

le plus profond, reprit rapidement connaissance à la suite d'une large saignée. Malheureusement l'amélioration ne fut que passagère, et les convulsions reparurent avec une force nouvelle. Nous avons des preuves théoriques sur lesquelles nous pouvons nous appuyer pour dire que l'action de la saignée n'est que provisoire, qu'elle peut même augmenter la tendance aux convulsions. Ces points ont été parfaitement indiqués par Schroeder, et je ne pourrais mieux faire que de rapporter ses propres observations. « Si, dit-il, la théorie de Traube et Rosenstein est exacte, une déplétion soudaine du système vasculaire, en diminuant la pression, doit arrêter les attaques. Mais l'expérience nous apprend qu'après l'ouverture de la veine la quantité du sang redevient rapidement la même, le sérum étant emprunté à tous les tissus de l'économie; et que la qualité en est fort altérée. Donc, très peu de temps après une saignée, nous devons nous attendre à retrouver la pression sanguine primitive dans le système artériel, mais le sang beaucoup plus aqueux. Il résulte de cette considération théorique qu'une extraction de sang, si les convulsions ont été provoquées par les causes signalées plus haut, doit amener un résultat favorable immédiat, et, dans certaines circonstances, couper court à tous les symptômes de la maladie. Mais, si toutes les autres conditions restent les mêmes, la pression sanguine atteindra de nouveau rapidement sa première hauteur. Et, comme la qualité du sang aura été altérée, les dangers de la maladie ne feront que s'accroître. »

Objections théoriques
à la saignée.

Ces observations expliquent suffisamment les opinions diverses émises sur l'opportunité de ce traitement; et nous pouvons très bien comprendre pourquoi, tandis que les effets de la saignée ont été vantés par quelques auteurs, la mortalité a diminué d'une façon sensible depuis qu'on n'en fait plus un usage immodéré. Mais il ne serait pas raisonnable de discréditer tout à fait un remède parce que l'abus peut en être nuisible; et je ne doute pas que, dans certains cas appropriés, la saignée, judicieusement employée, ne vienne sérieusement en

aide au traitement de l'éclampsie. Elle est surtout utile en diminuant la violence première de l'attaque, et en permettant d'avoir recours à d'autres moyens. Toutefois il faut avoir soin de choisir des cas favorables, et l'employer surtout lorsqu'il y a des signes évidents de congestion cérébrale vive avec tension vasculaire, lividité de la face, un pouls bondissant, et des battements énergiques des carotides. La constitution générale de la femme peut aussi nous servir de guide; si elle est forte et d'une bonne santé, nous recourons plus volontiers à la saignée; si au contraire elle est faible et débile, nous l'écartons sagement, et nous nous adresserons à d'autres moyens. En tout cas, nous ne devons la considérer que comme un expédient temporaire, utile pour éloigner des tissus cérébraux un danger immédiat, et jamais comme l'agent principal du traitement. On ne doit pas non plus se permettre de pratiquer ces larges saignées qu'on a recommandées fréquemment; on ne retire quelque profit que d'une seule saignée, dont la quantité est réglée sur les effets produits.

Dans certains cas,
elle a une grande utilité.

Il est bon d'essayer, comme expédient passager, applicable au même but, la compression des carotides pendant le paroxysme. Elle a été proposée par Trousseau dans les convulsions de l'enfance, mais je ne suis pas sûr qu'elle ait été faite dans l'éclampsie puerpérale. C'est un moyen bien simple, qui présente l'avantage de ne pas amener une détérioration permanente du sang, comme la vénésection.

Compression des
carotides.

L'administration d'un purgatif énergique est un excellent moyen pour diminuer la tension vasculaire; elle a en outre pour effet de débarrasser le tube digestif de toutes les substances irritantes qui peuvent y être contenues. Si la femme n'a pas perdu connaissance, on peut lui donner une forte dose de poudre de jalap composée, ou quelques grains de calomel associés au jalap; si elle est dans le coma et incapable d'avaler, on lui placera à la base de la langue une goutte d'huile de croton, ou un quart de grain d'elaterium.

