

SOIXANTE-NEUVIÈME LEÇON

Ce qu'il faut penser de l'anémie des femmes enceintes. — Anémiques par qualité, pléthoriques par quantité. — Congestions viscérales par pléthore d'un sang même moins riche en globules. — Peut-on prévoir l'éclampsie ?

MESSIEURS,

Ainsi, par les chiffres que je vous ai cités, nous voyons que, depuis quarante ans, la fréquence des cas d'éclampsie a été graduellement croissante, suivant une progression régulière :

	Éclampsie.	Progression.
De 1834 à 1843.	17 cas	= 1
De 1844 à 1853.	27 »	= 1,587
De 1854 à 1863.	35 »	= 2
De 1864 à 1871.	54 »	= 3,176

Ou, assez exactement, la progression régulière

$$\div 1 : 1,5 : 2 : 3.$$

Or, cette plus grande fréquence n'est pas relative, elle est absolue, la population féminine de Paris n'ayant pas *triplé* depuis quarante ans, et les lits de la Clinique non plus.

Je vous ai dit que ce fait si remarquable coïncide avec une révolution doctrinale opérée par l'hématologie, révolution doctrinale qui consiste à voir dans toute femme enceinte une anémique. Je vous ai dit encore que, docile à la nouvelle doctrine, la thérapeutique s'est complètement et brusquement modifiée : *on ne saigne plus les femmes grosses.*

Or, est-il vrai que les femmes enceintes soient anémiques ? Est-il vrai qu'elles le soient *toutes* ? Est-il vrai qu'elles le soient de par leur grossesse ? Enfin, à quel degré celles qui le sont le sont-elles ?

Autant de questions qui méritent bien qu'on les soulève.

Andral et Gavarret ont analysé le sang de trente-quatre femmes

en état de grossesse, et ils ont trouvé les chiffres que je vais vous dire ; étant donné que la quantité moyenne ou normale de globules chez la femme soit de 127 pour 1 000, ils ont recherché si chez la femme grosse ce chiffre moyen était atteint.

Eh bien ! sur ces trente-quatre femmes enceintes, l'une avait 145 de globules ; elle était loin, celle-là, de l'anémie ; une autre avait 127, ce qui la mettait en règle avec la moyenne ; six autres avaient de 125 à 120, ce qui n'est pas encore très éloigné de 127 ; enfin vingt-six avaient de 120 à 95. Donc, à la rigueur, en s'en tenant à ces nombres, il se trouverait qu'un quart des femmes grosses échappe à l'anémie, attendu qu'il n'est guère possible d'admettre qu'une femme qui a 120 de globules soit bien malade parce qu'elle diffère de 7 millièmes de globules de celle qui a le chiffre moyen, dit normal. Ainsi, l'anémie des femmes grosses n'est ni aussi générale ni aussi prononcée qu'on l'a dit, et les analyses physiologiques, qui montraient que vingt-six femmes grosses sur trente-quatre ne possédaient pas la moyenne de globules, n'autorisaient nullement les accoucheurs à conclure que *toutes* les femmes grosses étaient anémiques.

Maintenant, pour prouver que ces vingt-six femmes grosses étaient anémiques *de par* leur grossesse, il aurait fallu que leur sang fût analysé avant la conception, puis après l'accouchement, et cela non pas une fois, mais plusieurs. Or, c'est ce qui n'a pas été fait. De sorte qu'on ignore absolument si, chez ces vingt-six femmes, le chiffre qu'on a trouvé n'était pas celui qu'elles avaient habituellement.

Notons d'ailleurs que les femmes grosses dont on a ainsi analysé le sang étaient non pas des femmes riches et richement nourries, des femmes placées dans le milieu salubre de la campagne ; mais de pauvres habitantes d'une grande ville, des femmes d'hôpital, quelques-unes filles-mères, cachant plus ou moins leur grossesse clandestine, source pour elles de honte, de misère et de dépérissement. Notez cela, et vous conclurez avec moi qu'il eût été de la plus simple logique de ne pas conclure de ces femmes pauvres aux femmes riches, de ces femmes de l'hôpital à celles de la ville, de ces femmes de la ville à celles de la campagne. MM. Andral et Gavarret n'étaient pas capables

d'un semblable paralogisme ; ils ont publié leurs analyses et se sont arrêtés là. Les coupables sont les médecins qui, méprisant la tradition, s'autorisant d'analyses trop peu nombreuses et faites dans des conditions trop spéciales pour être généralisées, rejetèrent brusquement les idées jusque-là reçues, disant *anémie* là où l'on avait dit « pléthore », et modifièrent d'une façon fondamentale la thérapeutique de la femme grosse.

