

répétées pendant cinq, huit, dix jours et même davantage. La petite fille dont je vous ai parlé précédemment guérit complètement, et sa santé ne sembla avoir souffert en aucune façon des convulsions qui s'étaient répétées pendant dix-huit jours.

Il arrive cependant que ces convulsions entraînent en quelques circonstances des *accidents consécutifs*, les uns très-passagers, les autres plus persistants et irrémédiables.

Ainsi, les muscles qui ont été le plus spécialement et le plus violemment affectés restent quelquefois, après l'attaque d'éclampsie, le siège d'assez vives douleurs qui reconnaissent pour cause, soit des déchirures de fibres, soit des épanchements de sang, lorsqu'elles ne sont pas tout simplement l'effet de la lassitude qui suit les efforts musculaires exagérés.

Dans d'autres cas, aux accès éclamptiques succèdent des difformités plus ou moins incurables. Vous n'ignorez pas que parmi les théories émises pour expliquer certaines distorsions du cou chez les enfants nouveau-nés, certaines *déformations congénitales des membres*, les *pièds bots* en particulier, il en est une qui admet l'influence des convulsions éprouvées par le fœtus renfermé dans le sein maternel.

Ces infirmités peuvent se produire après la naissance, et vous savez que l'éclampsie est signalée comme une des causes les plus fréquentes du *strabisme* et du *bégayement*.

Il est vrai d'ajouter que ces infirmités acquises sont le plus ordinairement liées aux convulsions symptomatiques d'une lésion appréciable des centres nerveux, et qu'elles dépendent alors moins des accidents éclamptiques que de la cause matérielle persistante qui a provoqué ceux-ci.

L'éclampsie est quelquefois encore accompagnée ou suivie de *paralysies*. Tantôt ce sont les parties affectées de convulsions qui, après l'attaque, restent dans un état d'affaiblissement notable, qui peut être porté jusqu'à la perte absolue du mouvement; tantôt la paralysie se produit dans les membres du côté opposé; enfin le membre supérieur peut être convulsé, tandis que le membre inférieur du côté correspondant est paralysé. Ordinairement passagères comme les convulsions qu'elles accompagnent, ces paralysies persistent parfois après l'attaque d'une façon plus ou moins permanente; elles peuvent aussi être partielles, et n'affecter, de même que les convulsions, qu'un ou plusieurs muscles.

Cela s'observe surtout à la face, et ces accidents, qui se produisent, soit du côté où les convulsions se sont produites elles-mêmes, soit du côté opposé, paraissent être l'origine d'un certain nombre de *paralysies faciales* dont on cherche en vain ailleurs le point de départ.

Ces accidents paralytiques donnent pour leur part la raison de quelques-unes des difformités dont nous parlons. Ces difformités sont dues en effet à la contracture permanente d'un ou de plusieurs muscles; or, si cette contracture peut être consécutive aux convulsions, il est parfaitement connu aussi qu'elle

affecte après un temps plus ou moins long les muscles qui ont été longtemps frappés de paralysie.

Enfin, nous voyons bien souvent l'*idiotie* succéder aux convulsions de la première enfance, et il est rare que, dans ce cas, il n'y ait pas un côté du corps plus faible que l'autre, le côté paralysé prenant moins de développement. Il est probable qu'alors les convulsions ont été accompagnées ou suivies de profondes lésions des centres nerveux.

Messieurs, ces accidents consécutifs aux convulsions, quoique n'étant pas très-rares, le sont cependant, relativement à l'extrême fréquence de l'éclampsie, et nous pouvons répéter ce que nous disions il y a un instant, que, d'une manière générale, celle-ci est habituellement sans gravité. Toutefois les cas malheureux auxquels j'ai fait allusion en plus d'une circonstance, et dans lesquels la mort a été la *conséquence immédiate des attaques*, ces cas se rencontrent trop souvent encore pour que vous ne soyez pas prévenus de la possibilité de cette redoutable terminaison. Elle est à craindre, non-seulement à la suite d'accès multipliés et très-rapprochés les uns des autres, mais encore dès une seule et première attaque.

