins favorables à la pratique de l'une ou de l'autre opération. Ces conditions seront précisées avec soin quand nous traiterons de la version et du forceps.

L'expectation, que nous avons conseillée lorsque le col n'est ni dilaté ni dilatable, hors le cas de danger imminent pour la mère, étant contraire à l'opinion généralement adoptée, a besoin d'être justifiée. Tout en considérant d'une manière générale la terminaison du travail comme une condition favorable, nous sommes loin de lui accorder l'influence heureuse que quelques auteurs lui ont prêtée. Dans tous les cas, en effet, où l'éclampsie durait déjà depuis longtemps lorsque nous avons été appelé auprès de la malade, nous n'avons jamais vu que la terminaison du travail fit cesser les accidents, et rarement même en diminuant l'intensité. Les accidents convulsifs se sont continués après la délivrance avec la même fréquence et la même gravité qu'auparavant. Trois fois seulement nous les avons vus cesser après l'application du forceps; mais il faut dire que, témoin du début de l'éclampsie, nous avons pu extraire le fœtus aussitôt après le premier accès.

Si donc nous n'envisageons que les intérêts de la mère, nous pensons que l'in

tervention de l'art n'est justifiable que lorsque la dilatation du col la rend facile et peu irritante pour les organes maternels; mais si le fœtus est vivant, sa vie est sérieusement compromise par un séjour trop longtemps prolongé dans la cavité utérine, surtout après la rupture des membranes, et puisque la terminaison du travail pratiquée avec prudence n'augmente pas sensiblement les dangers auxquels la femme est exposée, nous pensons qu'on doit extraire l'enfant le plus promptement possible.

3° *Après l'accouchement.* — Après l'expulsion du fœtus, la seule indication spéciale que présente l'éclampsie est d'extraire le délivre et tous les caillots ou toutes les portions des membranes que l'utérus peut contenir, et d'enlever, par des injections détersives poussées jusque dans la matrice, les matières sanieuses, les détritiques qui pourraient s'y trouver; mais si l'introduction de la main était par trop difficile et douloureuse, il faudrait s'abstenir, car la rétention du corps étranger serait beaucoup moins irritante, et par conséquent moins pénible que les tentatives inopportunes d'introduction.

CHAPITRE XIII

DE QUELQUES MALADIES DE LA MÈRE QUI PEUVENT COMPLIQUER LE TRAVAIL

Indépendamment des accidents que nous venons d'étudier, et qui se rattachent d'une manière toute spéciale à la grossesse et à l'accouchement, il est encore quelques affections dont l'existence, au moment du travail, peut rendre l'accouchement difficile, impossible ou dangereux sans l'intervention de l'art. Ainsi, l'hémoptysie, l'hématémèse, une tumeur anévrysmale, l'asthme, la présence d'une hernie, la syncope, l'épuisement des forces chez une femme affaiblie par une longue maladie, l'emphysème traumatique, la fracture du sternum, sont autant de circonstances qui doivent fixer l'attention de l'accoucheur.

A. *Hémoptysie, hématémèse.* — Lorsque la femme à laquelle on donne des soins est affectée d'une hémoptysie ou d'une hématémèse, il n'y a rien à faire si l'hémorrhagie est peu abondante. Mais si elle continue d'être violente ou qu'elle augmente tout à coup pendant les douleurs de l'enfantement, il faut se hâter de soustraire la femme au danger qui la menace, en terminant l'accouchement aussitôt que la dilatation ou la dilatabilité du col le permettra. L'application du forceps ou la version pelvienne, suivant les conditions particulières dans lesquelles se trouveront les parties du fœtus et de la mère, devront être immédiatement employées.

B. *Tumeur anévrysmale.* — La même indication se présente encore lorsqu'il existe un anévrysmes un peu considérable, surtout quand il occupe un des gros vaisseaux du ventre et de la poitrine. On prévoit, en effet, combien la tumeur

serait exposée à se rompre pendant les efforts violents auxquels la femme se livre dans la seconde période du travail.

