

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

pression qui a lieu dans l'artère rénale); lie-t-on complètement la veine, les urines sont plus séreuses encore.

C'est de cette expérience que s'autorisent les auteurs qui attribuent l'albuminurie (*sérumurie*) des femmes grosses à la compression des veines rénales par l'utérus gravide. Mais, si cette théorie était exacte, toutes les femmes grosses devraient pisser de l'albumine, et tel n'est heureusement pas le cas. Enfin, puisque toutes les femmes grosses ont, théoriquement, les veines rénales comprimées, les éclamptiques, qui sont des exceptions, devraient avoir exceptionnellement une compression plus considérable de ces veines, ce qui est à démontrer.

Oui, vous dirai-je, conséquent à ma doctrine, oui, il y a plus grande pression vasculaire dans les reins, mais ce n'est pas par compression de la veine rénale; c'est :

1° Parce que la *masse du sang* est *augmentée* chez la femme grosse;

2° Parce qu'il y a chez elle *plus grand fonctionnement* de l'organe sécréteur de l'urine; plus grand fonctionnement démontré par l'augmentation du chiffre de l'urée et des matières extractives éliminées dans les vingt-quatre heures par la femme enceinte, ainsi que l'ont fait voir les analyses de M. Quinquaud (lequel a trouvé dans l'urine de la femme grosse, en dehors de tout état fébrile, 32 à 40 grammes d'urée pour 1000, au lieu de 22, qui est la moyenne, c'est-à-dire une augmentation du tiers à près de la moitié);

C'est 3° par suite de la *synergie fonctionnelle* qui relie le rein à l'utérus, ainsi que j'ai essayé de vous le démontrer dans une précédente leçon;

C'est 4° par suite (comme je vous l'ai dit encore) de la *solidarité vasculaire* des artères rénales et utéro-ovariennes.

Ainsi, parce qu'il y a plus de sang en circulation et que l'uro-poièse est considérablement accrue, chez la femme grosse, pour ses besoins personnels et ceux de son fœtus, la pression est considérablement augmentée dans le système vasculaire de ses reins; et parce que la pression vasculaire y est augmentée à ce degré, la *filtration du sérum*, la *sérumurie* y devient très facile et par suite très fréquente, à ce point, que M. H. Blot a trouvé de

l'albumine dans l'urine 41 fois sur 205 femmes entrées dans la salle d'accouchement de la Maternité, c'est-à-dire dans le cinquième des cas, chez les femmes arrivées au terme de leur grossesse.

Dans des recherches entreprises à mon instigation par mon interne, M. Petit, cet excellent observateur a trouvé, chez les femmes enceintes, la même proportion d'albuminuriques que M. Blot (1).

(1) Voici les chiffres de M. Petit, avec les distinctions qu'il a faites et l'interprétation qu'il a tentée :

Sur un nombre total de 143 femmes examinées à différentes époques de la grossesse, M. Petit a trouvé 29 albuminuriques,

Soit une proportion de $\frac{1}{4,9}$.

Sur 105 femmes à terme subissant ou venant de subir l'influence du travail, il a trouvé 22 albuminuriques,

C'est-à-dire $\frac{1}{4,7}$.

Au neuvième mois, 22 femmes ont donné 3 albuminuries,

Soit $\frac{1}{7}$.

Au huitième mois, il y a eu sur 6 cas 2 albuminuries.

Au septième mois, sur 5 cas, pas d'albuminurie.

Les femmes examinées pendant le travail même ont donné, sur 88 cas, 18 albuminuries.

Soit $\frac{1}{4,8}$.

Immédiatement après l'accouchement 17 cas ont donné 4 albuminuries,

Soit $\frac{1}{4,2}$.

Il est à remarquer que la proportion est à peu près la même pendant le travail et immédiatement après l'accouchement.

Plus tard, au contraire, l'albuminurie tend à disparaître, à mesure qu'on s'éloigne de l'accouchement, si les reins n'avaient été que congestionnés.

Pendant le travail, chaque contraction utérine ferme le passage au sang artériel qui arrivait par les artères utéro-ovariennes. Le sang de l'aorte, ne pouvant passer dans ces artères, détermine un excès de pression dans les artères rénales qui naissent immédiatement au-dessus. D'autre part, chaque contraction de l'utérus exprime en quelque sorte le sang veineux qui gorge les sinus utérins et accélère la circulation en retour par les veines utéro-ovariennes; d'où distension anormale de la partie de la veine cave inférieure voisine de l'embouchure des veines émulgentes, ou quelquefois des veines émulgentes elles-mêmes; par suite, entrave au cours du sang qui revient du rein, et stase veineuse dans cet organe. La contraction utérine agit donc sur la glande rénale en augmentant la tension artérielle et la tension veineuse, et ces exagérations de tension vasculaire peuvent à la longue déterminer le passage de l'albumine

Ainsi encore, parce que l'uropoièse est d'autant plus augmentée que le fœtus a plus de besoins, c'est-à-dire plus de masse, c'est-à-dire qu'il est plus âgé, ou en d'autres termes que la grossesse est elle-même plus avancée, la sérumurie (albuminurie) et l'éclampsie sont plus fréquentes au moment de l'accouchement qu'au début du neuvième mois, au neuvième mois qu'au huitième dans la sécrétion urinaire, surtout s'il existe déjà, par le seul fait de la grossesse, une hyperémie fonctionnelle du rein.

