

gnée, dit M. Stoltz, qui dans les derniers temps a été presque complètement abandonnée, m'a le plus souvent rendu d'éminents services; ensuite les applications froides; les dérivatifs m'ont paru peu utiles et souvent nuisibles, tandis que les sédatifs, surtout après l'usage préalable, de la saignée, m'ont rendu des services signalés, c'est-à-dire le chloroforme et les injections hypodermiques de morphine.

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

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

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

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

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

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

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

Toute pression doit être évitée; toute liberté d'action doit être laissée aux poumons; et si avec Cormach nous pensons que l'albumine est due à la pression de l'utérus sur les reins, nous devons recommander à la malade d'éviter autant que possible la position horizontale. Quelquefois, au contraire, ces symptômes peuvent coïncider avec un appauvrissement du sang, la malade aura alors besoin de toniques et d'un régime fortifiant. Des lotions froides ou des dérivatifs à la tête pourront être utilement employés en même temps. Frerichs et Litzman disent s'être tous deux très-bien trouvés de l'emploi des acides benzoïque et acétique. Si la maladie rénale existe depuis quelque temps déjà, le traitement doit être moins actif, des lotions froides, des dérivatifs avec des purgatifs doux et des acides seront conseillés. — Il faut surtout éviter les diurétiques, mais les dérivatifs sur les reins au moyen de sinapismes seront très-utiles quand les convulsions surviennent avant le début du travail; Chailly (1), Pietra Santa (2), Sabatier, Braun et Daniel sont d'avis de provoquer l'accouchement; Bouchacourt de Lyon réussit une fois à l'aide de ce moyen; Legroux et Richelot doutent de l'efficacité de ce moyen. Je partage leur opinion en ce que le travail, lorsqu'il survient, n'est pas infailliblement accompagné d'un retour de convulsions, surtout s'il s'est écoulé un certain laps de temps depuis l'attaque.

### ARTICLE III

#### CONVULSIONS APOPLECTIQUES

Ce genre de convulsion ne se voit que rarement si ce n'est après le travail. Cependant Burns (3) signale quelques cas au début du travail, et Morithon (4) et Menard (5) au sixième mois de la grossesse.

#### § I. — Causes.

Ces convulsions sont évidemment dues à la fluxion des vaisseaux cérébraux pendant les douleurs du travail. Il est très-probable que des soucis moraux peuvent prédisposer à ce genre d'attaque, du moins, il paraissait en être ainsi dans un cas que j'ai eu sous les yeux.

#### § II. — Symptômes.

Dans quelques cas la malade souffre de douleurs et de battements dans la tête plusieurs jours avant l'attaque, dans d'autres, au contraire, il n'y a aucun symptôme précurseur.

(1) Chailly, *Traité de l'art des accouchements*, 5<sup>e</sup> édition. Paris, 1867, p. 476.

(2) Pietra Santa, *Observation d'éclampsie* (*Union médicale*, 10 août 1852).

(3) Burns, *Midwifery*, p. 527.

(4) Morithon, *Trans. med.*, vol. IV, p. 162.

(5) Menard, *Ibid.*, vol. IV, p. 241.

Généralement la malade se plaint pendant le travail de douleurs de tête, la figure est congestionnée, et les yeux sont injectés. A proprement parler, il y a peu de convulsion, le corps et les membres sont d'abord agités, et puis la malade reste dans un état comateux; il y a peu ou point de distorsion de la face, pas d'écume de la bouche, les muscles sont flasques et impuissants, la respiration est stertoreuse, la connaissance ne revient pas, mais il est rare que la crise se reproduise bien qu'on l'ait quelquefois observée. Le pouls est plein et lent, les pupilles sont parfois dilatées, parfois contractées, mais toujours insensibles à la lumière, presque toujours la malade reste dans cet état jusqu'à la mort; cependant il y a quelques cas analogues, je suppose, à l'apoplexie congestive d'Abercrombie et de Lallemand, où des secours opportuns sont suivis de succès, et la malade reprenant connaissance et retrouvant l'usage de ses membres guérit promptement si des soins intelligents lui sont donnés.

Je ne puis mieux appuyer ce que je viens de dire de cette maladie qu'en reproduisant les deux observations suivantes: je dois la première à Aston. La seconde fut prise dans un service d'hôpital auquel j'étais attaché. Je les cite d'après un rapport que j'ai publié (1).