La mort arrive alors, soit par *asphyxie*, c'est le fait le plus ordinaire, soit par *syncope*, soit enfin par épuisement nerveux.

L'asphyxie peut être la conséquence des convulsions internes; elle peut survenir après les grandes attaques.

Dans le premier cas elle se produit de deux manières très-distinctes.

Elle peut être immédiate; l'enfant meurt dans un accès de *suffocation*; il meurt comme étranglé, ou comme si on lui eût violemment et brusquement serré la poitrine dans un cercle de fer. C'est là, je vous l'ai dit, ce que nous observons dans l'asthme thymique, dans la convulsion du diaphragme, lorsque la contraction tonique, se prolongeant outre mesure au delà d'une minute et demie, deux minutes au plus, enraye complètement les mouvements respiratoires et suspend les fonctions d'un appareil dont l'exercice est immédiatement nécessaire à l'entretien de la vie.

C'est ainsi qu'a succombé sous nos yeux un jeune enfant dont je vous ai plus d'une fois entretenus et dont l'histoire détaillée trouve ici sa place.

Cet enfant, âgé de onze mois, avait été amené à l'hôpital Necker, où il fut couché au n° 12 bis de la salle Sainte-Julie, dans le service que je dirigeais à cette époque. Il était atteint de diarrhée chronique, qui s'amenda sous l'influence de l'administration du calomel et de l'opium associés, à petite dose. En dehors de cela, ce petit malade, qui était allaité par sa mère, ne nous avait présenté rien d'extraordinaire, lorsqu'une nuit il fut pris tout à coup, sans accident précurseur, sans aucun symptôme préalable, d'une attaque d'éclampsie. La convulsion occupa le bras droit, et fut d'ailleurs légère. Cependant l'inspiration était accompagnée d'une espèce de sanglot assez semblable à celui de la coqueluche. Ces accidents qui se reproduisirent à des intervalles assez rapprochés, persistaient encore à l'heure de la visite. Ils se répétèrent à diffé-

rentes reprises pendant que j'étais dans la salle ; et chaque accès durait moins d'une minute, sans qu'il y eût d'oppression notable.

Après avoir vu les autres malades, je revins vers l'enfant, que je fis tenir par une infirmière et mettre complètement nu, afin de bien l'examiner. A peine y était-il que tout à coup, sous nos yeux, il fut saisi d'un mouvement convulsif tonique du bras droit, en même temps que de mouvements respiratoires rapides accompagnés du bruit dont nous avons parlé. Huit ou dix secondes ne s'étaient pas écoulées que la rigidité tétanique avait envahi les bras, les jambes, le tronc tout entier, rigidité tétanique analogue à celle que l'on observe dans le premier stade d'un accès d'épilepsie. Les parois de la poitrine étaient roides et immobiles ; nous ne voyions aucun mouvement du diaphragme ; la respiration était complètement interrompue. Nous observions le malade avec une grande anxiété, attendant impatientement un mouvement clonique, la moindre agitation musculaire, lorsque, après moins d'une minute d'immobilité absolue, nous vîmes la peau, qui jusque-là avait conservé sa coloration naturelle, bleuir, la face devenir turgescence ; la langue, tuméfiée, sortir de la bouche, en poussant un peu d'écume ; l'urine s'écouler en grande abondance. Nous essayâmes d'exciter les mouvements en pressant et frictionnant la poitrine ; nos efforts furent inutiles, l'enfant tombait dans la résolution : il était mort.