Des chiffres de M. Petit, on peut conclure que l'influence du travail sur la production de l'albuminurie est incontestable; en second lieu, que cette influence est assez efficace, non seulement pour exagérer une albuminurie préexistante, mais encore pour donner à elle seule naissance au phénomène.

Les recherches de M. Petit confirment la notion établie par M. Blot sur l'importance de la primiparité comme cause prédisposante de l'albuminurie gravidique. Il en résulte une présomption au sujet de la diminution de la fréquence de ce phénomène morbide, à mesure que le nombre des grossesses devient plus élevé.

D'après les observations du même auteur, et en faisant abstraction de toute considération autre que celle de l'âge des femmes, la fréquence de l'albuminurie gravidique atteint son maximum chez les femmes qui se rapprochent le plus du début de la vie sexuelle, et paraît atteindre son minimum chez celles qui se rapprochent le plus de la ménopause. Mais sous cette question d'âge se cache la question de la primiparité ou de la multiparité, car moins les femmes sont avancées en âge, plus il doit se rencontrer parmi elles de primipares; et il est possible que cette question de la primarité puisse à elle seule rendre compte de la fréquence décroissante de l'albuminurie gravidique avec les progrès de l'âge. M. Petit trouve cependant que, chez les primipares et chez les multipares placées dans deux groupes séparés, l'albuminurie gravidique est plus fréquente parmi les plus jeunes.

La fréquence de l'albuminurie paraît être sensiblement la même dans les grossesses masculines et dans les grossesses féminines. Relativement à l'influence du poids du fœtus, M. Petit a trouvé que, sur 11 enfants nouveau-nés dont il avait pu faire les pesées, 3 étaient au-dessus de la moyenne, 4 dans la moyenne (de 3 000 à 3 500 grammes) et 4 au-dessous. Le plus souvent l'albuminurie des mères n'a donc pas nui au développement des enfants; dans un certain nombre de cas, cependant, elle peut être accusée de lui nuire. MM. Depaul et Danyau admettent l'influence nocive de l'albuminurie sur le fœtus (pour moi, c'est l'urinémie maternelle qui est nuisible au fœtus).

D'autre part, $\frac{1}{5}$ des enfants ont un poids au-dessus de la moyenne; peut-être cela permet-il d'établir une relation de cause à effet entre le poids exagéré du fœtus et l'albuminurie de la mère. L'albuminurie devient d'autant plus fréquente que l'on se rapproche davantage du terme de la gestation, c'est-à-dire d'autant plus que le fœtus est plus volumineux.

L'influence nuisible de l'albuminurie ne se manifeste sans doute que lorsque l'albuminurie date de la grossesse, et cette influence doit être subordonnée à la date plus ou moins reculée de son début.

Tout cela est bien d'accord avec la théorie que je développe dans ces leçons.

tième, et ainsi de suite jusqu'au cinquième mois, où commencent à se montrer les attaques d'éclampsie.

Telle est, suivant moi, l'explication du fait signalé par les auteurs, à savoir que l'éclampsie ne s'observe guère qu'à partir du cinquième mois de la grossesse, mais apparaît plus fréquemment vers les derniers temps de celle-ci.

De même, pour les raisons que j'ai invoquées tout à l'heure (synergie fonctionnelle des reins et de l'utérus, solidarité vasculaire de ces organes), on conçoit que la sérumurie (albuminurie) et l'urinémie (éclampsie) symptomatique puissent se produire dès les premiers mois de la grossesse; comme l'on conçoit aussi que le fait soit rare, pour des causes toutes matérielles.

Peut-être la primiparité ne prédisposerait-elle à l'éclampsie que parce que les reins ne se sont pas habitués encore à l'excès de pression qu'ils subissent et que l'accoutumance est plus facile aux grossesses ultérieures.

La grossesse gémellaire prédispose à l'éclampsie, non pas parce que l'utérus est plus volumineux et comprime davantage les veines rénales, mais parce que la masse du sang est nécessairement plus considérable encore dans le système vasculaire de la mère et que les besoins uropoïétiques sont plus grands pour deux fœtus que pour un seul; qu'ainsi enfin la pression vasculaire est plus forte alors dans les reins maternels.