OBSERVATION I. — Catherine Costello, âgée dix-huit ans et neuf mois, petite et grasse, se plaignit pour la première fois de violent mal de tête le mercredi 2 janvier 1833. Jamais elle n'avait ressenti une aussi vive douleur. Les maux de cœur se déclarèrent presque en même temps, et la malade continua de vomir des matières vertes bilieuses pendant toute la journée. Une constipation opiniâtre dura quatre jours. La face et les extrémités commencèrent à enfler deux jours avant le début de la crise, et continuèrent à se développer à mesure que les douleurs de tête devenaient plus intenses. Il s'en fallait environ de sept semaines qu'elle fût au terme de sa grossesse. On me fit chercher dans la soirée. La malade se promenait dans sa chambre, et souffrait cruellement; la face était gonflée au point de cacher les yeux, et la parole était tant soit peu embarrassée. Elle n'avait pas senti le mouvement de l'enfant de toute la journée. Comme elle avait une répugnance marquée pour la saignée, j'y renonçai pour le moment, et me contentai d'ordonner un purgatif pour débarrasser l'intestin; et je la quittai après avoir donné les instructions nécessaires. Peu d'heures après, son mari vint me chercher en toute hâte, disant que sa femme paraissait avoir une attaque, et semblait mourante.

Après une complète enquête, j'appris que la douleur de tête avait beaucoup augmenté, que tout à coup le regard était devenu fixe, la face contournée, que des mouvements convulsifs étaient survenus, à la suite desquels la respiration était devenue stertoreuse. Ces phénomènes n'avaient pu durer longtemps, puisque peu d'instant auparavant il n'existait aucun de ces symptômes, bien que la malade fût inconsciente de tout ce qui s'était passé et ne reprit connaissance qu'après la saignée, que je fis du premier coup de 17 ou 18 onces, et qui fut suivie d'un soulagement immédiat. La chaleur de la peau

(1) Flet. Churchill, *Medical Gazette*.

était intense, la soif excessive, le pouls fréquent et un peu dur. Après la saignée, il devint plus fréquent; mais, peu de temps après, il était plus lent, et plus mou, et ne tarda pas à reprendre son taux habituel. Dès ce moment, tous les symptômes graves s'amendèrent, la patiente accoucha le 3 janvier et se rétablit complètement.

OBSERVATION II. — Mary, âgée de trente ans, fut assistée pendant son premier accouchement par un élève du *Wellesley dispensary* le lundi 20 novembre 1833. Le travail fut naturel et se termina dans le délai voulu. La patiente se plaignit de mal de tête violent pendant le travail et paraissait assoupie vers la fin. Après avoir adressé quelques questions aux assistants, elle s'endormit complètement. Les personnes présentes constatèrent à ce moment quelques mouvements dans les membres, et rien de plus, jusqu'à ce que la respiration devint haute et stertoreuse. Comme on ne parvenait pas à l'éveiller, on me fit quérir. Je trouvai la malade complètement insensible. Les pupilles étaient fixes et contractées, la respiration stertoreuse, la tête était modérément chaude. L'abdomen était ballonné, les muscles étaient dans le relâchement complet, le pouls était ferme et modérément plein. Les moyens ordinaires furent employés sans succès, et la femme succomba pendant la nuit. L'autopsie fut pratiquée. Nous trouvâmes un épanchement de sang considérable dans les deux ventricules. On constata la présence d'une grande quantité de sérosité à la base du crâne. Plus tard j'appris que la pauvre femme avait été la victime d'un séducteur qui l'avait abandonnée. Elle avait été fort déprimée et avait souffert de violents maux de tête sept semaines avant son accouchement.

### § III. — Anatomie pathologique.

On trouve quelquefois le cerveau fortement congestionné, mais sans épanchement; mais je crois ce fait exceptionnel.

Il peut y avoir un grand épanchement de sérosité qui, par la compression qu'il exerce, donne lieu à tous les symptômes de l'apoplexie.

Plus fréquemment, on rencontre du sang épanché dans les ventricules, dans la substance cérébrale ou à la base du cerveau.

Des observations ont été publiées par Denman, Targioni, Marchais, Lachapelle, Leloutre, Schedel, Velpeau, etc.

### § IV. — Diagnostic.

L'insensibilité complète et persistante, l'absence d'accès répétés avec les symptômes concomitants, permettront de reconnaître aussitôt la convulsion apoplectique des convulsions épileptiformes ou hystériques.

Il n'est pas facile de distinguer cette forme provenant de simple congestion de celle qui dépend d'un épanchement, la principale différence consistant surtout dans l'intensité plus ou moins grande des symptômes.

### § V. — Traitement.

On emploiera dès le début les moyens antiphlogistiques les plus puis-

sants. On tirera de la veine du bras, de la jugulaire ou de l'artère temporelle, une quantité de sang, et l'on recommencera, s'il est nécessaire. C'est là l'indication la plus pressante, et de l'effet de ce traitement on pourra conclure à la congestion, à l'apoplexie ou à l'épanchement. S'il ne se produit pas le moindre soulagement, le cas pourra être considéré comme au-dessus de toute ressource. Si la malade éprouve un peu de mieux, on fera aussitôt raser la tête, et l'on appliquera de la glace.