De son côté, le professeur Regnault a fait vingt-cinq analyses du sang chez la femme grosse, et il résulte de ses recherches que, chez les femmes examinées vers la fin de leur grossesse, le sang est moins riche en globules, moins riche aussi en albumine (nous verrons s'il n'y aurait pas là le résultat d'une sérumurie latente ou méconnue). Les chiffres moyens de globules seraient 117,4 dans les cinq ou six premiers mois de la gestation, 101,4 seulement vers la fin de celle-ci.

Ainsi les analyses de M. Regnault concorderaient avec celles de MM. Andral et Gavarret, relativement à l'anémie *par qualité* ; mais l'anémie *par quantité* reste entière à démontrer ; or, nous allons voir à l'instant si le contraire n'est pas réalisé et si là n'est pas le nœud de la question, comme aussi le péril.

Becquerel et Rodier ont fait sept analyses du sang chez la femme grosse. « Six de ces sept femmes, disent les auteurs, avaient une excellente santé. » Ce qui prouve au moins qu'on peut se très bien porter en dépit de l'anémie certifiée par l'analyse chimique.

La composition moyenne de leur sang était de 111,8 de globules (avec un maximum de 127,1 et un minimum de 87,7). La déglobulation du sang n'était pas, on le voit, des plus considérables.

Mais ce qu'il y a peut-être de plus intéressant dans le travail de Becquerel et Rodier, c'est la phrase que voici : « Toutes ces femmes n'ont été saignées que parce qu'elles en sentaient le besoin et qu'il existait un véritable ÉTAT PLÉTHORIQUE indiquant positivement l'émission sanguine. »

Il y a là une apparente contradiction dans les termes ; je dis « apparente », et vous l'allez bien voir. En effet, et le dilemme est inévitable, — si toutes ces femmes saignées ne l'ont été que

parce qu'elles présentaient des accidents de pléthore, c'est donc qu'elles n'étaient pas anémiques ; ou si elles étaient anémiques de par l'analyse chimique de leur sang, c'est donc que ces anémiques-là peuvent présenter des phénomènes de pléthore ; mais si oui (ce que je suis bien loin de nier), ne s'ensuit-il pas qu'il faut traiter même les anémiques de cette sorte par le traitement de la pléthore ?

En réalité, ce n'est pas « pléthore » qu'ont voulu et auraient dû dire les auteurs que je discute, mais *congestion*, et, en fait, ces anémiques-là peuvent avoir et ont des congestions, voire même des phlegmasies, tout comme et plus que d'autres ; congestions et phlegmasies qu'il importe de traiter plus activement et plus vivement que d'autres, en raison de l'*activité* et de la *rapidité* de leur processus ; de traiter même et surtout par la méthode antiphlogistique, mais *proportionnée* à l'état actuel de leur organisme et de leur sang.

C'était là, s'inspirant des faits cliniques non moins que de la raison, la seule conclusion doctrinale à tirer des expériences physiologiques.

Ainsi se comprennent alors et les faits quotidiennement observés, et les assertions invariables des auteurs qui ont précédé l'ère contemporaine, faits qui démontrent, assertions qui affirment la *pléthore par quantité* chez la femme grosse. « Pléthore lymphatique », disaient ceux-ci ; « pléthore séreuse », dirai-je avec les partisans de l'anémie, et c'est la seule concession que je puisse leur faire — mais *pléthore*, ou mieux *congestion*. Eh ! si vous ne voulez pas admettre des congestions par un sang riche, admettez au moins des congestions par un sang pauvre. Or, voyez-vous d'ici en quoi le péril est moins grand, parce qu'il y a congestion d'un organe important par du sang qui n'a que 111 globules en moyenne, au lieu d'en avoir 127 ! Il serait puéril d'insister.