A l'autopsie, nous trouvâmes la pie-mère légèrement injectée ainsi que la substance grise, et le cerveau peut-être un peu plus mou que d'habitude, circonstance que pouvait expliquer la température élevée de la saison. L'examen le plus minutieux ne nous fit découvrir aucune autre altération. Le thymus, un peu plus gros qu'il ne l'est ordinairement, n'offrait ni induration, ni trace d'injection, et ne comprimait en aucune façon la trachée. Dans les poumons, rien qu'une congestion vive de sang noir, et les bronches contenant un peu d'écume. Un des ganglions bronchiques était légèrement tuméfié et ramolli.

L'autre mécanisme suivant lequel les convulsions internes produisent l'asphyxie est tout différent. C'est lorsque, la convulsion étant complète, les mouvements alternatifs de contraction et de relâchement des muscles respirateurs se succèdent à des intervalles si rapprochés, qu'ils ne permettent plus à la cage thoracique, et par suite au poumon, de se développer suffisamment ; c'est lorsque, le spasme de l'orifice supérieur du larynx, se répétant presque sans interruption, le libre passage de l'air dans le larynx, la trachée et les bronches, est intercepté. L'hématose ne se fait plus régulièrement, parce que, d'une part, l'appareil respiratoire ne reçoit plus une quantité suffisante d'un air réparateur ; parce que, d'autre part, il ne se débarrasse plus de celui qui, ayant perdu son oxygène, est devenu impropre à la respiration. Celle-ci est alors insuffisante, incomplète, et l'asphyxie survient comme chez les individus qui succombent à des affections organiques du larynx, à l'angine laryngée œdémateuse, par exemple.

La mort par les poumons est encore la conséquence des grandes attaques, conséquence beaucoup moins immédiate que dans les deux cas précédents. Il se passe ici, suivant la juste remarque de M. Duclos, quelque chose d'analogue à ce qui se produit si fréquemment à la suite de quelques trachéotomies pratiquées dans la période extrême du croup. Il semble qu'une fois que l'ouverture faite à la trachée aura donné une libre entrée à l'air dans le poumon, on ait paré aux accidents que l'on voulait combattre. Cependant l'asphyxie continue, ou du moins nous ne sommes plus maîtres d'empêcher les effets que les troubles de l'hématose trop longtemps prolongés ont amenés dans l'économie, effets que les belles expériences de M. le docteur Faure nous ont si clairement démontrés (1). L'individu est frappé à mort, et, tout en enlevant l'obstacle mécanique qui a primitivement produit l'asphyxie, nous sommes désormais impuissants à opérer une résurrection.

Or, après des convulsions qui pendant plusieurs heures se sont répétées presque sans interruption, et surtout après ce qu'on a appelé l'état de mal, les enfants succombent d'une manière analogue. Ces mouvements convulsifs répétés amènent une perturbation considérable dans la respiration et dans la circulation. Le visage se congestionne, devient d'un rouge livide ; l'oppression arrive et va en augmentant ; l'accès est à peine terminé, qu'un second commence pour être suivi d'un troisième, de telle sorte que la respiration et la circulation n'ont pas le temps de reprendre leur régularité. Aussi, lorsque l'attaque étant passée, le calme lui succède, lors même que la respiration paraît régulière, c'est un calme trompeur, et le malade succombe en quelques heures, sans qu'aucune convulsion se soit de nouveau produite, sans oppression notable, sans qu'aucun symptôme grave se soit manifesté. Il meurt, si je puis ainsi parler, non par asphyxie, mais des suites de son asphyxie.

La congestion, qui est la conséquence et non la cause de l'éclampsie, la *congestion cérébrale*, lorsqu'elle est portée à un très-haut degré, peut avoir une certaine gravité. Mais, tandis que cet accident a été longtemps et est encore considéré par quelques-uns comme le plus commun, comme le plus habituel, il ne se présente au contraire que très-exceptionnellement.

La mort par asphyxie, voilà donc celle qui survient ordinairement alors que les convulsions se terminent fatalement. Cependant on ne peut pas ne pas admettre que, dans quelques cas, les individus sont emportés par une *syncope* ; soit qu'on explique celle-ci par l'ébranlement considérable éprouvé par le système nerveux, soit qu'on l'explique par une convulsion affectant l'organe central de la circulation de façon à en empêcher les mouvements.