Purgatifs.

L'indication principale du traitement de l'éclampsie est d'en-

Narcotiques.

raier l'action convulsive par les sédatifs. Je place en première ligne les inhalations de chloroforme, médicament d'une importance remarquable, qui a l'avantage de pouvoir être administré à toutes les périodes de la maladie, que la femme soit ou non dans le coma. On a fait quelques objections théoriques à son emploi, sous prétexte qu'il peut augmenter la congestion cérébrale, mais on n'en a aucune preuve; au contraire, il y a plutôt des raisons pour croire que les inhalations de chloroforme diminuent la tension artérielle, en même temps qu'elles apaisent la violence de l'action musculaire, cause d'augmentation de l'hyperémie des vaisseaux. Pratiquement, tous ceux qui les ont employées ne doutent pas qu'elles diminuent la force et la fréquence des paroxysmes convulsifs. Leurs avantages ont été démontrés par une statistique contenue dans la thèse de Charpentier sur les résultats des différentes méthodes de traitement dans l'éclampsie; sur 63 cas dans lesquels les inhalations de chloroforme furent employées, 48 fois elles arrêtèrent ou diminuèrent les attaques, une seule fois la malade mourut.

Chloroforme.

Le mode d'administration est variable. Quelques médecins font respirer le chloroforme d'une façon à peu près continue et plongent la femme en état d'anesthésie plus ou moins profonde. D'autres se contentent de surveiller attentivement la femme et de donner le chloroforme aussitôt qu'elle est menacée d'une attaque, se proposant d'en diminuer la violence. Cette dernière méthode est celle que j'ai adoptée, et je n'ai aucun doute sur sa valeur dans la plupart des cas. De temps à autre, on rencontre des cas dans lesquels l'inhalation du chloroforme est insuffisante à enrayer le paroxysme, ou dans lesquels elle paraît contre-indiquée par un état de cyanose de la malade. En outre, il est bon d'avoir, si c'est possible, un médicament à effet plus continu et qui exige moins la surveillance personnelle du médecin. Dans ce but, on a recommandé, dans ces derniers temps, l'administration du chloral à l'intérieur. Ma pratique est certainement en sa faveur, et je me suis servi, avec le plus grand avantage, à mon avis, d'un mélange de chloral et de bromure

Chloral et bromure de potassium.

de potassium, dans la proportion d'un gramme du premier et 75 centigrammes du second, donné à intervalles de quatre à six heures. Si la femme ne peut pas avaler, on lui donnera le chloral en lavement. L'influence remarquable exercée par le bromure de potassium contre les convulsions des enfants semblerait indiquer son emploi dans l'éclampsie puerpérale. Fordyce Barker est ennemi du chloral, qui, selon lui, excite l'irritabilité réflexe au lieu de la diminuer¹. Les injections sous-cutanées de morphine ont été énergiquement vantées par ceux qui les ont employées; elles ne sont pas exemptes d'objections théoriques, mais elles ont l'avantage de pouvoir être faites lorsque la femme est incapable d'avaler. On peut injecter un centigramme et renouveler la dose au bout de quelques heures, de façon à placer la femme complètement sous l'influence du médicament. On se rappellera que l'objectif est de maîtriser l'action musculaire, pour prévenir, autant que possible, les violents paroxysmes convulsifs, et que, par conséquent, il faut que le narcotisme, une fois produit, persiste à l'état continu. Il est donc rationnel de combiner l'action intermittente du chloroforme avec l'action plus durable d'autres médicaments, de manière que l'un vienne en aide aux autres lorsqu'ils sont insuffisants.

Injections sous-cutanées de morphine.

On a préconisé quelques autres médicaments considérés comme des antidotes de l'empoisonnement urémique, l'acide benzoïque ou l'acide acétique par exemple; mais ils sont beaucoup trop incertains dans leur action pour qu'on ait confiance en eux, et ils éloignent l'attention des moyens plus efficaces.