Donc il y a, ou il peut y avoir, chez la femme enceinte, congestion (par un sang *séveux*, diront les contemporains, et cela m'est bien égal). Mais *congestion du poumon*, d'où le crachement de sang ; *congestion du foie*, d'où l'ictère, et un ictère grave parfois ; *congestion des reins*, d'où la sérumurie. Là est le péril,

parce que là est le trouble fonctionnel, instant, profond et compromettant à bref délai l'organisme.

Maintenant faut-il, et peut-on prévoir et prévenir ces congestions d'un sang même moins riche en globules? Le problème clinique est là tout entier.

Ce qui revient à dire, relativement à notre sujet de l'éclampsie puerpérale : 1° peut-on prévoir les accidents de l'éclampsie? 2° peut-on les prévenir, et comment?

Et d'abord, relativement à la première question, la solution est des plus faciles; examinez les urines de toute femme enceinte, et si, vers le cinquième mois de la grossesse, vous y trouvez de l'albumine, c'est-à-dire du sérum (car la seule chose que vous puissiez constater dans le pissement du sérum, c'est la coagulation de l'albumine), prenez garde aux symptômes que je vais vous signaler.

Il peut y avoir de la *céphalalgie*; et la céphalalgie de la femme grosse qui pisse du sérum est excessivement douloureuse; elle siège le plus souvent à la partie inférieure du crâne, très rarement à l'occiput; fugitive d'abord, apparaissant à certains moments de la journée, elle devient bientôt persistante; c'était le cas de notre seconde malade. Malheur aux femmes chez qui cette céphalalgie devient ainsi persistante! Puis survient un autre phénomène: ce sont des troubles de la vue. L'interne dont je vous ai parlé, ce Lausannois, avait de la céphalalgie, et cette céphalalgie a précédé de quelques heures seulement son affreuse attaque d'éclampsie; il n'était pas *grosse*, assurément, mais qu'importe? Il était urinémiqne, et l'urinémie scarlatineuse provoque les mêmes accidents que l'urinémie puerpérale.

Après la céphalalgie apparaissent ordinairement ces *troubles de la vue* que je viens de signaler et qui consistent dans une difficulté de voir nettement les contours des objets; le malade veut-il lire, il est incapable de le faire plus de quelques minutes; bientôt les lignes se troublent, se superposent, s'enchevêtrent; et, si le malheureux persiste, la nausée survient qui l'empêche; il voit des taches colorées de toutes les teintes de l'irisation; puis bientôt les troubles de la vue sont remplacés par d'autres plus significatifs encore; le malade devient amblyopique, hémio-

pique, amaurotique: rappelez-vous encore mon Lausannois, et alors l'attaque d'éclampsie n'est pas loin.

L'ophthalmoscope ne démontre rien, mais l'examen de ce que j'ai appelé « l'œil externe » (1) en apprend davantage. Les milieux transparents de l'œil sont à l'état normal. Il n'y a pas sur la rétine de dépôt albumino-fibrineux, comme on en constate dans la maladie de Bright. D'où cette conclusion très vraisemblable, que c'est dans les centres nerveux que se produisent ces lésions matérielles que vous ne découvrez pas dans la rétine, mais que vous pouvez rencontrer plus tard, si vous n'avez rien fait pour en prévenir la venue. Au contraire, avec un peu d'attention, vous distinguerez souvent un peu de suffusion séreuse de la conjonctive oculaire, surtout dans le sillon oculo-palpébral; parfois, chez certaines femmes qui ont de l'albumine dans les urines, on peut observer cette suffusion séreuse de la conjonctive oculaire sans suffusion des paupières.

Indépendamment de ces deux phénomènes prémonitoires, la céphalalgie et les troubles visuels, il y en a d'autres qui ne sont pas moins probants et qui précèdent de très peu l'attaque d'éclampsie: c'est la *douleur épigastrique*, comparée par les malades à la pression violente que pourrait exercer un corps de médiocre volume appliqué sur le creux épigastrique. Alors la douleur est si violente, que les malades poussent quelquefois des cris. Je me demande si cette douleur, qui est rapportée à un trouble fonctionnel du plexus solaire, n'est pas une sorte d'aura ayant pour siège le pneumogastrique; et ce qui me fait croire que c'est du côté du pneumogastrique que siège le mal, c'est qu'un autre symptôme prémonitoire de l'éclampsie, dont je vous parlerai, moins fréquent, mais très significatif, est la *dyspnée*, laquelle accompagne l'anxiété. Chez certaines femmes, c'est l'anxiété épigastrique qui apparaît la première; chez d'autres, la dyspnée. Une théorie vraisemblable attribue l'attaque d'éclampsie à une anémie momentanée du bulbe; mais, chez la femme grosse, je crois que l'ischémie du bulbe a lieu par contraction vasculaire et non par anémie vraie. C'est là un fait qui se produit chez les