Messieurs, rien n'est aussi difficile, à mon avis, que de formuler d'une manière générale le *pronostic* des convulsions de l'enfance. Ce pronostic est

(1) Faure, *Archives générales de médecine*.

subordonné à une foule de circonstances. Ce que nous venons de dire vous montre déjà que les convulsions internes sont beaucoup plus redoutables que les grandes attaques convulsives occupant presque exclusivement les membres ; que pour les premières, il est encore des distinctions à établir entre les convulsions incomplètes, dans lesquelles la période de contraction tonique se montre seule et persiste outre mesure, et la convulsion complète avec ses alternatives de tension et de relâchement musculaires. Pour les grandes attaques, les différences portent sur l'intensité, la durée, la répétition plus ou moins fréquente des accidents.

S'il est un ordre de considérations vraiment digne du plus haut intérêt dans cette question du pronostic, c'est assurément celui qui a trait aux convulsions qui surviennent, soit *au début*, soit *dans le cours*, soit *à la fin de certaines maladies*, car il importe singulièrement de tenir compte alors du moment de leur apparition.

C'est ici le lieu de vous répéter ce que je vous ai dit ailleurs. À bien analyser les phénomènes dont il se compose, le frisson n'est rien autre chose qu'une convulsion à un faible degré. Partiel ou général, il est caractérisé par du tremblement, par des mouvements involontaires des parties qui en sont le siège, produits par la contraction et le relâchement alternatifs des muscles ; il n'est donc pas extraordinaire que chez un individu dont le système nerveux est excitable, comme il l'est chez les enfants, ces phénomènes s'exagèrent, et arrivent jusqu'à constituer la véritable attaque d'éclampsie.

Aussi dans le jeune âge, principalement chez les sujets dont la susceptibilité nerveuse est portée à un très-haut point, le moindre mouvement fébrile est-il annoncé par les accidents dont nous parlons, que ce mouvement fébrile soit occasionné par un simple trouble de la digestion, qu'il soit sous la dépendance d'une affection catarrhale, d'une phlegmasie intestinale ou pulmonaire, qu'il fasse partie des prodromes d'une pyrexie.

Ces *convulsions initiales* ne sont toutefois jamais plus fréquentes qu'au début des fièvres éruptives, de la rougeole en particulier, et plus encore de la variole. Leur manifestation à cette époque des pyrexies exanthémateuses est si commune, que quelques auteurs, Sydenham entre autres, ont voulu la poser comme une loi presque absolue, et que, suivant eux, leur apparition chez un enfant ayant passé l'âge de la première dentition devait faire soupçonner l'imminence d'une de ces maladies. Bien plus, Sydenham voulait que ces convulsions fussent un symptôme favorable et annonçassent que la fièvre éruptive serait bénigne.

Nous sommes loin de partager son avis à cet égard. Tout en admettant que les convulsions du début de la rougeole et de la variole sont presque toujours des accidents sans gravité, nous croyons aussi, d'une part, qu'elles ne préjugent rien sur la marche ultérieure de la maladie, et d'autre part, qu'elles peuvent être elles-mêmes, bien qu'exceptionnellement, des complications fâcheuses, soit en raison de leur intensité et de leur fréquence, soit en raison