Médicaments divers.

Il est nécessaire de prendre quelques précautions pour éviter que la femme ne se blesse, surtout pour prévenir les lacérations de la langue; cet accident peut être assez facilement combattu en plaçant entre les dents de la femme, pendant les paroxysmes, le manche d'une cuiller à thé, enveloppé d'un peu de flanelle.

Précautions à prendre pendant les paroxysmes.

Les auteurs diffèrent d'opinion au point de vue du traite-

Traitement obstétrical.

1. *The puerperal diseases*, p. 120.

ment obstétrical de l'éclampsie, et c'est une question naturellement très délicate. Quelques accoucheurs recommandent de débarrasser immédiatement l'utérus, lors même que le travail n'a pas commencé; d'autres, au contraire, abandonnent le travail à lui-même. Ainsi Gooch dit « de s'occuper des attaques et de laisser le travail marcher seul »; pour Schröder, « l'intérêt de la mère exige qu'on ne fasse surtout aucune espèce de manœuvres obstétricales; » mais il admet que dans quelques cas il est bon de hâter l'accouchement pour sauver l'enfant.

Lorsque les attaques surviennent pendant le travail, les douleurs sont souvent fortes et irrégulières, et l'accouchement marche d'une façon satisfaisante; il n'y a donc pas lieu d'intervenir. Mais quelquefois nous ne pouvons nous empêcher de sentir qu'il y aurait décidément avantage à débarrasser l'utérus. Nous devons alors réfléchir que toute intervention active peut causer une vive irritation de l'utérus et provoquer de nouvelles attaques. L'influence de l'irritation utérine est démontrée par la fréquence avec laquelle les paroxysmes reparaissent pendant les douleurs. Si donc l'orifice n'est pas dilaté, et que le travail n'ait pas commencé, il vaut mieux ne pas intervenir activement; la rupture des membranes seule est avantageuse, parce qu'elle ne provoque aucune irritation. La dilatation forcée de l'orifice, et surtout la version, sont tout à fait contre-indiquées.

Tyler Smith a tracé une règle qui paraît rationnelle: c'est d'adopter le procédé qui semble devoir causer le moins d'irritation pour la mère. Ainsi, lorsque la compression du fœtus invite à agir et à faire quelques tentatives, si la tête peut être atteinte, on recourra au forceps ou à la craniotomie. Mais, si l'on a quelque raison de supposer que l'opération nécessaire pour compléter l'accouchement soit par elle-même une source d'irritation plus vive que la maladie abandonnée à la nature, on ne doit certainement pas intervenir.

CHAPITRE IV

DE LA FOLIE PUERPÉRALE

Sous le titre de *manie puerpérale*, les auteurs ont compris indistinctement toutes les affections mentales qui sont liées à la grossesse et à la parturition. Le résultat est fâcheux, parce qu'on a ainsi, en général, perdu de vue la distinction qui existe entre les différents types de maladies mentales. Il suffit d'une étude un peu approfondie du sujet pour démontrer que la dénomination de manie puerpérale est très-mauvaise, car, dans un grand nombre d'observations, nous ne trouvons pas du tout de « manie », mais de la mélancolie; d'un autre côté, une foule de cas ne sont pas à proprement parler « puerpéraux », parce qu'ils surviennent soit pendant la grossesse, soit longtemps après la disparition de la période puerpérale, s'associant dans ces circonstances à l'anémie produite par un allaitement prolongé. Pour abrégé, on peut se servir de l'expression « folie puerpérale », et comprendre sous ce nom toutes les affections mentales liées à la gestation; mais il est indispensable de les diviser ensuite en trois classes, chacune d'elles ayant ses caractères spéciaux, c'est-à-dire :

- 1° La *folie de la grossesse*;
- 2° La *folie puerpérale* proprement dite, celle qui survient dans une période limitée après l'accouchement;
- 3° La *folie de la lactation*.

Classification

La folie puerpérale peut être divisée en trois classes.