Les anciennes maladies du cœur, qu'elles consistent dans une hypertrophie de l'organe, ou simplement dans une altération des valvules ou rétrécissement des ouvertures, sont trop souvent, ainsi que l'a démontré récemment M. Arant cause de mort subite, pour qu'elles n'offrent pas pendant le travail quelques indications spéciales. Il me paraît très-imprudent de laisser la période d'expulsion se prolonger longtemps chez les malades, et la terminaison artificielle du travail me semble devoir être pratiquée le plus tôt possible (1).

C. *Asthme.* — On devrait agir de la même manière dans tous les cas où il existerait une gêne considérable de la respiration, comme cela arrive chez les asthmatiques, chez les femmes d'une petite taille chez lesquelles l'utérus, énormément distendu, a refoulé le diaphragme et les poumons dans les parties supérieures de la poitrine, et chez lesquelles les fonctions respiratoires ont été troublées pendant les derniers mois de la grossesse.

D. *Hernies.* — Lorsqu'il existe une hernie, dit Desormeaux, il n'est personne qui ne comprenne tout ce que des efforts aussi violents que ceux du dernier temps de l'accouchement peuvent produire de fâcheux sur ces tumeurs : combien alors elles doivent être exposées à augmenter et à s'étrangler. L'accoucheur doit prévenir par lui-même de pareils accidents. Si la hernie est réductible, il la réduira aussitôt que possible, cherchant à la faire rentrer pendant l'intervalle d'une douleur, et, dès que la contraction se réveillera, il exercera avec les doigts, mais mieux encore avec une pelote convexe, une compression forte sur l'ouverture herniaire. Si elle est irréductible, il appliquera sur la tumeur une pelote concave, ou seulement la concavité palmaire de sa main, afin d'empêcher l'expulsion de nouvelles parties pendant la douleur. Enfin, si, malgré toutes ces

(1) Je fus requis pour assister à l'autopsie d'une femme âgée de quarante ans, et qui était morte subitement pendant le travail. Elle avait déjà eu trois enfants. Elle avait eu depuis sept années la respiration très-gênée, et toussait habituellement. La dyspnée et la toux avaient augmenté depuis peu, et les crachats offraient parfois quelques stries sanguinolentes : quelques heures après la rupture des membranes et pendant que durait une douleur, elle s'appuyait d'une main sur le bord d'un lit et de l'autre sur le bras d'une garde; elle tomba morte sans pousser un cri. A l'ouverture, on trouva à peu près trois pintes de sérosité dans les deux plèvres; les poumons, sauf la compression qu'ils avaient subie, étaient sains; le péricarde contenait aussi une quantité considérable de sérosité.

Dans une autre occasion, je fus prié par un de mes élèves d'assister à l'autopsie d'une femme âgée de vingt-huit ans, et morte subitement aussitôt après être accouchée de son quatrième enfant. Elle éprouvait depuis trois ou quatre ans des palpitations violentes, et le plus léger exercice, surtout l'action de monter, même très-lentement, un escalier, l'essoufflait beaucoup; elle toussait constamment, et crachait de temps en temps un peu de sang. Le travail ayant été facile et prompt, elle ne paraissait pas fatiguée, et s'informa du sexe de son enfant. Pendant que l'accoucheur liait le cordon, il s'aperçut qu'elle avait quelques légers mouvements convulsifs; mais il eut à peine le temps d'accourir auprès d'elle qu'il la trouva morte.

L'utérus était fortement contracté. Les viscères abdominaux étaient sains; les poumons sains aussi, mais gorgés de sang; le cœur était petit, très-flasque; la valvule mitrale était très-épaisse, et l'ouverture auriculo-ventriculaire pouvait à peine admettre l'extrémité du petit doigt; il y avait à peine cinq onces de sérosité dans le péritoine. (Francis Rhamsbotham, *Obs. med. surg.*, p. 608.)