du siège qu'elles occupent ; mais ce qui les rend encore exceptionnellement graves, c'est l'intervention intempestive de la médecine. Dans nos conférences sur la rougeole, j'ai longuement insisté sur ce fait malheureusement trop commun. Combien de fois des personnes étrangères à notre art et même des médecins ne se hâtent-ils pas, en présence d'un enfant pris de convulsions, de faire une médication toujours trop active et perturbatrice ? C'est une application de sangsues derrière les oreilles, en vue de combattre une congestion cérébrale dont on se préoccupe par-dessus tout, et cette saignée, contrairement au but qu'on se propose d'atteindre, met le malade dans les conditions les plus favorables à la production des accidents nerveux ; ce sont des bains, des affusions froides, des applications de glace sur la tête, qui, si l'éclampsie survient au début d'une rougeole, par exemple, vont augmenter l'inflammation catarrhale des bronches qui en est le cortège habituel, et transformer en une affection grave ces épiphénomènes d'ordinaire sans importance ; ce sont encore des applications sur les membres de vésicatoires, ou même de linges trempés dans l'eau bouillante, et la douleur occasionnée par ces brutales vésications va exalter un système nerveux dont il faudrait avant tout calmer l'éréthisme.

Si, toutes choses égales d'ailleurs, les convulsions initiales sont, je le répète, généralement sans gravité, il n'en est plus ainsi de celles qui apparaissent dans la période d'acuité des maladies, et à plus forte raison des *convulsions terminales*.

Celles-ci ont une signification funeste. Qu'il s'agisse d'une phlegmasie, d'une affection pulmonaire ou intestinale ; qu'il s'agisse de la coqueluche, de la rougeole, de la variole, les convulsions, survenant dans le cours ou vers la fin de ces maladies, indiquent un danger dépendant d'une complication fâcheuse qui s'est introduite dans l'état du malade. L'attaque convulsive est alors précédée de phénomènes cérébraux semblables à ceux que l'on observe dans les fièvres typhoïdes : elle se renouvelle pendant deux, trois, quatre jours ; dure quelquefois seulement quelques heures, quelques minutes, et amène ordinairement la mort.

Ces accidents ne sont jamais plus redoutables que dans la scarlatine. Déjà, je vous l'ai dit et répété, lorsqu'ils se produisent au début de cette pyrexie, ils ont un caractère bien autrement sérieux que les convulsions initiales de la rougeole et de la variole ; mais lorsqu'ils surviennent dans la troisième période, ils sont presque constamment mortels. Ils se lient le plus ordinairement alors à l'existence d'un œdème général et à l'albuminurie qui accompagne l'anasarque ; mais quelquefois aussi ils se manifestent en dehors de toute infiltration séreuse, au même titre que l'agitation, le délire, les vomissements, en un mot que tous les troubles nerveux que je vous ai signalés dans l'histoire de la fièvre rouge.

Le pronostic des convulsions de l'enfance dépend, non-seulement du siège qu'elles occupent, de la marche qu'elles suivent, de l'époque de leur apparition

dans le cours des différentes maladies où elles se montrent, il dépend encore d'autres considérations que le praticien doit connaître et apprécier.

Il est un fait d'expérience clinique, c'est que les convulsions sont d'autant moins dangereuses qu'elles sont plus faciles à exciter, et l'on peut appliquer aux individus dont la susceptibilité nerveuse est exagérée ce que Stoll disait des enfants en général : « *Convulsio et spasmus, uti frequentior in infantibus, ita minus periculosus iis plerumque est quam adultis.* » Il est en effet des sujets qui, à l'occasion de la cause la plus légère, seront pris de ces accidents, et ces accidents eux-mêmes n'auront aucune conséquence fâcheuse.

Toutefois, ayez toujours présent à l'esprit que cette susceptibilité nerveuse peut être héréditaire, et que si elle se traduit dans le jeune âge par des attaques d'éclampsie, elle pourra se manifester ultérieurement par des affections nerveuses fort graves, telles que l'épilepsie. Rappelez-vous à ce sujet les faits que je vous ai rapportés à propos de cette névrose, rappelez-vous surtout que les convulsions sont des accidents qui exposent le médecin aux plus fâcheux mécomptes. Même celles qui se présentent dans les conditions les plus favorables peuvent avoir une terminaison funeste; aussi, lorsque vous serez appelés auprès d'un enfant atteint d'éclampsie, tenez-vous dans une prudente réserve.