A fortiori peut-il y avoir pissement de sérum (albuminurie) dans les grossesses triples; tel était le cas d'une femme de Passy que j'ai eu l'occasion de voir avec mon ami le docteur O. Larcher, et qui accoucha de trois belles petites filles, qui ont vécu; leur malheureuse mère était fortement sérumurique dans les derniers mois de sa grossesse et considérablement infiltrée. Elle succomba, le lendemain de ses couches, aux accidents que je vous raconterai bientôt.

On a dit encore avec raison que le rachitisme prédisposait à l'éclampsie, mais on a eu tort d'y voir un résultat de compression des vaisseaux par l'utérus mal à l'aise dans un squelette mal conformé: le fait est beaucoup plus complexe.

Le rachitisme du tronc a pour effet de gêner la circulation de l'artère pulmonaire et de produire ultérieurement une dilatation

passive du cœur droit avec toutes les conséquences possibles de celle-ci, à savoir les congestions viscérales multiples, et cela dans l'état de vacuité utérine ; à *fortiori*, ces effets pourront-ils être réalisés par le fait de la grossesse, la masse du sang étant alors augmentée ; à la congestion rénale propre au rachitisme, s'ajoute alors la congestion rénale propre à la grossesse, d'où la sérumurie et l'éclampsie possibles de préférence chez la femme grosse rachitique.

Que nous sommes loin des causes purement mécaniques !

Maintenant que nous avons vu le mode d'action des causes signalées par les auteurs, maintenant que nous savons à quels signes on peut *prévoir* l'éclampsie prochaine, voyons si et comment on la peut *prévenir*, et cela en nous plaçant au plus près des faits.

A ce propos, et par une inconséquence qui l'honore, un des plus fervents partisans de l'anémie des femmes enceintes, Cazeaux, Cazeaux lui-même, préconise la saignée. C'était le traitement traditionnel ; c'est, par tout ce que nous venons de voir, le traitement qu'indiquent la science et la raison : l'expérience, ici, comme toujours en médecine, avait heureusement précédé la théorie ; mais ici encore, si l'on n'y prend garde, une vaine théorie, fondée sur des expérimentations trop vite et mal interprétées, est bien près de fausser les esprits et de faire dévier la thérapeutique.

Il faut saigner la femme menacée d'éclampsie ; il faut saigner la femme atteinte d'éclampsie. Il ne faut pas seulement la saigner dans l'un et l'autre cas ; dans l'un et l'autre cas, il faut appliquer des ventouses scarifiées sur la région des reins ; dans l'un et l'autre cas, il faut purger la malade ; en d'autres termes, combattre par la saignée générale les accidents nerveux *urinémiques* prochainement redoutables ; combattre par la saignée révulsive la congestion rénale URINÉMIGÈNE, première et seule cause de tout ce mal ; combattre encore, par la dérivation intestinale, cette même congestion rénale : tel est en trois phrases tout le plan du traitement.

Pour faire comprendre l'importance de la saignée comme moyen *préventif*, dit Cazeaux, Dewees rapporte le fait suivant : « Une dame primipare qui, vers la fin de sa grossesse, ressentit

de fréquentes douleurs de tête, négligea de se faire saigner et éprouva, dès le début du travail, une attaque d'éclampsie grave, à laquelle néanmoins elle survécut. Pendant sa seconde grossesse, elle fut saignée assez abondamment et accoucha sans accident. 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. »

En dépit de ces sages préceptes de Cazeaux, resté médecin malgré ses théories, on ne saigne plus à Paris la femme enceinte atteinte de congestion et menacée d'éclampsie. Que dis-je ? exagérant une doctrine qui ne déplaît pas démesurément à la paresse naturelle à l'homme, vous qui m'écoutez, vous n'avez plus même de lancette et ne savez plus saigner : c'est un malheur.

Tenez ! s'il fallait surabondamment démontrer le mal fondé de la doctrine de l'anémie des femmes enceintes, je dis l'anémie quantitative, *ad quantitatem*, j'invoquerais les contradictions sans nombre que présente le livre classique de Cazeaux, lequel a le plus contribué à répandre parmi nous cette doctrine.

Cazeaux, qui voyait une anémique dans toute femme grosse, ne parle que de « congestion cérébrale », de « congestion cérébro-spinale », de « pléthore séreuse », à propos de la femme éclampsique ou menacée de l'être, et il conforme sa thérapeutique à son langage. Que signifie cet écart entre la pratique et la théorie, sinon que le médecin émérite se sépare ici du savant improvisé, que, dominé par l'évidence, guidé par la tradition et l'expérience, Cazeaux oublie momentanément la doctrine pour ne voir que les faits, qu'enfin, sagement inconséquent en redevenant praticien, il s'inspire des faits seuls, et fait bien ?