Peu de temps après, un large vésicatoire sera appliqué sur la tête ou à la nuque, et l'on donnera un purgatif énergique.

Si cette forme de convulsions se montre pendant le travail, il sera bon de délivrer la malade dans le plus bref délai, de manière à sauver au moins l'enfant. Si la tête de l'enfant est engagée, on appliquera, suivant la période du travail, le grand ou le petit forceps.

### CHAPITRE III

#### PARALYSIE SURVENANT PENDANT LA GROSSESSE OU APRÈS L'ACCOUCHEMENT

Ayant été fort intéressé par un cas de paralysie après l'accouchement, et pour lequel je fus appelé en consultation, je fis des questions sur l'invasion de la maladie, j'interrogeai les antécédents pendant la grossesse, je consultai les autorités compétentes, afin d'y apprendre quelque chose, et je constatai avec peine que mes recherches m'avaient été à peu près inutiles. Me rappelant que les affections paralytiques peuvent être une terminaison des convulsions, et qu'elles peuvent en être complètement indépendantes, je consultai avec soin les principaux auteurs d'obstétrique. Dans les ouvrages de Giffard, Ould, Exton, Smellie, Chapman, Pugh, Burton, Moore, Foster, Perfect, Osborn, Spence, Hamilton, Denman, Burns, Merriman, Blundell, Collins, Davis, Lee, Murphy et Hardy, Mac Clintock, je n'ai trouvé aucune mention de cette maladie.

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

Ryan fait observer que quelques femmes, après l'accouchement le plus facile comme après un accouchement artificiel, sont atteintes de paralysie

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

des extrémités inférieures et souffrent en même temps de rétention d'urine. La maladie disparaît généralement après quelques semaines (1). F. Ramsbotham a observé que la paralysie de l'une des jambes, ou des deux à la fois, à des degrés variables, se montre souvent après l'accouchement. Le plus souvent le fait se produit quand le travail a été long et pénible, quelquefois cependant, alors que le travail s'est terminé dans le délai ordinaire, ou même alors qu'il s'est fait avec une rapidité inusitée. Cette paralysie n'est pas accompagnée de lésion cérébrale, elle est le plus communément due à la compression exercée sur les muscles et les nerfs du pelvis pendant le passage de la tête du fœtus à travers le bassin. On constate de la douleur ou de l'insensibilité dans la cavité pelvienne et autour de la hanche. La jambe ne peut être mue qu'avec difficulté. La paralysie disparaît ordinairement dans l'espace de quelques jours, quelquefois elle dure au delà du temps où la malade garde le lit. Celle-ci, en pareil cas, est forcée d'avoir recours à un bâton ou à une béquille. Encore une fois, l'hémiplégie peut apparaître après l'accouchement aussibien qu'à un autre moment; mais il y aura en dehors de l'affection locale des signes spéciaux qui sont trop bien connus pour que j'aie à les rappeler ici (2). Dewees a publié deux observations de convulsions puerpérales suivies de cécité (3). Ce sont là tous les renseignements que j'ai pu recueillir dans ses travaux ou dans ceux de Meigs. Je n'ai pas été plus heureux dans mes recherches, dans les auteurs qui ont écrit spécialement sur les maladies des femmes, car ni Leake, ni Hamilton, ni Blundell, ni Hall, ni Ashwell ne font mention de la paraplégie ou de l'hémiplégie. Je n'ai trouvé que peu de renseignements dans les auteurs français ou allemands. J'ai consulté les œuvres de Sacombe, de Boivin, de madame Lachapelle, de Baudelocque, de Maygrier, de Gardien, de Velpeau, de Moreau, de Chailly, de Jacquemier, de Carus, de Joërg, de Wigand et de Busch sur l'obstétrique, les œuvres de Nauche, de Capuron, de Joërg et de Siebold sur les maladies des femmes sans y rencontrer même une allusion à cette maladie; l'ouvrage de Scanzoni (4) est le seul où j'ai rencontré une notice à ce sujet. Il contient un chapitre sur la paraplégie. Cet auteur admet que quelquefois la pression est cause de la paralysie; mais pourtant, comme l'attaque peut ne survenir que quelque temps après le travail, et qu'elle peut atteindre également les extrémités supérieures, la pression n'en est pas la seule cause; on peut alors attribuer la maladie à un trouble beaucoup plus profond. Il en a donné une observation que je citerai plus tard.

Il m'a semblé que le peu de renseignements que je trouve dans les ouvrages spéciaux d'obstétrique ne tient pas seulement à la rareté de la

(1) Ryan, *Manual of midwifery*, p. 661.

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

(3) Dewees, *Midwifery*, p. 518.

(4) Scanzoni, *Lehrbuch der Geburtshülfe*, p. 110.