Messieurs, d'après ce que je viens de vous dire, il semblerait que le médecin doive intervenir toujours et quand même pour combattre les convulsions de l'enfance. Ma conviction est tout opposée. Je crois bien fermement que, moins nous ferons, mieux nous ferons en général, et que notre traitement doit être expectant. Interrogez les mères dont les enfants ont été plus d'une fois sujets aux attaques d'éclampsie; elles vous répondront souvent qu'elles les ont fait cesser, soit en mettant dans la bouche du malade une pincée de sel, soit en lui faisant respirer du vinaigre ou de l'eau distillée de fleur d'oranger, soit en lui jetant au visage quelques gouttes d'eau froide, soit par toute autre médication aussi insignifiante.

Mais de ce que nous avons rarement à intervenir, en faut-il conclure que nous n'ayons qu'à nous croiser les bras quoi qu'il advienne? Non, à coup sûr; car, en présence de semblables accidents, l'attention doit être plus que jamais en éveil. Si avant toutes choses il faut se garder de ces moyens perturbateurs, saignées, sangsues, prétendus révulsifs cutanés, toujours dangereux, presque jamais utiles, il est essentiel aussi de ne pas quitter un instant le malade. Si l'attaque d'éclampsie, en considérant sa marche, sa durée, le siège des convulsions, semble ne pas présenter de gravité, on se bornera à employer des moyens qui, sans nuire au malade, consolent une famille, soutiennent son espoir, et peuvent laisser au médecin l'honneur de la cure. Quelques-uns de ces moyens d'ailleurs ont une réelle utilité, et les antispasmodiques occupent ici le premier rang. Ce sont des préparations d'éther seules ou associées au musc, à la belladone; le musc à la dose de 25, 30, 40 centigrammes; la belladone à la dose de 1 à 2 centigrammes.

Lorsque les accidents se prolongent en se répétant, il faut avant tout en rechercher la cause, et, ainsi que je vous l'ai dit, il suffira, en quelques circonstances, d'enlever celle-ci pour guérir le mal. Un vomitif, un lavement purgatif, administrés à propos, ont fait cesser les convulsions occasionnées par un embarras des premières voies; dans d'autres cas, les attaques se sont terminées après qu'on eut changé de langes un enfant chez lequel une épingle mal placée, un bandage mal appliqué, les avaient provoquées.

Mais quand la cause des convulsions nous échappe, ou quand elle échappe à nos moyens d'action, comme dans l'éclampsie liée aux douleurs de la dentition par exemple, dans certaines éclampsies symptomatiques, et quand ces convulsions se prolongent, il est encore des moyens thérapeutiques d'une puissante efficacité. Je vous ai déjà parlé de la *compression des carotides* pratiquée suivant les préceptes que je vous ai assez longuement exposés (1) pour qu'il soit inutile d'y revenir. Il en est un autre qui dernièrement encore m'a rendu un incontestable service; ce sont les *inhalations de chloroforme*.

Vous comprenez, messieurs, avec quelle prudence cet agent anesthésique doit être manié. C'est en tenant en main le pouls du malade, c'est en comptant ses pulsations, en en appréciant la force, que vous devez faire respirer le chloroforme; et en prenant ces précautions indispensables, il vous sera permis de pousser l'opération très-loin.

Au commencement de l'année 1860, j'étais appelé dans la famille d'un de mes meilleurs amis pour un jeune enfant de cinq ans qui, la veille, avait eu une attaque d'éclampsie très-passagère. Ce petit garçon, atteint d'une affection cérébrale qui a arrêté son développement intellectuel, venait de tomber de nouveau dans des convulsions. Cette fois les accès avaient une violence et une énergie épouvantables. Quand j'arrivai, je constatai une congestion de la face portée à ce point que le malade paraissait au dernier degré de l'asphyxie. Je donnai le chloroforme en le faisant respirer sur un mouchoir que j'avais soin de tenir assez loin des narines et de ne laisser que quelques minutes, tout en ayant la précaution de tâter constamment les battements du pouls. De six heures à minuit, pendant six grandes heures! le chloroforme fut ainsi administré presque sans interruption, et je ne saurais vous dire la quantité que j'en employai. Grâce à cette médication, cet enfant qui était à la dernière extrémité revint à la vie, et aujourd'hui il est aussi bien portant qu'auparavant.