En réalité, toute l'erreur — mais elle est considérable par les conséquences qu'elle a eues dans la pratique — toute l'erreur vient de ce qu'on n'a pas su voir que la femme enceinte pouvait être à la fois *anémique* QUALITATIVEMENT et *pléthorique* QUANTITATIVEMENT, c'est-à-dire que, si le chiffre de ses globules avait un peu diminué dans chaque litre de son sang, le nombre de ces litres de sang avait néanmoins augmenté, et que là précisément pouvait être le péril.

Tel est, messieurs, le secret du désaccord entre la doctrine, vraie, du passé concernant la pléthore de la femme enceinte et le fait, non moins vrai, de l'abaissement possible, chez certaines femmes, du chiffre de leurs globules.

Vainement donc, maintenant, m'objecteriez-vous les analyses chimiques qui démontrent l'anémie des femmes grosses ; l'anémie peut exister en effet, vous répondrai-je, mais elle est *qualitative* seulement. Eh bien ! à ces femmes enceintes, anémiques de la sorte, mais que tourmente néanmoins leur pléthore quantitative, faites des saignées d'anémiques : au lieu de leur tirer 1 000 ou 500 grammes de sang pour conjurer le péril d'une congestion *actuelle*, pulmonaire, hépatique ou rénale, tirez-leur-en 250, 200, 150 même.

Et s'il fallait encore un argument pour vous convaincre de l'utilité comme de la nécessité d'une saignée en pareille conjoncture, j'invoquerais la pratique de l'homme qui a le plus contribué à répandre en France la doctrine de l'anémie. Beau, ce Broussais à l'envers, Beau qui voyait partout la dyspepsie et partout l'anémie consécutive, Beau ne saignait personne, excepté, savez-vous qui ? excepté les femmes enceintes ! Dans son service d'accouchement de l'hôpital Cochin, me disait récemment M. Just Lucas-Championnière, toutes les fois que Beau voyait une femme enceinte prise d'étouffements ou d'hémoptysie, il lui faisait pratiquer une saignée de 100, 90 ou même 80 grammes de sang.

A l'exemple de ce grand médecin, qui savait rester clinicien malgré ses théories, faites de petites saignées quand l'indication vous en presse, et vous conjurerez les accidents de la pléthore pulmonaire, hépatique ou rénale, c'est-à-dire, dans ce dernier cas, les accidents de l'urinémie puerpérale, l'éclampsie.

Maintenant, rien n'a été fait pour prévenir cette éclampsie, ou bien elle est survenue avec une foudroyante brusquerie ; que faut-il faire ?

C'est ce que nous verrons dans une prochaine conférence.

SOIXANTE ET ONZIÈME LEÇON

Encore la saignée dans l'éclampsie, et de son mode d'action. — Faits et théorie. — Le traitement antiphlogistique s'attaque à la cause même de l'éclampsie et guérit la lésion rénale, si celle-ci n'est pas trop avancée. — L'émétique sous forme nauséuse. — Le chloroforme bienfaisant ou périlleux. — L'accouchement provoqué.

MESSIEURS,

On n'a ni prévu ni prévenu l'éclampsie, et celle-ci se manifeste soudain dans toute sa hideuse évidence. En pareil cas, que faut-il faire ? Le plus habituellement saigner, saigner encore.

Pensez-vous que j'exagère ici ou que je manque de compétence (quoique j'aie depuis plusieurs années, dans mon service d'hôpital, une salle de maternité) ? Eh bien ! voici, à l'appui de la doctrine que je soutiens à l'aide d'arguments de toute sorte, à l'aide de l'anatomie, de la physiologie, comme de la clinique ; voici l'opinion d'un homme considérable, de Stoltz :

Prié par le docteur Charpentier de lui donner son avis sur le meilleur traitement de l'éclampsie, le savant professeur d'obstétrique de Strasbourg lui répondait : « Je vous dirai que *la saignée*, qui, dans ces derniers temps, a été presque entièrement abandonnée, m'a le plus souvent rendu d'immenses services⁽¹⁾. »

C'est l'avis de tous les hommes que n'a pas dominés l'esprit de système, celui de quelques-uns de vos maîtres les plus justement respectés, de Dubois, de Depaul, de Cazeaux lui-même. Chacun d'eux vous enseigne que la saignée est alors le mode de traitement le meilleur. Certes, et malheureusement, pour des raisons que je vais tenter d'exposer tout à l'heure, on ne guérit

(1) Charpentier, *De l'influence des divers traitements sur les accès éclamptiques*, thèse d'agrégation. Paris, 1872, p. 147. — Voir, dans cet excellent travail, les différents traitements de l'éclampsie et leur valeur comparative.