(1) Voir, t. I^{er}, leçon XVII.

individus dont le sang est le plus normal. Mais les pneumogastriques ont dans le bulbe leur origine, apparente au moins ; ils sont nourris par les vaisseaux qui se rendent au bulbe. Si donc enfin il y a ischémie du bulbe, il doit y avoir ischémie des pneumogastriques. Quoi qu'il en soit de cette explication, elle offre au moins l'avantage de rappeler à votre esprit, en les associant physiologiquement, ces deux phénomènes prémonitoires, la dyspnée et l'anxiété épigastrique.

Un quatrième symptôme important est le *vomissement* (phénomène relevant encore du pneumogastrique offensé). Souvent les femmes qui vont avoir une attaque d'éclampsie vomissent quelques jours auparavant de la bile, des aliments, *alors qu'elles ont cessé d'avoir les vomissements du commencement de la grossesse.*

Ainsi, messieurs, recherchez avec soin la sérumurie et redoutez l'éclampsie chez les femmes qui, arrivées au cinquième ou au sixième mois de leur grossesse, ont de la céphalalgie, des troubles visuels, de la dyspnée, de l'anxiété, des vomissements ; redoutez-la plus justement encore s'il y a obtusion de l'intelligence, changement de caractère, insomnie ou sommeil comateux, vertiges ou agitation.

J'ai essayé de vous faire comprendre comment l'urinémie de la femme grosse était la déviation d'un fait physiologique ; mais vous pourriez m'accuser de partialité en faveur de ma thèse, si j'omettais de vous signaler les causes classiques de l'éclampsie puerpérale ; je le ferai dans la prochaine leçon, et j'arriverai naturellement ainsi à traiter cette seconde question : *Peut-on prévenir l'éclampsie?*

SOIXANTE ET DIXIÈME LEÇON

Causes classiques de l'éclampsie. — La cause vraie est le pissement de sérum ou sérumurie. — Sérumurie par congestion rénale. — Sa fréquence dans et par la grossesse. — Comment la méthode déplétive est préventive de l'éclampsie.

MESSIEURS,

Avant de voir s'il est possible de *prévenir* l'éclampsie des femmes enceintes, il n'est pas inutile d'en rechercher la pathogénie et d'examiner ses causes *classiques* fournies par les auteurs.

De ces causes, il en est qui relèvent d'un iatro-mécanisme grossier : la compression de la veine cave inférieure et de la rénale. Malheureusement pour cette théorie, on voit des femmes avec d'énormes kystes de l'ovaire qui n'ont ni éclampsie ni albuminurie ; on en voit d'autres ayant d'énormes fibromes utérins, sans avoir davantage de troubles de la sécrétion rénale. Je pourrais vous citer le fait d'une dame que je soigne et qui a l'un des fibromes utérins les plus volumineux que j'aie vus, qui remonte bien au-dessus de l'ombilic, qui gêne la marche des matières alvines et qui ne produit que des hémorrhagies fort abondantes, lesquelles rendent cette femme anémique quant à la quantité et non quant à la qualité, car son sang est rouge comme celui d'un bœuf ; or, cette tumeur ne détermine ni albuminurie ni éclampsie. Théoriquement, cette dame devrait cependant subir une compression de la veine cave inférieure ; par conséquent, une gêne de la circulation : dans la veine rénale il devrait donc y avoir de l'albuminurie, et il n'y en a pas.

Vous savez que, si l'on jette une ligature peu serrée sur la veine rénale d'un animal, ses urines deviennent albumineuses, c'est-à-dire *séreuses* (le sérum du sang s'échappe alors par l'excès de