Je me suis élevé et je m'élève encore contre l'application des révulsifs cutanés, en particulier contre les vésicatoires dont l'emploi m'a paru, en général, plus nuisible qu'utile. Il est des circonstances cependant où l'on est forcé d'avoir recours à ces moyens et dans lesquels ils peuvent être d'une réelle efficacité. C'est lorsque l'on a affaire à ces convulsions *internes*, qui, prenant le diaphragme, le cœur lui-même, restent toniques et se

(1) Tome I<sup>er</sup>, page 138.

prolongent au point de déterminer l'asphyxie ou la syncope. Dans ces cas, une révulsion violente et rapide produite sur la peau de la poitrine, comme celle que l'on obtient avec l'ammoniaque, peut être avantageuse en déterminant une excitation qui provoque les mouvements des appareils musculaires dont le jeu est indispensable aux actes de la respiration et de la circulation.

#### XLIV. — ÉCLAMPSIE DES FEMMES ENCEINTES ET EN COUCHES.

Influence incontestable et prépondérante de la primiparité, de la susceptibilité nerveuse, de l'albuminurie. — Relation de l'éclampsie puerpérale avec la manie et la paralysie.

##### MESSIEURS,

Certains détails dans lesquels je suis entré dans nos dernières conférences, me permettent d'être bref sur ce que j'ai à vous dire aujourd'hui de l'éclampsie puerpérale à propos d'une malade qui était couchée au n° 28 de notre salle Saint-Bernard.

S'il me fallait vous donner une description détaillée des symptômes de cette maladie, j'aurais à vous reproduire, en grande partie, le tableau que je vous ai tracé des convulsions de l'enfance; et ce tableau de l'éclampsie de l'enfance ressemblait déjà lui-même singulièrement à celui des attaques du mal comitial, car, à ne tenir compte que de leurs manifestations extérieures, ces affections convulsives ont entre elles la plus parfaite analogie.

Rappelez-vous ce qui s'est passé chez notre jeune femme de la salle Saint-Bernard, et ceux qui ont été témoins des accidents éclamptiques dont elle était si violemment agitée ont pu voir combien ces convulsions ressemblaient à celles de l'épilepsie.

Elles se sont produites dans les circonstances suivantes : la veille de son entrée, la malade, arrivée au terme d'une première grossesse qui, dans son cours, n'avait rien présenté d'extraordinaire, était accouchée à trois heures du matin. La sage-femme qui l'assistait crut devoir administrer, après la délivrance, une forte dose d'ergot de seigle, probablement en vue d'arrêter une perte de sang abondante. Deux heures après, l'éclampsie survenait, et dans la journée cette jeune femme était amenée à l'hôpital.

À la visite du soir, mon chef de clinique, M. le docteur Moynier, jugea à propos de pratiquer une saignée du bras de 800 grammes. Mais de huit heures à minuit les accidents se répétèrent avec une extrême intensité.

Les convulsions avaient cessé quand nous vîmes la malade, le lendemain matin. La cyanoïse du visage, qui la veille était portée à un très-haut degré, avait presque complètement disparu. Nous trouvions sur la langue de nombreuses traces de morsures. Nous prescrivîmes une potion composée de : musc, 50 centigr. ; extrait de valériane, même quantité ; incorporée à 80 gr. d'eau de mélisse sucrée avec sirops d'éther et de fleur d'oranger, de chaque 20 gr.

Le surlendemain, vers onze heures du matin, survint une nouvelle attaque aussi violente que celles qui l'avaient précédée, et à laquelle succéda, comme les premières fois, une stupeur profonde avec une perte absolue du sentiment.